



**FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA DE PSICOLOGIA**

TESIS

**CONSTRUCCIÓN Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE
CONDUCTA EMOCIONAL INADAPTADA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 8
A 15 AÑOS DE LIMA SUR.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA:

CLAUDIA FABIANA PARASI FALCÓN

Lima - Perú

2015

MIEMBROS DEL JURADO:

DR. JOSÉ ANICAMA GOMEZ	PRESIDENTE
DR. LUIS CHAN BAZALAR	VOCAL
MG. MARÍA LUISA BEDOYA	SECRETARIA

ASESORA DE TESIS:

DRA. MAFALDA ORTIZ MORAN

Dedicatoria

A mi madre Rubí por inspirarme
con su fortaleza a ser cada vez mejor.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por la vida, salud y por la vocación de servicio que me impulsó a seguir esta carrera profesional.

Asimismo, agradezco a mi madre y a mis abuelos por ser mis ejemplos a seguir. Y a mi compañera incondicional: Pippa.

Doy las gracias también a mis docentes, de manera especial al Dr. José Anicama, a la Dra. Mafalda Ortiz y al Mg. Robert Briceño, quienes constituyeron figuras de referencia durante mi paso por la universidad y en la elaboración de la presente tesis.

Índice

Dedicatoria	
Agradecimientos	
Índice	
Lista de Figuras	
Resumen	
Abstract	
Resumo	
Introducción	17
CAPÍTULO I: Planteamiento del problema	
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	19
1.2 Formulación del problema	22
1.3 Objetivos de la Investigación	22
1.4 Justificación e Importancia de la Investigación	23
1.5 Limitaciones	24
CAPÍTULO II: Marco Teórico	
2.1 Antecedentes	26
2.1.1 Antecedentes Internacionales	26
2.1.2 Antecedentes Nacionales	29
2.2 Bases teóricas y científicas del tema	31
2.2.1 Abordaje tradicional acerca de los desórdenes emocionales	31
2.2.2 Análisis Experimental de la Conducta Emocional	32
Inadaptada	
2.2.3 Concepción Conductual de la Conducta Emocional	34
Inadaptada	
2.2.3.1 Ansiedad	36
2.2.3.2 Fobia	37
2.2.3.3 Obsesión-Compulsión	38

2.2.3.4	Depresión	39
2.2.3.5	Hipocondría	40
2.2.3.6	Histeria	41
2.2.3.7	Psicopatía	42
2.2.4	Evaluación Conductual Objetiva de la Conducta Emocional Inadaptada	43
2.3	Terminología Usada	47
2.3.1	Conducta Emocional Inadaptada	47
2.3.2	Confiabilidad	47
2.3.3	Validez	47
2.3.4	Baremos	47
CAPÍTULO III: Método		
3.1	Tipo y Diseño de la Investigación	49
3.2	Población y Muestra	49
3.2.1	Población	49
3.2.2	Muestra	49
3.3	Variables	52
3.4	Instrumentos	53
3.4.1	Composición del API-N	53
3.4.2	Administración del API-N	53
3.4.3	Calificación del API-N	54
3.4.4	Utilización Diagnóstica del API-N	55
3.4.5	Instrumentos Usados para la Validez Externa	56
3.5	Procedimiento de ejecución para la recolección de datos	56
3.6	Procedimiento para el análisis de datos	57

CAPÍTULO IV: Resultados

4.1 Construcción de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada: API-N	60
4.2 Análisis de Ítems	63
4.2.1 Análisis de ítems por sub escalas	68
4.3 Confiabilidad	74
4.3.1 Confiabilidad por consistencia interna	74
4.3.2 Confiabilidad por Estabilidad	75
4.4 Validez	76
4.4.1 Validez de Contenido	76
4.4.2 Validez de Constructo	81
4.4.3 Validez de Criterio Concurrente	89
4.4.3.1 Actualización de datos de la Lista de chequeo conductual de Ida Alarcón	91
4.4.3.1.1 Análisis de ítems	91
4.4.3.1.2 Confiabilidad	92
4.4.3.2 Actualización de datos de Inventario de Temores Infantiles de José Anicama	93
4.4.3.2.1 Análisis de ítems	93
4.4.3.2.2 Confiabilidad	95
4.5 Baremos	96
4.5.1 Percentiles	99

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Discusión	107
5.2 Conclusiones	111
5.3 Recomendaciones	112
6. Referencias	113
7. Anexos	123

Lista de Tablas

Tabla	1: Casos de Trastornos Emocionales y del Comportamiento registrados en consulta externa en hospitales del MINSA-Perú 2014.	20
Tabla	2: Características Topográficas de la Conducta Emocional Inadaptada según sus componentes como “Clase de Respuesta”.	44
Tabla	3: Muestra de colegios estatales y particulares pertenecientes a la UGEL 01 y UGEL 07.	50
Tabla	4: Selección aleatoria y muestreo de los colegios estatales pertenecientes a la UGEL 01.	51
Tabla	5: Selección aleatoria y muestreo de los colegios particulares pertenecientes a las UGEL 01.	51
Tabla	6: Selección aleatoria y muestreo de los colegios estatales pertenecientes a la UGEL 07.	52
Tabla	7: Selección aleatoria y muestreo de los colegios particulares pertenecientes a la UGEL 07.	52
Tabla	8: Orden de los ítems según las escalas del API-N	55
Tabla	9: Tabla de Especificaciones para la Escala Autonómica	61
Tabla	10: Tabla de Especificaciones para la Escala Emocional	61

Tabla	11: Tabla de Especificaciones para la Escala Social	62
Tabla	12: Tabla de Especificaciones para la Escala Motora	62
Tabla	13: Tabla de Especificaciones para la Escala Cognitiva	62
Tabla	14: Análisis de ítems de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada: API-N	64
Tabla	15: Análisis de ítems de la sub escala autonómica	68
Tabla	16: Análisis de ítems de la sub escala emocional	69
Tabla	17: Análisis de ítems de la sub escala social	70
Tabla	18: Análisis de ítems de la sub escala motora	71
Tabla	19: Análisis de ítems de la sub escala cognitiva	72
Tabla	20: Análisis de ítems de la escala L	73
Tabla	21: Confiabilidad por Consistencia interna de las Sub-Escalas	74
Tabla	22: Confiabilidad por Estabilidad mediante el método Test-Retest	75
Tabla	23: Valores de Aiken para la Escala de Conducta Emocional Inadaptada: API-N	76
Tabla	24: Tabla KMO y prueba de Bartlett	77
Tabla	25: Tabla Porcentaje de varianza explicada	81
Tabla	26: Correlaciones de las sub-escalas entre ellas	83
Tabla	27: Estructura factorial de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada para niños: API-N	83

Tabla	28: Análisis de correlación entre las variables para determinar la validez externa de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada: API-N	86
Tabla	29: Análisis de ítems de la Lista de chequeo conductual de Ida Alarcón	90
Tabla	30: Confiabilidad por consistencia interna de la Lista de chequeo conductual de Ida Alarcón	91
Tabla	31: Confiabilidad por Estabilidad mediante el método Test-Retest de la Lista de chequeo conductual de Ida Alarcón	92
Tabla	32: Análisis de ítems del Inventario de Temores Infantiles de José Anicama	92
Tabla	33: Confiabilidad por consistencia interna del Inventario de Temores Infantiles de José Anicama	93
Tabla	34: Confiabilidad por Estabilidad mediante el método Test-Retest del Inventario de Temores Infantiles de José Anicama	95
Tabla	35: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	95
Tabla	36: Descriptivos del puntaje total en función del sexo	96
Tabla	37: Descriptivos del puntaje total en función de la edad	97
Tabla	38: Descriptivos del puntaje total en función del nivel educativo	98
Tabla	39: Baremo percentilar general de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada para niños: API-N	99
Tabla	40: Baremo percentilar para varones	100
Tabla	41: Baremo percentilar para mujeres	101

Tabla	42: Baremo percentilar de 8 a 11 años de edad	102
Tabla	43: Baremo percentilar de 12 a 15 años de edad	103
Tabla	44: Baremo percentilar para el nivel primaria	104
Tabla	45: Baremo percentilar para el nivel secundaria	105

Lista de Figuras

Figura	1: Concepción de los desórdenes emocionales	35
Figura	2: Índice de discriminación de los ítems de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada: API-N	67
Figura	3: Gráfico de la “V” de Aiken de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada: API-N.	80
Figura	4: Gráfico de sedimentación de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada: API-N	84

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo principal determinar las propiedades psicométricas de una Escala de evaluación de desórdenes emocionales para niños y adolescentes entre 8 a 15 años de edad de Lima Sur. Se trabajó con una muestra de 2600 estudiantes de colegios estatales y particulares. Se realizaron pruebas de confiabilidad, donde se obtuvo un Alfa de Crombach de 0.91, y una “r” de 0.86 por el método de test-retest con una $p < .01$. En cuanto al análisis de ítems, se obtuvieron índices de discriminación entre 0.22 y 0.51 con una $p < .01$. Se realizó también una validez de constructo, mediante el método de análisis factorial, donde se extrajeron cinco factores correspondientes a las escalas de la prueba API-N diseñadas según el modelo científico experimental de los desórdenes emocionales de Anicama. En la validez externa se obtuvieron correlaciones positivas y significativas de la escala API-N con la escala de ansiedad de Alarcón ($r=0.60$), con la escala de depresión de Kovacs ($r=0.29$), con el componente neuroticismo de la escala de Eysenck para niños ($r=0.31$), y con la escala de temores infantiles de Anicama ($r=0.44$). Se elaboraron baremos percentilares y se halló que las mujeres presentaron puntuaciones más altas de conducta emocional inadaptada, en comparación con los varones. Así como también los niños con edades entre 8 y 11 años, evidenciaron mayor inestabilidad emocional que los estudiantes de mayor edad.

Palabras clave: Desórdenes emocionales, construcción de pruebas, validez, confiabilidad, Lima Sur.

ABSTRACT

This research has as main objective to determinate the psychometric properties of an evaluation scale of emotional disorders for children and adolescents between 8 and 15 years old in Southern Lima. The research was made with a sample of 2600 students, between men and women, in publics and privates schools. We tested reliability, and we obtained a Cronbach's Alpha of 0.91, and an "r" of 0.86 with a $p < .01$. in the test-retest method. In ítems analysis, we obtained that discrimination rates were between 0.22 and 0.51 with a $p < .01$.. Construct validity was performed by the method of factor analysis, where five factors corresponding to the scales of the API – N of Anicam's theory were found. In the external validity, we obtained significant and positive correlations between maladaptive emotional behavior with the anxiety scale of Alarcón ($r=0.60$), with the depression scale of Kovacs ($r=0.29$), with the neuroticism of Eysenck's scale for children ($r=0.31$), and with the fears scale for children of Anicama ($r=0.44$). Percentile scales were developed after finding differences between sexes, ages and educational levels. It was found that women had higher scores of maladaptive emotional behavior, compared to men. As well as children aged between 8 and 11 years, showed more emotional instability than older students.

Keywords: Emotional disorders, construction of tests, validity, reliability, South of Lima.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo determinar as propriedades psicométricas da escala de avaliação de desordens emocionais para crianças e adolescentes de 8 a 15 anos do sul de Lima. A mostra foi de 2600 alunos, homens e mulheres das escolas públicas e privadas. Fizeram-se provas de fiabilidade, obtendo um Alfa de Crombach de 0.91, e uma “r” de 0.86 no estudo test-retest com uma $p < .01$. No análise de ítems, os resultados mostraram índices de discriminação entre 0.22 e 0.51 com uma $p < .01$. Também se fizeram estudos de validade de construto, com o método de análise fatorial, onde se acharam cinco fatores correspondente às escalas do teste API-N da teoría de Anicama. Na validade externa acharam-se relações positivas e significativas entre o comportamento emocional desajeitado com a escala de ansiedade de Alarcón ($r=0.60$), com a escala de depressão de Kovacs ($r=0.29$), com o neuroticismo da escala de Eysenck para as crianças ($r=0.31$) e a escala de medos para crianças de Anicama ($r=0.44$). Se fizeram percentiles logo de encontrar diferenças entre sexos, idades e níveis educacionais. Se encontrou que as mulheres apresentaram pontuações mais altas de comportamento emocional desajeitado que os homens. Também se achou que as crianças entre 8 e 11 anos, apresentaram mais instabilidade emocional que os alunos maiores.

Palavras-chave: Desordens emocionais, construção de testes, validade, fiabilidade, Sul de Lima.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad vivimos en una sociedad caracterizada por constantes demandas, cambios, altos niveles de exigencia y competitividad; esta realidad provoca que muchas personas sufran problemas emocionales a lo largo de su vida. Esto sumado a otros factores individuales, familiares, y sociales hace que los niños y adolescentes se encuentren cada vez más vulnerables frente a este tipo de desórdenes y, por tanto, el profesional psicólogo ha tenido que enfrentarse a esta situación y abordarla desde la perspectiva de su profesión.

Por tanto, vista la necesidad y los nuevos retos que nos plantea nuestra realidad problemática, se considera pertinente realizar un estudio que permita dotar de un instrumento de evaluación de la conducta emocional inadaptada (desórdenes emocionales), basado en un enfoque conductual-cognitivo para niños y adolescentes de 8 a 15 años de Lima Sur. Es por esto que surge la decisión de construir y validar psicométricamente la Escala de Conducta Emocional Inadaptaada para dicha población infanto-juvenil. Resulta importante mencionar que el presente estudio se realizará con niños a partir de los 8 años, puesto que a esa edad ya saben leer y escribir y por tanto, pueden desarrollar la escala de manera individual.

Además cabe señalar la relevancia de este estudio, puesto que, datos del Instituto Nacional de Estadística: INEI (2008) señalan que los menores de edad conforman más del 40% de la población peruana. Asimismo, el Ministerio de Salud: MINSA (2013) indica que el número de casos presentados de desórdenes emocionales en niños y adolescentes, se concentra alrededor del 50% sólo en Lima. Por tanto, existe una necesidad imperante por mejorar las técnicas de abordaje, evaluación, diagnóstico e intervención de dichos desórdenes, los mismos que se presentan con cada vez mayor frecuencia en nuestro medio.

En conclusión, la presente investigación busca poner a disposición del profesional psicólogo un nuevo instrumento para la evaluación y diagnóstico de los desórdenes emocionales en niños y adolescentes de nuestro medio, con la finalidad de facilitarle la labor diagnóstica, sobre todo en las áreas: clínica, social y educativa; ya que como se ha visto a lo largo del estudio, la prevalencia de estos trastornos en la población infanto-juvenil es cada vez más demandante.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL
PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Cuando se habla de desórdenes emocionales, se hace referencia a un tema que existe desde las épocas bíblicas de la Antigua Grecia, pasando por el Imperio Romano y llegando hasta los años medievales, donde era abordado desde una perspectiva mística y propia del oscurantismo intelectual.

A partir de los hechos producidos por las guerras mundiales, las estadísticas de desórdenes emocionales fueron aumentando significativamente. Actualmente vivimos en una sociedad afectada por males psicosociales, tales como: la pobreza, la desnutrición, la violencia, problemas de salud en aumento; entre otros, los mismos que facilitan el desarrollo de dichos desórdenes entre la población y generan que las cifras estadísticas al respecto se disparen.

Todos en algún momento de nuestras vidas hemos tenido, o tendremos, que ver con alguna situación emocional complicada. Es por eso, que el tema resulta relevante para el profesional psicólogo, y merece ser estudiado para poder lograr mejores propuestas de abordaje y tratamiento.

En el contexto internacional, el Instituto Nacional de Estadística de España: INE, realizó una Encuesta nacional de salud en el 2006, donde se obtuvieron datos que señalan que alrededor del 22,1% de españoles entre 4 y 15 años presentan riesgo de padecer algún problema de salud mental (INE, 2006). Mientras que, en Estados Unidos diferentes estudios han arrojado que entre el 10 y 20 por ciento de los menores de edad presenta algún trastorno mental y del comportamiento (American Psychological Association: APA, 2008; citado por Caballo et al., 2011).

Nuestro medio no se ha visto ajeno a esto, de hecho, las estadísticas realizadas por el MINSA (2007, citado por Anicama, 2010) señalan que 3,318 peruanos asistieron a consulta externa de los hospitales del MINSA durante el 2006 por trastornos emocionales (F34), donde la gran mayoría se concentra en Lima y está ubicado en un rango etario que oscila entre los 20 y 59 años. Los niños y adolescentes también se han visto afectados por desórdenes emocionales, y al respecto, las estadísticas del MINSA (2006, citado por Anicama, 2010) señalan que 6244 niños asistieron a consulta externa de hospitales del Ministerio de Salud de todo el Perú por trastornos emocionales de la niñez (F93), asimismo nos indica que estos problemas se presentan con mayor frecuencia durante los primeros nueve años de vida. De igual manera, 1157 pacientes asistieron por un trastorno emocional

con trastorno de conducta (F92), donde el grupo más significativo fue aquel conformado por personas entre 10 y 19 años.

Por otro lado, datos del año 2014 provenientes de estudios realizados por el MINSA; presentan los datos que muestran la siguiente tabla:

TABLA 1

**CASOS DE TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO
REGISTRADOS EN CONSULTA EXTERNA EN HOSPITALES DEL MINSA-
PERÚ 2014**

Edades/ Trastorno	Total	0-11^a	12-17^a	18-29^a	30-59^a	60^a>
Trastornos emocionales de comienzo específico en la niñez (F93)						
Total a nivel nacional:	10 898	9 995	889	11	3	0
Lima:	6 485	5 847	626	9	3	0
Trastornos emocionales con trastorno de conducta (F92)						
Total a nivel nacional:	5 965	4 007	1 948	7	2	1
Lima:	2 800	1 869	931	0	0	0
Otros trastornos emocionales y del comportamiento de comienzo en la infancia y la adolescencia (F98)						
Total a nivel nacional:	8 787	7 571	1 117	94	3	2
Lima:	4 289	3 582	618	84	3	2

Elaborado por Parasi, 2015. Fuente: Oficina General de Estadística e Informática, MINSA.

Las tablas muestran que aproximadamente el 50% de los trastornos emocionales y conductuales se presentan en Lima, ubicándose en su mayoría en individuos cuyo rango de edad oscila entre los 0 y 17 años.

Además es posible observar diferencias significativas en cuanto a las estadísticas del MINSA (2006, citado por Anicama, 2010) en relación con las que se presentan del 2014, ya que en 8 años se observa el aumento en un 43% de la cantidad total de trastornos emocionales de la niñez (F93), así como también es visible el incremento en un 81% de casos de trastornos emocionales con trastorno de conducta (F92). Esta información nos demuestra que la prevalencia por año de los desórdenes emocionales presentados durante la infancia y la adolescencia constituye una problemática que va en aumento con el pasar del tiempo.

Al hablar de desórdenes emocionales, es necesario considerar que diferentes antecedentes epidemiológicos y estadísticas precisas refieren que la ansiedad se presenta en por lo menos 4 de cada 5 problemas de salud biofísica severa; seguido de la depresión; el cual está asociado al suicido según Wolpe (1969, citado por Anicama, 2010). En la actualidad, estos dos trastornos emocionales son los más frecuentes entre la población peruana, según estadísticas de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud: MINSA (2012).

Por otro lado, en nuestro medio existe otro problema referido a la evaluación psicológica, puesto que existe una escasez de instrumentos de evaluación validados psicométricamente, tal como señalaban Livia y Ortiz (1996). Asimismo, una investigación realizada por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2008) arrojó que existe en nuestro medio un registro de 1051 instrumentos de evaluación de salud mental, de los cuales solo 237 han sido adaptados; esto indica que solo un 23% de instrumentos ha pasado por el proceso de adaptación psicométrica, mientras que un 32% corresponde a instrumentos creados y un 45% a aquellos que han sido aplicados. Asimismo, la investigación señaló que los constructos evaluados con más frecuencia son: personalidad, funciones cognitivas y familia, respectivamente.

Es por esto que se considera importante la adaptación y validación psicométrica de los instrumentos, con el fin de garantizar un uso adecuado de los mismos durante la labor de evaluación efectuada por el profesional psicólogo.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Habiendo revisado la realidad problemática, se tomó la decisión de construir y validar psicométricamente la Escala de Conducta Emocional Inadaptada para niños y adolescentes de 8 a 15 años de edad en Lima Sur; ya que nos permitirá realizar una evaluación de la conducta emocional inadaptada en dicha población con normas apropiadas, garantizándonos resultados más confiables.

Por este motivo se formuló la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la Escala de conducta emocional inadaptada en niños de 8 a 15 años, en Lima Sur?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Determinar las Propiedades Psicométricas de la Escala de Conducta Emocional inadaptada: API-N para una muestra de la población de niños y adolescentes de 8 a 15 años en Lima Sur.

1.3.2 Objetivos Específicos:

1. Construir la Escala de Conducta Emocional Inadaptada: API-N para una muestra de la población de niños y adolescentes de 8 a 15 años.
2. Realizar un estudio de análisis de ítems de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada en una muestra de la población de niños y adolescentes de 8 a 15 años en Lima Sur.
3. Evaluar la Confiabilidad por Estabilidad y por Consistencia interna, de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada en una muestra de la población de niños y adolescentes de 8 a 15 años en Lima Sur.
4. Analizar la Validez de Contenido, Validez de Constructo y la Validez Concurrente de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada en una muestra de la población de niños y adolescentes de 8 a 15 años en Lima Sur.
5. Establecer las normas percentilares de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada en una muestra de la población de niños y adolescentes de 8 a 15 años en Lima Sur; según la edad, sexo y nivel educativo.

Debido a la naturaleza de esta investigación psicométrica, no se formulan hipótesis sólo objetivos a ser alcanzados.

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente proyecto de investigación ha sido elaborado con el fin de ayudar la labor del psicólogo en el abordaje de los desórdenes emocionales en niños y adolescentes, enfocándonos en una de las funciones básicas del profesional en psicología: La evaluación.

Para tal efecto, resulta relevante contar con instrumentos elaborados y adaptados para nuestra realidad que nos ayuden en la tarea de diagnosticar al paciente que acude a la consulta. Por este motivo, la presente investigación tiene como objetivo construir y validar psicométricamente la Escala de Conducta Emocional Inadaptada para niños y adolescentes: API-N de 8 a 15 años de edad en Lima Sur; la misma que está basada en la Escala Conductual de Evaluación de la Conducta Emocional Inadaptada: API, creada y estandarizada por Anicama (1993).

En ese sentido, este trabajo beneficiará al psicólogo, sobretodo de especialidad clínica, puesto que le permitirá contar con un instrumento de evaluación de problemas emocionales en niños y adolescentes, adaptado para la realidad de Lima Sur.

La Escala de Conducta Emocional Inadaptada para niños y adolescentes de 8 a 15 años de edad en Lima Sur permitirá evaluar los desórdenes emocionales de ansiedad, fobia, obsesión-compulsión, depresión, hipocondría, histeria y psicopatía en dicha población. Asimismo, el presente estudio tiene un importante impacto social, ya que permitirá evaluar a cerca del 40.5% de la población peruana comprendida en el rango de edad mencionado (Instituto Nacional de Estadística e Informática: INEI, 2008).

De esta manera, el presente trabajo de investigación permitirá resolver una serie de problemas prácticos que surgen al momento de la evaluación de estos pacientes, ya que, en nuestro medio contamos con una cantidad reducida de pruebas psicológicas dirigidas a evaluar desórdenes emocionales en una población de niños y adolescentes.

Finalmente, el aporte metodológico de la presente investigación es la creación y validación en nuestro medio de una escala que permitirá evaluar desórdenes emocionales en una población de niños y adolescentes de Lima Sur; sector geográfico de Lima Metropolitana que ha sido poco tomado en cuenta en investigaciones precedentes.

1.5 LIMITACIONES

La presente investigación tiene como una limitación el tiempo, ya que el acceso a las instituciones educativas se da mayormente en horarios matutinos, y en este sentido, los horarios se cruzaban con el tiempo laboral de la investigadora. Por lo que se tuvo que solicitar permisos en el centro de trabajo para poder realizar las aplicaciones de obtención de muestra. Asimismo, los tiempos otorgados en los centros educativos para realizar la aplicación de los instrumentos, son bastante reducidos, siendo de media hora como máximo. Por tanto, se encontró dificultad también en este aspecto, sobre todo al momento de evaluar a los alumnos más pequeños, puesto que se demoraban más en el desarrollo de la Escala.

De igual manera, el presupuesto es una limitación, ya que, para la realización del estudio es necesario movilizarse a diferentes centros educativos, realizar gastos propios de la logística y esto conlleva un importante esfuerzo monetario, el mismo que ha sido autofinanciado en su totalidad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Urgellés, Cid y Lastra (1985) estudiaron la relación entre el neuroticismo y el hábito de fumar. Aplicaron el Inventario de Personalidad de Eysenck y un cuestionario vinculado al hábito de fumar a 270 sujetos en Cuba. Entre los resultados, se halló que existe la tendencia por parte de los fumadores a ser más neuróticos y extravertidos a diferencia de los no fumadores, quienes presentaron puntajes menores en la escala de neuroticismo, y por tanto se mostraron más estables.

Bolger y Zuckerman (1995) realizaron un estudio para demostrar que la personalidad influye en las formas de afrontamiento ante una situación estresante. Para la investigación, midieron los niveles de neuroticismo y de conflictos interpersonales de 94 sujetos con una edad promedio de 19 años. Utilizaron el Inventario de Personalidad de Eysenck y una lista de chequeo de conflictos interpersonales. Hallaron que las personas con altos niveles de neuroticismo, tenían mayor tendencia a mostrar mayores indicadores de ira, ansiedad y depresión ante los conflictos; a diferencia de las personas con bajo nivel de neuroticismo.

Lozano y García (2000) ejecutaron un estudio en un centro de enseñanza secundaria en Asturias, España; donde se evaluó a 684 estudiantes, con edades comprendidas entre 13 y 19 años, para determinar si existe relación significativa entre el rendimiento escolar y los trastornos emocionales. Para tal efecto se aplicó el instrumento: Youth Self Report (YSR) validado en España por Lemos et al., el mismo que evalúa las manifestaciones psicopatológicas en la infancia y adolescencia. Los resultados indicaron que los hombres puntúan más alto en búsqueda de atención y conducta delictiva; mientras que las mujeres obtuvieron puntajes más altos en depresión, conductas agresivas, quejas somáticas, problemas de pensamiento, y de relación. Asimismo, los alumnos que mostraron bajo rendimiento escolar se mostraron más propensos a llamar la atención, mostrar conductas delictivas y agresivas.

Ramírez, Esteve y López (2001) realizaron un estudio para investigar sobre la relación entre el neuroticismo, las estrategias de afrontamiento y el dolor crónico, en 100 pacientes de un hospital de Málaga-España. Se aplicó la Escala Vanderbilt de Afrontamiento al dolor, Cuestionario de McGill de Dolor y el Inventario de Personalidad

de Eysenck. Se halló una evidencia empírica que sostiene que altos niveles de neuroticismo, van a generar búsqueda de apoyo social como estrategia de afronte poco eficaz ante el dolor crónico, generando que este se mantenga y repercuta en una disminución de la calidad de vida

D'ElRey, Pacini y Fontes (2006) aplicaron el Inventario de Fobia Social (SPIN) a 116 niños y adolescentes, entre 10 y 17 años, de una escuela de Sao Paulo, Brasil. Entre los resultados se halló que sólo el 7.8% de sujetos evaluados obtuvieron un puntaje que indica la presencia de fobia social; se trató del 8.1% de participantes de sexo masculino y el 7.4% de estudiantes de sexo femenino. Asimismo, la gran mayoría de alumnos con síntomas fóbicos tenían entre 12 y 15 años. De igual manera se encontró que aproximadamente el 89% de los adolescentes con fobia social repitió un año escolar por lo menos una vez.

Oros de Sapia y Neifert (2006) construyeron y validaron una Escala para evaluar indicadores físicos y psicoemocionales de estrés en una muestra de 356 personas en Uruguay. Se obtuvo una fiabilidad de 0.86, se realizó un análisis de ítems que concluyó de forma satisfactoria y un proceso de análisis factorial, donde se extrajeron tres factores para la prueba. Finalmente se concluyó que la escala es válida y confiable.

Mansur-Alves y Flores-Mendoza (2009) realizaron una investigación en una escuela pública de Belo Horizonte, Brasil; donde se estudió la estabilidad temporal del componente Neuroticismo, asimismo se correlacionó con otros aspectos de desarrollo de 368 niños que oscilan entre los 8 y 13 años de edad. Se realizaron dos aplicaciones de las escalas Big Five Questionnaire for Children: BFQ-C y Eysenck Personality Questionnaire Junior: EPQ-J en un intervalo de tiempo de seis meses. También se evaluaron las siguientes variables: inteligencia, desempeño escolar, funcionamiento adaptativo y mediciones antropométricas. Los resultados señalaron que existe una moderada estabilidad temporal de la dimensión Neuroticismo. De igual manera, no se encontraron asociaciones significativas entre Neuroticismo y las medidas antropométricas, pero sí se encontró relación con las variables inteligencia, desempeño escolar y funcionamiento adaptativo.

Fernández, Pérez y Fernández (2010) estudiaron la relación entre el neuroticismo y las enfermedades inflamatorias intestinales. Aplicaron el Inventario de Personalidad de Eysenck a 106 pacientes diagnosticados con colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. Los resultados señalaron diferencias entre los pacientes que se encontraban en tratamiento ambulatorio, quienes presentaron puntajes más bajos en neuroticismo, a diferencia de los pacientes que tenían que someterse a tratamientos dentro del entorno hospitalario. Se confirmó la relación entre el neuroticismo y las enfermedades inflamatorias intestinales, pero también se hallan diferencias en cuanto al curso clínico de la enfermedad, tal como se mencionó.

Romero et al. (2010) estudiaron la comorbilidad entre los factores de ansiedad del cuestionario para niños SCARED de Birmaher et al. y el inventario de depresión para niños: CDI de Kovacs. Para eso aplicaron dichas pruebas a 792 niñas y 715 niños entre 8 y 12 años de una escuela de la ciudad catalana de Reus, España. Dicho estudio determinó que las niñas presentaron un mayor porcentaje de síntomas ansiosos (52%) a diferencia de los niños (41%). No obstante, ambos sexos presentaron el mismo porcentaje de síntomas depresivos (12%). Asimismo, las niñas presentaron una mayor comorbilidad homotípica en el cuestionario SCARED. En cuanto a la comorbilidad heterotípica se observó que los niños que presentaban un puntaje igual o superior a 17 en el CDI presentaban mayor comorbilidad de depresión con ansiedad, que las niñas.

Guido, Mujica y Gutierrez (2011) construyeron y validaron una escala de autoconcepto para adolescentes. Realizaron el estudio con una muestra de 450 estudiantes de ambos sexos de tres escuelas de nivel medio en la Ciudad de México. Realizaron un análisis factorial que señaló la existencia de 4 factores. Así como también se obtuvo un alfa de Crombach de 0.91 y un análisis de ítems satisfactorio. El instrumento demostró ser válido, confiable y sensible a las características del grupo de adolescentes con el que se trabajó.

Orgilés et al. (2012) Llevaron a cabo un estudio para hallar diferencias en función de la edad y sexo en relación a los síntomas de ansiedad en 2522 niños y adolescentes de Alicante. Hallaron que las niñas puntúan significativamente más alto en ansiedad por separación, agorafobia, fobia social, ansiedad generalizada y miedos físicos. Mientras que se observa mayor prevalencia de la ansiedad generalizada en los adolescentes, a diferencia de los niños.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Anicama (1993) construyó una Escala Conductual de Evaluación de la Conducta Emocional Inadaptada: API, la misma que mide los constructos de ansiedad, fobia, obsesión-compulsión, depresión, hipocondría, histeria y psicopatía. Para dicho estudio fueron evaluados 2 000 estudiantes universitarios hombres y mujeres entre los 16 y 35 años de edad. Para realizar la validación psicométrica y normalización del instrumento en Lima se usó otra muestra de 800 sujetos, en donde se demostró una validez y confiabilidad muy sólidas con una “r” ítem-test para todas las escalas componentes altamente significativas a un nivel de $p < .001$, así como también una confiabilidad test – retest de 0.7917. También se realizaron pruebas de validez clínica que señalaron diferencias marcadas entre sujetos normales, sujetos con trastornos emocionales y sujetos psicóticos. Finalmente, se encontraron diferencias significativas por sexo en la Escala Emocional, la tendencia a disminuir los puntajes al avanzar la edad, así como, diferencias significativas por especialidad y universidades.

Alarcón (2006) desarrolló y validó una Escala de medida de la felicidad de 27 ítems. El estudio se realizó en 709 estudiantes universitarios entre 20 y 30 años. Se obtuvieron correlaciones altamente significativas en el análisis ítem-test, además de una consistencia interna de 0.91. En los estudios de validez externa, se relacionó el nuevo instrumento con las escalas del EPI, obteniendo una correlación positiva y significativa entre la felicidad y la extraversión; y se obtuvo una correlación negativa pero significativa con la escala de neuroticismo. Asimismo, cabe mencionar que se llevó a cabo un análisis factorial, donde se extrajeron 4 componentes presentes en la escala.

Ramírez (2009) llevó a cabo la adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en la zona urbana de Cajamarca, para tal efecto aplicó el inventario a 623 niños y adolescentes entre 7 y 15 años de edad de 9 colegios de la ciudad. Se realizó una adaptación lingüística, asimismo se realizaron estudios de confiabilidad y validez del instrumento. En los resultados con relación a las variables de control no se hallaron diferencias significativas entre varones y mujeres con relación a la sintomatología depresiva. Asimismo los evaluados entre 7 y 9 años, así como los de 13 a 15 años presentaron puntajes más altos de depresión que los púberes de 10 a 12 años.

Jaimes (2013) investigó la relación entre el estilo de pensamiento rumiativo y los rasgos de personalidad en estudiantes universitarios de las carreras de ingeniería civil y electrónica, de una universidad privada de Lima, cuyas edades oscilaban entre los 16 y 27 años de edad. Para dicha investigación se empleó el Inventario de Personalidad NEO PI – R forma S y la Escala de Respuestas Rumiativas. Los resultados indicaron la existencia de una correlación positiva entre la dimensión neuroticismo y el estilo rumiativo. Asimismo, se observaron diferencias significativas entre las variables sociodemográficas, donde las mujeres presentaron mayor tendencia a presentar ansiedad, ira, dificultades para el control de impulsos y una mayor vulnerabilidad al estrés. De igual manera, los estudiantes más jóvenes entre 16 y 20 años de edad obtuvieron puntajes más elevados de neuroticismo, a diferencia de los estudiantes más longevos.

Varela (2014) realizó la estandarización del Inventario de Personalidad Eysenck para Niños y Adolescentes de 6 a 16 años de Lima Sur, para tal efecto se evaluó a 3 631 estudiantes de colegios estatales y particulares, desde primer grado de primaria hasta quinto grado de secundaria. En este estudio se halló que los puntajes en relación a la dimensión de neuroticismo, se encontraron más bajos entre los alumnos de 2do y 5to grado de primaria, los mismos que señalaban aparente estabilidad emocional. Mientras que, los puntajes más elevados fueron hallados entre los estudiantes de 4to y 6to grado de nivel primaria, lo que refiere mayor inestabilidad emocional en esta población.

Olivo (2013) investigó la relación entre los estilos parentales percibidos y la ansiedad en 221 adolescentes de nivel socioeconómico bajo en Lima, para tal estudio aplicó el Instrumento del vínculo parental: PBI de Parker et al. y la Escala de ansiedad manifiesta para niños revisada: CMAS-R de Reynolds. En el estudio se encontraron diferencias significativas en la ansiedad de acuerdo al sexo siendo ésta mayor en mujeres. Respecto de los estilos parentales, se encontró una mayor protección materna y paterna percibida en las mujeres y una mayor protección paterna en los participantes de mayor edad. Asimismo, se encontraron correlaciones negativas entre la dimensión de Cuidado materno y paterno y las escalas de ansiedad.

2.2. BASES TEÓRICAS Y CIENTÍFICAS DEL TEMA

2.2.1 ABORDAJE TRADICIONAL ACERCA DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES

Los trastornos emocionales son tan antiguos como el ser humano, pero ya desde el final de la Edad Media se tienen registros de la existencia de asilos públicos y privados donde se confinaba a la gente que padecía de perturbaciones emocionales. Si bien los enfermos ya no eran considerados como poseídos por el demonio, como se pensaba en un inicio, aún no recibían un tratamiento pertinente. De hecho, las instituciones creadas para albergarlos aplicaban técnicas y usanzas propias de las prisiones de las épocas (Morris y Maisto, 2005).

En relación a la perspectiva psicológica, el abordaje de los trastornos emocionales es tan variado como la existencia de los diferentes paradigmas explicativos presentes en la psicología. A continuación, se detallará algunos de los más relevantes:

Desde el enfoque dinámico, debemos mencionar que Freud inició a postular su teoría acerca de la neurosis a partir de los casos célebres de sus pacientes: Ana, que presentaba histeria; y Hans, que representaba un caso de fobia infantil. A partir de estos estudios, Freud concluyó que la neurosis es generada a partir de un conflicto entre los impulsos sexuales del individuo y las prohibiciones sociales; dicha confrontación crea condiciones que generan ansiedad en la persona. Asimismo, en esta teoría se considera que la ansiedad puede ser disminuida por los mecanismos de defensa, como es el caso de la represión, el cual actúa intentando negar las necesidades del yo y desterrándolas al inconsciente. Pero cuando la represión no es exitosa, la libido busca ser satisfecha y conlleva a la formación de síntomas neuróticos (López, 1980).

Rogers (1951, citado por Sassenfeld, 2012) señala, desde una perspectiva humanista, que la neurosis es originada a partir de un estado de incongruencia entre el yo y las experiencias que va teniendo el sujeto conforme se va desarrollando en el entorno social. Esto genera un desajuste en el individuo, ya que se separa de su mundo interior por adoptar conductas y exigencias del mundo exterior, las mismas que generalmente provienen de las figuras paternas.

Frankl (1987) desde un enfoque más existencialista, señala la presencia de una neurosis colectiva que se caracteriza por conductas reiterativas emitidas por las personas

que intentan adaptarse a un contexto social que les limita, y les dificulta autorrealizarse, ejercer su libertad y vivir bajo sus propios valores.

Perls, tiene una percepción holística al respecto, y sostiene que la neurosis es una enfermedad que se origina a partir de situaciones inconclusas del individuo, las mismas que van sucediendo desde la infancia hasta la vida adulta. Muchas veces las personas se cargan emocionalmente tanto de estos ciclos inconclusos que necesitan emplear estrategias defensivas para protegerse de las amenazas del mundo exterior. Es por eso que Francisco Peñarrubia (2008, citado por Carmona, 2010) definió a la neurosis como: “síntoma de una maduración incompleta”.

2.2.2 ANÁLISIS EXPERIMENTAL DE LA CONDUCTA EMOCIONAL INADAPTADA

Al hacer referencia al análisis experimental, hablamos de un estudio realizado bajo condiciones donde existe un control de las variables. A lo largo de la historia, el análisis experimental ha permitido comprender, haciendo uso del método científico, diferentes procesos que se llevan a cabo en animales y posteriormente en personas.

Cuando hablamos de estudios experimentales referidos a la neurosis, es necesario remontarnos a Pavlov, quien determina que esta se lleva a cabo basada en dos procesos: la inhibición y la excitación. En ese sentido, Green (2001) señala que existe una actividad involucrada de la corteza cerebral, donde la excitación hace referencia a la activación del sistema nervioso, el mismo que va a facilitar que se lleven a cabo procesos de aprendizaje y ejecución. Mientras que la inhibición es un proceso que interfiere la actividad, evitando que se lleven a cabo conductas determinadas; esto se observó de manera más amplia, en los estudios realizados en los laboratorios con perros.

Asimismo Pavlov (citado por López, 1980, Anicama, 2010) determina que existen tres circunstancias que hacen posible la adquisición de neurosis experimentales:

- a) Cuando se lleva a cabo un proceso excitatorio, es decir, se aplica un estímulo más fuerte del que está acostumbrado el individuo normalmente.
- b) Cuando se lleva a cabo un largo proceso de inhibición, como es el caso de las prolongadas demoras.
- c) Cuando resulta difícil discriminar entre la excitación y la inhibición.

Resulta importante señalar que Pavlov ha realizado una serie de estudios que permiten comprender el proceso de la neurosis desde una perspectiva científica, pero con un sesgo fisiológico. No obstante, estas investigaciones resultan de gran utilidad, ya que aporta a la psicología de manera metodológica por el proceso de condicionamiento clásico que este autor usó en sus investigaciones.

Desde una perspectiva conductual, Estes y Skinner (1941, citado por Becerra-García et al., 2007) realizaron estudios experimentales referidos a la respuesta emocional, desde un enfoque operante. Cabe resaltar que Skinner postulaba consistentemente una psicología de estímulos y respuestas; donde no se contemplaban componentes fisiológicos ni procesos internos del individuo. En este sentido, se llevaron a cabo estudios orientados a observar las respuestas de los sujetos experimentales que eran sometidos a determinados estímulos provenientes de su entorno. El trabajo realizado para evaluar la respuesta emocional condicionada también es conocido como “supresión condicionada”, donde se midieron respuestas de ansiedad relacionadas a la supresión de determinada conducta; dicho de manera específica: las ratas dejaron de presionar la palanca mientras sonaba determinado tono, el mismo que había sido asociado a choques eléctricos descargados en sus patas. De esta manera se concluyó que a menor frecuencia de dicha respuesta, mayor era el grado de ansiedad experimentado por los sujetos.

En lo que concierne a las investigaciones experimentales realizadas con personas, tenemos precursores como Bandura quien propone la imitación y modelado como método para tratar las fobias de niños con los animales. Mendez, X., Rosa, A. y Orgilés M. (2005) analizaron la eficacia de los tratamientos psicológicos en la fobia a los animales y hallaron que la técnica del modelado consiguió los mayores logros terapéuticos, dichos resultados coinciden con Bandura (1969, citado por Anicama, 1993), quien señaló que dicha técnica es más eficaz que el condicionamiento clásico u operante, si se trata de instaurar o mitigar conductas emocionales inadaptadas. Entre otros datos significativos de la investigación, se halló que el tratamiento tuvo mayor éxito en términos de eficacia en niños de menor edad y de sexo masculino.

Con esta breve reseña, se han revisado algunos de los trabajos más significativos realizados al respecto; los mismos que servirán para ayudarnos a comprender los procesos que se llevan a cabo detrás de la emisión de respuestas de los individuos.

2.2.3 CONCEPCIÓN CONDUCTUAL DE LA CONDUCTA EMOCIONAL INADAPTADA

CONDUCTA EMOCIONAL INADAPTADA / DESÓRDENES EMOCIONALES

Desde una perspectiva conductual, resulta necesario denominar Conducta emocional inadaptada, a lo que antes en la práctica clínica llamábamos conductas neuróticas, y hoy se conoce más ampliamente como desórdenes emocionales.

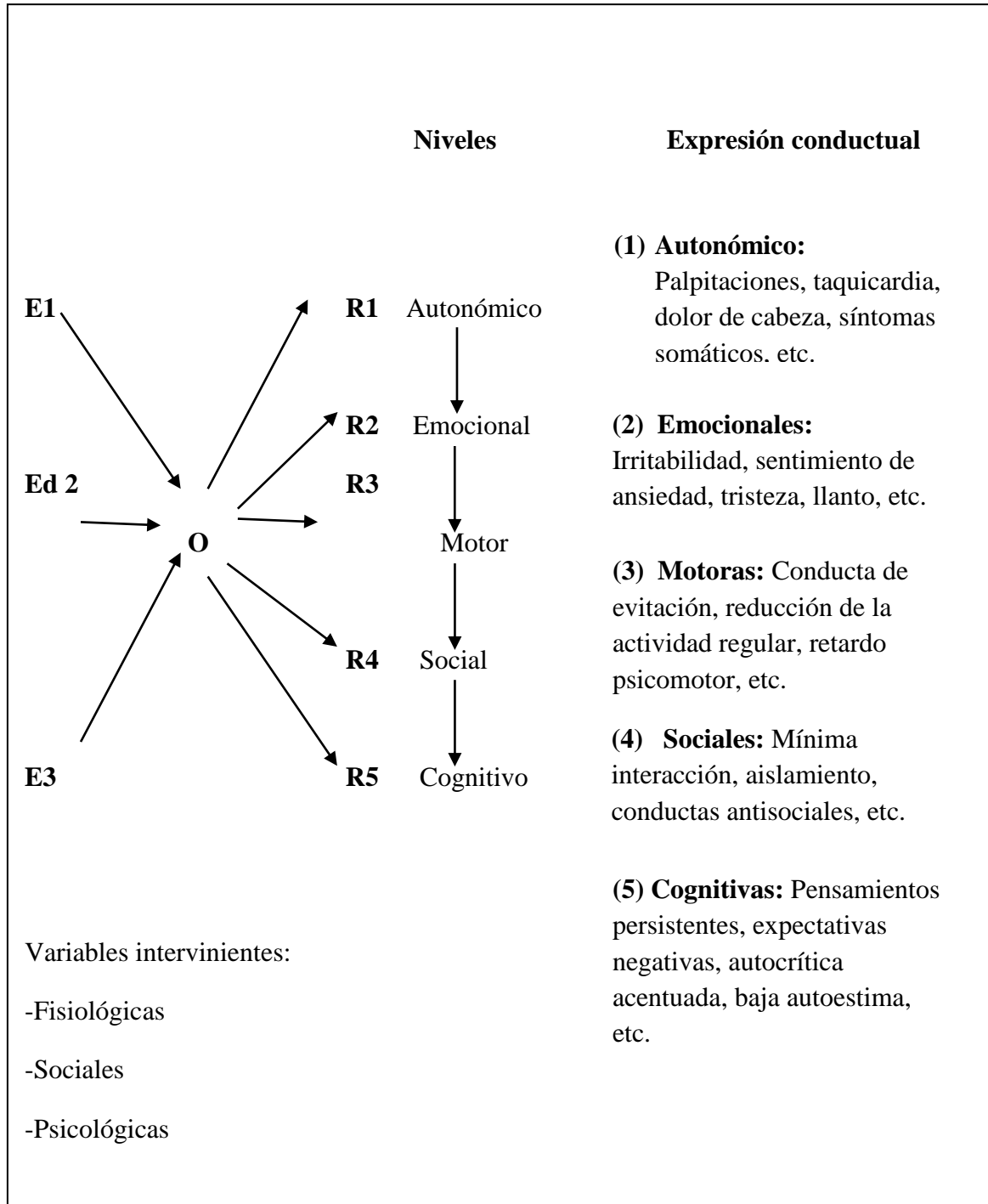
En este sentido, Martorell y Prieto (2002, citado por Echegoyen, 2011) refieren que las conductas adaptadas e inadaptadas se adquieren y modifican bajo los mismos principios, estos son: condicionamiento clásico, operante y el modelo de aprendizaje observacional. Asimismo, la aplicación de dichos principios en la práctica clínica, tiene como base los hallazgos de las investigaciones experimentales. De esta manera, el enfoque conductual enfatiza en el estudio de la conducta manifiesta, la misma que debe ser observable, objetiva y cuantificable.

En referencia a los niveles de la conducta emocional inadaptada, Anicama (1993) y Fierro (2000, citado por Palacios, García y Flores, 2010) refieren que estos componentes son: autonómicos, cognitivos, emocional, motor y social. Asimismo son factibles de ser medidos por su frecuencia; es decir, al momento del análisis podemos hablar de debilitamientos, excesos y déficits conductuales.

Anicama (1979, 1987, 1993, 2010) plantea la concepción de los desórdenes emocionales, donde a partir de la actuación de un estímulo discriminativo sobre el organismo, se generan una serie de respuestas en los diferentes niveles de la conducta: Autonómico, emocional, motor, social y cognitivo; por tanto, la conducta emocional inadaptada, también llamada: desórdenes emocionales presenta manifestaciones conductuales en los cinco componentes de la conducta, tal como a continuación se representa en la figura 1.

FIGURA 1

CONCEPCIÓN DE LOS DESÓRDENES EMOCIONALES.



Elaborado por Anicama (1979, 1987, 1993, 2010).

De esta manera, se expone la perspectiva con la cual se desarrollará el presente estudio, es decir bajo un enfoque conductual aplicado a la práctica clínica. A continuación, se revisará de manera conceptual los desórdenes emocionales medidos por la Escala de Conducta Emocional Inadaptada en niños y adolescentes de 8 a 15 años.

2.2.3.1 ANSIEDAD

Da Silva, Costa y Barbosa (2008) afirman que la ansiedad es un fenómeno universal, experimentado por todas las personas numerosas veces a lo largo de toda su vida. Esta, a su vez, sirve como una señal de alerta que nos avisa ante peligros inminentes; de esta manera nos ayuda a tomar las medidas necesarias contra las posibles amenazas, esto se da gracias a la activación del sistema nervioso autónomo.

De igual manera, Rodrigues y Sales (2012) señalan que la ansiedad puede estar asociada a acontecimientos pasajeros o puede ser una forma de afrontamiento habitual, este último probablemente esté condicionado por características individuales que predisponen a la persona. En todo caso, la ansiedad puede tener niveles variantes, llegando a ser incluso extremadamente altos, ocasionando perturbaciones en los individuos.

La ansiedad también tiene un componente cognitivo, tal como sostiene Riso (2009, citado por Olivo, 2012), quien manifiesta que la existencia de ciertos sesgos del pensamiento hacen que se produzca la ansiedad; dichos sesgos pueden ser: extrema focalización por las manifestaciones somáticas, preocupación excesiva por la ocurrencia de eventos negativos, percepción amenazadora de la información que le rodea e interpretaciones irracionales del comportamiento de las demás personas.

American Psychiatric Association (2014) señala, en el DSM – V que la ansiedad es un trastorno caracterizado por un miedo excesivo, persistente e inapropiado para el nivel de desarrollo del individuo. En niños y adolescentes dura al menos cuatro semanas y dicha alteración provoca deterioro en las esferas social, académica, familiar u otras áreas de la vida personal.

Huberty (2014) refiere que los niños con ansiedad presentan síntomas similares a los adultos ansiosos, no obstante, evidencian con mayor frecuencia conductas de irritabilidad y falta de atención.

2.2.3.2 FOBIA SOCIAL

La APA (2014) señala, en el DSM – V a la fobia social como un miedo persistente, excesivo y desproporcionado a la situación real; que surge a partir de una situación social donde el individuo puede estar expuesto al posible examen de otras personas. Asimismo, se señala que en niños se pueden presentar conductas como el llanto, la rabieta, quedarse paralizados, fracaso de hablar en situaciones sociales y un excesivo apego físico. En el caso de los niños, el miedo debe presentarse por más de seis meses; no es necesario que reconozcan el temor como irracional o exagerado. Asimismo, cabe resaltar que la fobia genera deterioro en las diferentes áreas de la vida del individuo que la padece.

Nardone (2002) determina que los individuos que presentan algún tipo de trastorno fóbico, tienen dificultad para desarrollar una vida autónoma e independiente, ya que se encuentran condicionados permanentemente por su fobia. Asimismo, señala que el sistema perceptivo de una persona constituye el eje central para determinar la existencia de la fobia en ella.

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2010) realizó una investigación donde se señala que los niños y adolescentes con fobia social pueden presentar comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, tales como: depresión, ansiedad y abuso de sustancias psicoactivas. De igual manera, señalan que a pesar del deterioro que la fobia puede provocar en las áreas sociales, ocupacionales y personales del individuo, son muy pocos aquellos pacientes que buscan ayuda para iniciar y seguir un tratamiento.

En ese sentido, se considera la fobia social como un miedo intenso vinculado a la interacción social, que produce una sensación de catástrofe inminente y una activación fisiológica que se expresa a través de manifestaciones, tales como: sudoración, temblores, sensación de ahogo, visión catastrófica, tendencia a la huida o evitación, relacionada al miedo exacerbado que se experimenta. Asimismo, puede presentar comorbilidad con otros trastornos y dificulta el desarrollo de una vida normal en el individuo.

2.2.3.3 OBSESIÓN – COMPULSIÓN

Foa (1985, citado por Belloch, Sandín y Ramos, 2009) señala que el síndrome obsesivo – compulsivo está conformado por situaciones, reales o imaginadas, que provocan una serie de pensamientos rumiantes y que a su vez generan una respuesta de ansiedad; dichos eventos son denominados obsesiones. Para reducir dicha reacción ansiosa, se llevan a cabo determinadas conductas denominadas compulsiones.

Asimismo, Wells (2000) refiere que las personas obsesivo – compulsivas suelen emplear un estilo rumiativo del pensamiento, es decir, suelen tener pensamientos recurrentes e incontrolables; es por eso que llevan a cabo conductas “rituales” con el fin de controlar sus estados internos. En referencia a la frecuencia con la que se presentan las obsesiones, Echeburúa y Corral (2009, citado por Huamán 2012) señalan que en su mayoría están relacionadas con el temor a la suciedad (40%), el miedo a algún tipo de peligro para sí mismo o familiares (24%) y el temor al desorden (17%).

Vásquez, Ávila y Rodríguez (1996) indican que el trastorno obsesivo-compulsivo inicia en la infancia y continúa en la vida adulta. Dicho problema tiene un patrón permanente y muchas veces los síntomas no molestan a quien lo padece, sino a quienes le rodean. Para este efecto, es necesario realizar un diagnóstico afinado, puesto que muchas veces el paciente puede manifestar síntomas ansiosos, o depresivos, los mismos que pueden confundir al evaluador en su labor diagnóstica.

La APA (2014) señala en el DSM – V que el trastorno obsesivo-compulsivo está compuesto de pensamientos persistentes e indeseados que conlleva a la realización de comportamientos (compulsiones) para neutralizarlos. Asimismo, se señala que es un trastorno que genera un deterioro en la vida del individuo que lo padece.

En el caso de los niños y adolescentes, las conductas suelen manifestarse a través de rituales generalmente al momento de acostarse, defecar y orinar. También pueden evidenciar tics. Sin embargo, los síntomas más significativos suelen ser: actitudes extremadamente cordiales y educadas, una actitud sumisa y una pobre expresión de las emociones (Ferrari y Bonnot, 2013).

2.2.3.4. DEPRESIÓN

La depresión es un problema que se presenta con bastante frecuencia en las consultas. De hecho La Organización Mundial de la Salud ha determinado que actualmente es el cuarto problema sanitario del mundo, y predice que para el año 2020 ocupará el segundo lugar en esta clasificación. (Vázquez et al., 2005).

Según la APA (2014), la depresión debe cumplir algunos criterios para ser considerada como tal, como por ejemplo: La persona debe presentar un estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda la mayor parte del tiempo, la misma que debe estar acompañada de otros síntomas que impliquen una afectación en su vida cotidiana, tales como: la pérdida del placer, alteraciones del sueño y apetito, fatiga, retraso psicomotor, dificultad para pensar o concentrarse y pensamientos de muerte recurrentes. Asimismo es necesario determinar que dichos síntomas no son provocados por enfermedades médicas o consumo de sustancias psicoactivas. De igual manera, es necesario prestar atención a otros detalles que favorezcan al diagnóstico diferencial; como por ejemplo: discernir entre un episodio único o recurrente, si existe asociación con otros trastornos, determinar el nivel de gravedad de la depresión y si existe presencia de intentos suicidas. De igual forma se señala que en el caso de los niños, puede presentarse un humor caracterizado por irritabilidad, llantos y pataletas.

En este sentido, cabe resaltar que el trastorno depresivo puede tener comorbilidad con otros trastornos, (Vázquez et al., 2005) refieren que la depresión puede presentarse acompañada de ansiedad, estrés postraumático, obsesiones, trastornos del sueño, trastornos sexuales, entre otros problemas que afectan el desenvolvimiento habitual del individuo.

Polaino-Lorente et al. (1988) señalan que las niñas presentan síntomas depresivos más inhibidos asociados a conductas de mutismo, crisis de llanto y gritos, enuresis y compulsión alimentaria. Mientras que los niños presentan síntomas más agitados, manifestados a través de conductas agresivas, llanto inmotivado, alteraciones del sueño y onicofagia.

2.2.3.5 HIPOCONDRIA

Para el desorden emocional denominado anteriormente hipocondría (DSM- IV-TR, 2000) y que en la actualidad se denomina: Trastorno de ansiedad por enfermedad (DSM-V, 2014), resulta necesario conocer que se caracteriza por una preocupación excesiva con respecto al padecimiento de un problema de salud durante, por lo menos, durante seis meses. La persona hipocondríaca se caracteriza por presentar miedo exagerado, el mismo que persiste aún después de haber recibido una información médica tranquilizadora. En el DSM-V se hace una distinción al momento de clasificar dicho trastorno, puesto que, se pide especificar si la persona hipocondríaca solicita asistencia médica, o por lo contrario, la evita; ya que ambas variantes pueden presentarse al momento de padecer un trastorno hipocondríaco. De igual manera, esta condición le dificulta su normal desenvolvimiento en las diferentes áreas de su vida.

Por otro lado, un estudio realizado demostró que las experiencias concretas relacionadas a enfermedades a lo largo de la vida, pueden determinar que las personas presenten mayores índices de ansiedad por su salud, de hecho, estas constituyen variables predictoras de preocupación hipocondríaca. En conclusión, la existencia de un aprendizaje temprano de las conductas de salud podrían constituir un factor de riesgo para presentar hipocondría a lo largo de la vida (Fernández y Fernández, 2001).

También debemos señalar que en el trastorno hipocondríaco existen procesos psicológicos superiores que se encuentran bastante desarrollados, como es el caso de la hipervigilancia corporal y la atención focalizada en las sensaciones físicas. Es por esto, que el componente cognitivo, juega un rol fundamental en el desarrollo de dicho trastorno; y en este sentido, las actuales líneas de intervención incluyen un trabajo terapéutico a nivel de los pensamientos, para lograr resultados más eficaces (Martínez y Belloch, 2004).

El Child Mind Institute (2014) señala que los niños hipocondríacos presentan malestares físicos que suelen interpretar como síntomas de enfermedades graves, así como también pueden presentar miedo de ir al doctor, o por el contrario, suelen cambiar de médico frecuentemente si éste no les diagnostica la enfermedad que ellos suponen. Asimismo, tienden a buscar información sobre las enfermedades en internet, presentan ausentismo escolar y las demás áreas de su vida se ven afectadas por la hipocondría.

2.2.3.6 HISTERIA

En la historia de las enfermedades mentales, la histeria constituye uno de los diagnósticos más antiguos (Marchant, 2000). El término es realmente antiguo, vinculado etiológicamente al psicoanálisis, pero en la actualidad no se encuentra en ninguno de los sistemas de clasificación.

La Organización Mundial de la Salud (1992), en su Clasificación Internacional de las Enfermedades- Versión décima, se refiere a la histeria como un conjunto de trastornos mentales, cuyos síntomas no son orgánicos, no se desarrollan en el plano consciente y suele estar asociado a alguna ganancia real o psicológica. Puede presentarse con fenómenos de conversión o fenómenos disociativos. Cuando está presente bajo la forma de conversión se ve afectada la función de alguna parte del cuerpo; puede presentarse a través de parálisis, ceguera, temblores, entre otros. Cuando se presenta bajo la forma de fenómenos disociativos, el campo de la consciencia se estrecha y suele estar acompañado de una amnesia selectiva.

En la actualidad, tal como señala Pérez et al. (1997) en el contexto clínico el término histeria está asociado al trastorno histriónico de la personalidad. Pueden existir manifestaciones físicas y psicológicas relacionadas a dicho trastorno. De igual manera, señala que la personalidad histérica se caracteriza por excitabilidad, inestabilidad emocional, hiperactividad, autodramatismo, búsqueda de atención, vanidad y dependencia excesiva.

Ferrari y Bonnot (2013) refieren que en el caso de los niños y adolescentes, las conductas histéricas se manifiestan a través de una tendencia a la dramatización, coquetería y seducción sobre todo en el caso de las chicas. Asimismo, se presentan reacciones somáticas, generalmente manifestadas por dolores abdominales y cefaleas; así como también pueden evidenciar temblores o tics. De igual forma, los niños pequeños suelen manifestar conductas de encopresis y enuresis. Cabe señalar, que además pueden presentarse anestias, parálisis y dificultades visuales, pero estas suelen ser menos frecuentes.

2.2.3.7 PSICOPATÍA

La psicopatía fue acuñada por Pinel (1809, citado por Belloch et al., 2009) y hacía referencia al término “manía sin delirio”. Este término era usado en individuos que presentaban un adecuado funcionamiento intelectual, pero que presentaban dificultades para presentar un comportamiento acorde a las normas morales y sociales. Cabe resaltar que la psicopatía es un constructo general asociado a una desviación de la personalidad, que suele tener como síntomas la presencia de conductas antisociales.

El término psicopatía no está incluido en ninguno de los sistemas de clasificación, pero en el caso del DSM – IV – TR (APA, 2000) es considerado como “Trastorno Antisocial de la personalidad”; cuyos síntomas principales incluyen un fracaso para adaptarse a las normas sociales, conductas deshonestas, impulsivas, agresivas y de irritabilidad. Así como también involucra la ausencia de remordimientos y una despreocupación imprudente por sí mismo y los demás. Asimismo, estos síntomas deben presentarse desde la edad de 15 años.

En este sentido, Belloch, Sandín y Ramos (2009) recopilan algunas características de personalidad presente en personas con rasgos psicopáticos, las mismas que han sido obtenidas a partir de investigaciones realizadas. Concluyen que estos individuos presentan insensibilidad emocional, falta de empatía, impulsividad, búsqueda de sensaciones y niveles inferiores de desarrollo moral.

En el caso de los adolescentes, Silva (2009) menciona que suelen presentar síntomas como los siguientes: tendencia a fanfarronear, intimidar y amenazar a otros, manifestaciones de crueldad con personas y animales, provocación de incendios o destrucción de propiedades, conductas mitómanas y de hurto; todo eso acompañado de una falta de empatía y ausencia de culpa.

2.2.4. EVALUACIÓN CONDUCTUAL OBJETIVA DE LA CONDUCTA EMOCIONAL INADAPTADA

En la actualidad contamos con un número reducido de instrumentos psicométricos que nos permita evaluar desórdenes emocionales en la población infantil y adolescente. Es por esto que la presente investigación busca aportar en ese sentido con la construcción y estandarización de una Escala de evaluación de la conducta emocional inadaptada en la población mencionada. Cabe señalar que dicho aporte se realiza desde un enfoque conductual y a propósito de esto resulta necesario mencionar algunos antecedentes.

Benites (2006) señala que a partir de la década de los años sesenta se instaura en la realidad psicológica peruana la tendencia a orientar el trabajo psicológico hacia la propuesta conductual de B. F. Skinner. En este sentido, muchos estudiosos de la materia comenzaron a enfocarse en el estudio de la conducta objetiva, a través de la realización de análisis experimentales y del uso del método científico.

Anicama (1993) refiere que el trabajo de los psicólogos está enfocado en la conducta objetiva, la misma que se debe medir de forma continua y directa. Este tipo de evaluación otorga mayor confiabilidad al diagnóstico, asimismo, permite encontrar factores determinantes, los mismos que servirán para la realización de una futura intervención psicológica.

Al hablar de evaluación directa de la conducta resulta necesario precisar qué es lo que se busca medir. Como fue mencionado anteriormente existen componentes de la conducta, los mismos que van a mostrar determinadas conductas específicas cuando se presenta un desorden de tipo emocional. En referencia a esto, la tabla N°2 precisa algunas características observadas en la práctica clínica con relación a la topografía de la conducta emocional inadaptada.

TABLA 2

CARACTERÍSTICAS TOPOGRÁFICAS DE LA CONDUCTA EMOCIONAL
INADAPTADA SEGÚN SUS COMPONENTES COMO “CLASE DE RESPUESTA”.

Anicama (1993).

1. Autonómicas:

Palpitaciones.
Taquicardia.
Bloqueo al respirar.
Sudoración palmar o total.
Hipertensión.
Dolores de cabeza.
Vértigo.
Desmayos.
Alteración del sueño.
Disturbio de la micción.
Alteración de la libido.
Disturbios gastro-intestinales: estreñimiento, constipación, espasmo en el colón.
Fatiga física.
Abundantes síntomas somáticos.
Pérdida de peso.
Anorexia.
Dismenorrea.

2. Emocionales:

Irritabilidad.
Ansiedad.
Hipersensibilidad.
Impulsividad.
Fobia o miedos.
Tristeza y melancolía.
Sentimiento de soledad.
Lamentar falta de afecto.
Labilidad emocional: Llanto, chillido.
Falta de respuesta de regocijo o alegría.

3. Motoras:

Conducta de evitación y/o aproximación al objeto temido.
Tensión muscular.
Temblor en alguna parte o todo el cuerpo.
Tartamudeo.
Dolor de espalda.
Parpadeo intenso.
Retardo psicomotor: hablar lento, caminar lento, volumen de voz bajo, estar quieto, permanecer en cama.
Inhabilidad o interferencia para su trabajo ordinario.

Conducta pre-suicida.
Conducta de aproximación y apropiación de objetos.
Hiperactivo.

4. Sociales:

Reducción de la interacción social: mínima participación.
Interferencia con otras conductas sociales.
Pérdida de gratificación: refuerzo.
Conductas antisociales: robar y violar la ley.
Conducta de agresión y violencia.
No asumir responsabilidad.

5. Cognitivas:

Pensamientos persistentes acerca de algo.
Expectativas negativas.
Autocrítica acentuada y sentimiento de culpa.
Baja autoestima: percepción e ideas de fracaso, impotencia y desamparo.
Expresión y sentimientos de incompetencia.
Quejas acerca de pérdidas afectivas.

Elaborado por Anicama, J. (1993) en Análisis y Modificación del comportamiento en la práctica clínica.

Tras conocer dicha caracterización, es necesario conocer como siguiente paso determinar de qué manera se pueden medir dichas conductas a través de una perspectiva conductual. En primer lugar, se puede realizar una medición directa de las respuestas específicas, las mismas que es posible detallar con la ayuda de registros conductuales, autorregistros y observación directa. De esta forma, se pueden obtener datos objetivos en términos de frecuencia, duración e intensidad. Es decir, por ejemplo se puede determinar la cantidad de lisuras que dice el sujeto en un día, o las pulsaciones por minuto que presenta una persona frente a un estímulo que le resulta aversivo.

Por otro lado, también resulta posible realizar entrevistas, siguiendo una estructura de escalas que se asemejan a una lista de chequeo. Para esto es necesario preparar los ítems con anticipación, de preferencia que exploren de forma específica la existencia de problemas concretos.

De igual manera, existen los inventarios y escalas conductuales que permiten determinar si el sujeto evaluado presenta características propias de algún trastorno específico. En relación a los inventarios existentes para evaluar los desórdenes

emocionales en niños y adolescentes podemos mencionar los siguientes como los más significativos:

- a) Inventario de Temores Infantiles de Anicama.
- b) Inventario Eysenck de Personalidad para Niños.
- c) Lista de chequeo conductual de ansiedad de Ida Alarcón.
- d) Inventario de Depresión para Niños (CDI).

Asimismo cabe resaltar que si bien no se trata de una Escala para niños y adolescentes, merece especial mención la Escala Conductual para Evaluar la Conducta Emocional Inadaptada (API) realizada por Anicama (1993), ya que la presente investigación se basa de dicho instrumento para su construcción y elaboración de propiedades psicométricas en una población de 8 a 15 años de edad.

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA TERMINOLOGÍA USADA

2.3.1. CONDUCTA EMOCIONAL INADAPTADA

En la presente investigación, al tener una orientación conductual, se usará el término conducta emocional inadaptada para hacer referencia a los desórdenes emocionales. En este sentido, se hace referencia al componente emocional de la conducta que puede ser medido de manera objetiva y clasificado como adaptada o inadaptada, en relación a su medio. Al hablar de conducta emocional inadaptada, o en la práctica clínica desórdenes emocionales, de manera específica en este trabajo hacemos referencia a los siguientes problemas: ansiedad, fobia, obsesión – compulsión, depresión, hipocondría, histeria y psicopatía.

2.3.2. CONFIABILIDAD

Es la cualidad psicométrica referida al hecho que una prueba es capaz de medir a un mismo sujeto y obtener resultados similares en una o más ocasiones (APA, 2010; citado por Cayhualla y Mendoza, 2012).

2.3.3. VALIDEZ

Es la cualidad de un instrumento de evaluación de medir lo que dice medir (APA, 2010; citado por Cayhualla y Mendoza, 2012).

2.3.4. BAREMOS

Es una tabla realizada con normas obtenidas de los puntajes directos del proceso de estandarización y sirven como un marco de referencia para realizar interpretaciones (Aiken, 2003).

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de Tipo Tecnológico ya que tiene como fin aportar un nuevo instrumento para evaluar desórdenes emocionales en niños y adolescentes. Asimismo, es de Tipo Psicométrico porque se estudiarán las características psicométricas de la prueba, mediante el uso de un paradigma cuantitativo (Alarcón, 1991).

De igual manera, el presente trabajo posee un diseño no experimental - transversal; puesto que se observan tal cual las situaciones existentes en la realidad, sin que éstas sean provocadas de forma intencional por el investigador (Hernández, Fernández y Baptista, 2007).

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población

La población elegida para la presente investigación abarca niños y adolescentes con edades entre 6 y 15 años de edad de Lima Sur. Es por esto que para estimar la población y muestra se ha usado una base de datos de colegios y alumnos de la Unidad de Gestión Educativa Local: UGEL 01 y 07, las mismas que abarcan los colegios de la zona que se pretende investigar (Ministerio de Educación, 2014).

Para la presente investigación se han tomado en cuenta los colegios particulares y estatales que cuenten con primaria y secundaria, siendo en total 637 colegios distribuidos en los distritos de Lima Sur. En la Ugel 07 está ubicado el 43% de colegios, donde 51 colegios son estatales y 221 son particulares. Mientras que, en la Ugel 01 se encuentra el 57% de colegios, donde 123 son estatales y 242 son particulares.

En total, considerando la cantidad de colegios mencionados, se considera una población estudiantil de 33544.

3.2.2. Muestra

El proceso para hallar la muestra se realizó de manera sistemática, aleatoria y proporcional. En primer lugar, para hallar la muestra de colegios se usa el método de afijación proporcional, donde se calculó el 10% del total de colegios de Lima Sur, obteniendo una muestra de 64 colegios, donde 28 colegios pertenecen a UGEL 07 y 36 colegios pertenecen a UGEL 01.

Los 64 colegios son elegidos mediante un muestreo sistemático, tomando en cuenta 1 como número de arranque y un intervalo de muestra de 10.

Posteriormente, para reducir el número de colegios se toma en cuenta el siguiente criterio de inclusión: el doble del total de distritos que hay en cada UGEL, considerando que hay 7 distritos por cada una. Teniendo como resultado un total de 28 colegios. La distribución de los mismos se realiza de manera proporcional, considerando la distribución por UGEL y el tipo de Gestión, ya sea pública o privada.

Para elegir los 28 colegios, se realiza un muestreo aleatorio simple; donde a cada institución se le asigna un número y se sortea al azar. Como resultado de este procedimiento, se considera como muestra final a 12 colegios de la UGEL 07, donde 2 son estatales y 10 son particulares. Mientras que en la UGEL 01 se consideran a 16 colegios, donde 5 son estatales y 11 son particulares (Tabla n°3).

TABLA 3

Muestra de colegios estatales y particulares pertenecientes a la UGEL 01 y UGEL 07.

Colegios Estatales	Colegios Particulares	N	Colegios Estatales	Colegios Particulares	n
28	36	64	7	21	28

Luego se procede a calcular el tamaño de la muestra de alumnos, teniendo en cuenta que la población general es de 33, 544. Para dicho proceso se usa el método para calcular el tamaño mínimo de muestra necesario, donde se establece un nivel de confianza del 99%, siendo $z= 2,58$ y considerando un error $E= 0,01$, para tal efecto se realiza la siguiente fórmula:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \text{ donde } n_0 = \frac{Z^2}{4E^2}$$

$$n = \frac{\frac{2.58^2}{4(0.01)^2}}{1 + \frac{\frac{2.58^2}{4(0.01)^2}}{33544}} \quad n = 2,500$$

Tras estimar la cantidad de la muestra mínima total de alumnos (n=2500) se utiliza el método de afijación proporcional, donde se calcula el 10% del total de población de cada colegio, esto con el fin de obtener la muestra para cada institución educativa. En total, tendremos una muestra general de 2591 alumnos.

TABLA 4

Selección aleatoria y muestreo de los Colegios Estatales pertenecientes a la UGEL 01

Distritos	UGEL 1	Total	
	Colegios Estatales	N=6177	n=612
Villa el Salvador	Fe y Alegría 17	1738	174
Villa María del Triunfo	6081 Manuel Scorza Torres	1388	139
Lurín	6008 José Antonio Dapelo	731	73
Pachacamac	7102 San Francisco de Asís	1773	177
Pucusana	6030 Víctor A. Belaúnde Diez Canseco	487	49

TABLA 5

Selección aleatoria y muestreo de los Colegios Particulares pertenecientes a la UGEL 01

Distritos	UGEL 01	Total	
	Colegios Particulares	N=7078	n=708
Villa el Salvador	Mi Jesús	152	15
Villa María del Triunfo	Ingeniería de Carmelitas	625	63
San Juan de Miraflores	Manuel Antonio RamirezBaringa	1782	178
Lurin	Jhon Kennedy	239	24
Pachacamac	Virgen de la Puerta	494	49
Punta Negra	Niño Jesús de Praga	150	15
Villa el Salvador	Cristo el Salvador	743	74
Villa María del Triunfo	María Milagrosa	917	92
San Juan de Miraflores	Saco Oliveros	1186	119
Pachacamac	Salamanca	673	67
San Juan de Miraflores	Reinaldo de Vivanco	117	12

TABLA 6

Selección aleatoria y muestreo de los Colegios Estatales pertenecientes a la UGEL 07

Distritos	UGEL 07	Total	
	Colegios Estatales	N=3743	n=375
Chorrillos	Pedro Ruiz Gallo	1995	200
San Borja	Liceo Naval Almirante Guise	1748	175

TABLA 7

Selección aleatoria y muestreo de los colegios particulares pertenecientes a la UGEL 07

Distritos	UGEL 7	Total	
	Colegios Particulares	N=8961	N=896
Barranco	Carmelitas New School	136	14
Barranco	Inmaculada High School	782	78
Miraflores	Independencia	552	55
Surco	La Inmaculada	1121	112
Chorrillos	Santo Domingo	2479	248
Chorrillos	El Buen Pastor	1012	101
Surco	Nuestra Señora del Consuelo	1269	127
San Luis	Santa María de la Merced	188	19
San Borja	San Ignacio de Recalde	1320	132
Surquillo	Magister Dei	102	10

3.3 VARIABLES

La presente investigación posee como variable de estudio a los Desórdenes Emocionales. Asimismo, se toman en cuenta las siguientes variables de control: Edad, Sexo y nivel educativo (Anexo 2).

3.4 INSTRUMENTOS

La presente investigación tiene como objetivo construir la Escala de Conducta Emocional Inadaptada para Niños y Adolescentes entre 8 y 15 años de edad: API-N; la misma que tiene base en la Escala Conductual de Evaluación de la Conducta Emocional Inadaptada: API para adultos, realizada por Anicama en 1993.

La presente investigación tiene como primer objetivo específico la construcción de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada para niños y adolescentes de 8 a 15 años de edad. Por tanto a continuación se precisarán los pasos de la elaboración de la escala.

En primer lugar, cabe señalar que la escala API-N tiene como objetivo identificar las características de los componentes de la conducta emocional inadaptada (desórdenes emocionales) en niños y adolescentes. Asimismo, nos va a permitir evaluar la frecuencia con la que ocurren las respuestas, independientemente del nivel en el que se encuentren, para poder determinar la existencia de conducta emocional inadaptada.

3.4.1 Composición del API-N

La escala API-N, tal como señala el marco teórico, tiene cinco escalas funcionales y una escala de mentira. En total la escala cuenta con 80 ítems distribuidos de la siguiente manera:

1. Escala Autónoma	:	13 ítems
2. Escala Emocional	:	18 ítems
3. Escala Social	:	15 ítems
4. Escala Motora	:	12 ítems
5. Escala Cognitiva	:	12 ítems
6. Escala “L” de Mentiras	:	10 ítems
Total	:	80 ítems

3.4.2 Administración

La Escala de Conducta Emocional Inadaptada: API-N se aplica, preferentemente, de forma individual, aunque también puede ser de manera colectiva. El tiempo de aplicación esperado oscila entre 15 y 20 minutos. Las instrucciones están indicadas en la parte superior de la prueba.

Se recomienda considerar tener 8 años como edad mínima para la aplicación y de preferencia a niños y niñas que ya sepan leer y escribir.

3.4.3 Calificación del API-N

Se controla primero la Escala “L”. Cuando el puntaje de mentiras es mayor a 4 se elimina el test por no ser confiable, ha mentado demasiado. Los ítems señalados en la plantilla como **2: L** se califican con cero puntos si responde con puntajes de 0 y 1, se califica con 1 punto si responde con puntaje de 2. Mientras que los ítems señalados en la plantilla como **0: L** se califican con cero puntos si responde con puntajes de 2 y 1, se califica con 1 punto si responde con puntaje de 0.

Puntaje mínimo: 0

Puntaje máximo: 10

Los valores a tomar en cuenta en la calificación de los demás ítems son los siguientes:

Nunca: 0, A veces: 1, Siempre: 2.

Luego se suman los puntajes obtenidos en cada escala para obtener el puntaje total.

Puntaje máximo para la escala autonómica:	26
Puntaje máximo para la escala emocional:	36
Puntaje máximo para la escala social:	30
Puntaje máximo para la escala motora:	24
Puntaje máximo para la escala cognitiva:	24
Puntaje máximo total:	140

En la Tabla 8 se presenta el orden de los ítems según las escalas del API-N para una fácil y rápida ubicación y corrección de los mismos.

TABLA 8

Orden de los ítems según las escalas del API-N

Escala L	1.Escala Autonómica	2.Escala Emocional	3.Escala Social	4.Escala Motora	5.Escala Cognitiva
11 2:L	1	16	36	53	67
15 0:L	2	17	37	54	68
23 2:L	3	18	38	55	69
35 2:L	4	19	39	56	70
44 2:L	5	20	40	57	71
52 2:L	6	21	41	58	72
62 2:L	7	22	42	59	73
66 0:L	8	24	43	60	74
76 0:L	9	25	45	61	75
80 2:L	10	26	46	63	77
	12	27	47	64	78
	13	28	48	65	79
	14	29	49		
		30	50		
		31	51		
		32			
		33			
		34			

3.4.4 Utilización Diagnóstica del API-N

A partir del aporte teórico y de la composición de los ítems previamente distribuidos en las dimensiones, se puede obtener un diagnóstico presuntivo en función a las combinaciones de las escalas dominantes. Tal como vemos a continuación:

Autonómica y emocional	Ansiedad
Autonómica, social y emocional	Fobia social
Cognitivo, autonómico, emocional y motora	Obsesión-Compulsión
Emocional, social, cognitiva, autonómica y motora	Depresión
Emocional, motor, autonómico y social	Histeria
Motor, emocional y social	Psicopatía
Autonómico, cognitivo y emocional	Hipocondría

El negreado indica que es la escala que más se altera o la de más alto puntaje posible esperado.

3.4.5 Instrumentos usados para la validez externa:

En el presente trabajo se emplearán los siguientes instrumentos para realizar las pruebas de validez externa:

- a. Lista de Chequeo Conductual de Ansiedad en niños de Ida Alarcón (1993).
- b. Inventario de Temores Infantiles de José Anicama (1989).
- c. Inventario de Depresión para Niños (CDI) de Kovacs, estandarizado por Renato Ramírez en Cajamarca (2009).
- d. Inventario Eysenck de Personalidad para niños (JEPI), adaptado por Silvana Varela en Lima Sur (2014).

3.5 Procedimiento de ejecución para la recolección de datos

Tras haber seleccionado la muestra de manera sistemática, aleatoria y proporcional, se procedió a solicitar la colaboración de las instituciones educativas, a través de solicitudes y la presentación de la carta consentimiento informado, esto con el fin de obtener el permiso de ingresar a las aulas para evaluar a los alumnos. Luego se decidió de forma aleatoria y proporcional a los alumnos desde primer grado de primaria a quinto grado de secundaria que participaran en el presente estudio, dicha selección se llevó a cabo teniendo en cuenta las nóminas de alumnos de cada institución. Asimismo, se tuvieron presente los siguientes criterios de exclusión: presencia de un trastorno generalizado de desarrollo, rangos de edad fuera de los que mide la prueba y el rechazo del consentimiento informado.

Posteriormente se aplicaron los instrumentos a los alumnos. Se les pidió que en la parte superior de la hoja coloquen su nombre, edad, sexo y grado de estudios. Asimismo, se brindaron las indicaciones de manera verbal para desarrollar la Escala de Conducta Emocional Inadaptada. Una vez que los evaluados finalizaron la prueba, se procedió a recogerlas y se realizó un rápido control de calidad, verificando que la prueba esté contestada en su totalidad.

Hubieron alumnos que no desearon colaborar en el desarrollo de la escala, y ya que se previó esta situación desde un primer momento, se decidió tomar en cuenta una muestra de 2900 sujetos para la aplicación, donde se descartó a aquellas personas que superaban el

límite de 4 puntos en la escala de mentiras y quienes manifestaron no querer participar de la evaluación. Tras este proceso se obtuvo la muestra final de 2600 sujetos.

Se realizó una revisión inicial de las 2900 pruebas, donde quedaron descartadas 350. Luego se tuvo que aplicar 50 pruebas nuevamente para poder llegar a las 2600 personas en total. La asignación de puntajes de las 2600 pruebas constituyentes la muestra final, fue hecha totalmente a mano. Luego se armó una rigurosa base de datos en Excel, donde se emplearon fórmulas de sumatorias y restricciones en la validación de datos; de tal manera que solo se aceptaran determinados valores en las celdas y además, se pudo corroborar que las sumatorias fuesen las mismas que las obtenidas en la calificación manual. Tras haber finalizado la base de datos se procedió a exportarla al programa estadístico SPSS versión 22, donde se realizó el análisis estadístico propiamente dicho.

3.6 Procedimiento para el análisis de datos

Tras haber realizado la construcción de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada para niños y adolescentes de 8 a 15 años, se procedió a realizar las pruebas de validez. En primer lugar, se realizó una prueba de validez de contenido por criterio de jueces, donde se escogieron a 10 jueces expertos en el tema para que determinen si los ítems de la escala miden lo que realmente el instrumento busca medir. Dicho análisis permitió obtener el coeficiente “v” de Aiken. Los resultados no conllevaron a la eliminación de ítems, pero sí se procedió a modificar la redacción de algunos, para poder mejorar la claridad de los mismos. Tras este proceso, se obtuvo la segunda versión de la escala API-N.

Posteriormente se procedió a aplicar la escala a un grupo de 30 personas, varones y mujeres, con edades entre 8 y 15 años. Esto se realizó con la finalidad de poder afinar aún más el nivel de comprensión de la prueba y de poder ajustar los ítems para una mejor comprensión del lenguaje.

Posteriormente, se procedió a aplicar la prueba a una muestra inicial de 2900 sujetos, donde fueron depurados 350 por el filtro realizado por la escala de mentiras, luego de aplicar 50 pruebas más para llegar a la muestra deseada, se procedió a realizar el análisis de ítems con una muestra de 2600. Asimismo, con la misma cantidad de sujetos se realizó el análisis factorial y los estudios de confiabilidad por consistencia interna.

Para la confiabilidad de tipo test-retest se trabajó con un grupo de 100 sujetos, los mismos que fueron elegidos de manera aleatoria entre todos los colegios y los grados.

Finalmente, para la validez de tipo concurrente o externa se formó una muestra al azar, siendo en total 200 sujetos escogidos para este tipo de validez.

En función a la muestra analizada se procedió a buscar la diferencia entre sexo, edad y grado de instrucción. Como la distribución de la muestra no es normal, y se confirmó la existencia de diferencias entre las variables, se procedió a elaborar baremos percentilares específicos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA DE CONDUCTA EMOCIONAL INADAPTADA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES: API-N.

Con la referencia del modelo teórico y del trabajo precedente realizado en adultos por José Anicama (1993) se procedió a elaborar la escala API-N.

En primer lugar, se realizó una tabla de especificaciones inicial, la cual fue concebida teniendo en cuenta los cinco niveles de respuesta que se postulan en el marco teórico. Posteriormente, se elaboraron un total de 100 ítems, donde cada escala estaba compuesta por 20 ítems de forma independiente. Para la redacción de los ítems se siguieron las pautas recomendadas por Morales (2006).

Luego, se aplicó la escala API-N a un grupo piloto de 30 personas, para afinar el lenguaje utilizado para optimizar la comprensión y claridad del instrumento. Así se obtuvo la segunda versión.

Cabe señalar que la cantidad de personas que participaron en la aplicación piloto es la adecuada, puesto que la recomendación es que se aplique a un grupo mayor a 5 personas (Norman y Streiner, 1996).

Esta segunda versión fue sometida a evaluación por criterio de jueces, donde posteriormente, se modificó la redacción de algunos ítems, haciendo que sean más claros y comprensibles. De esta manera se obtuvo la tercera versión. En esta fase se decidió incluir una escala de deseabilidad social o mentiras.

Luego se procedió a aplicarla a la muestra total, donde al final se trabajó con 2600 pruebas para realizar el análisis de ítems. En este proceso, se eliminaron 30 ítems porque presentaron un índice de discriminación negativo o inferior a 20. Posteriormente, se realizó el análisis factorial, donde se agruparon los ítems en función de las escalas; de esta manera se obtuvo la cuarta versión definitiva.

Cabe señalar que se optó por realizar una sola escala donde están agrupadas las cinco escalas, a diferencia del API para adultos, donde cada escala es presentada de manera independiente. Esta decisión fue tomada por motivos perceptivos y visuales, ya que para un niño pequeño puede resultar muy sobrecargado realizar cinco tests por separado, aun si

los ítems no superan la cantidad de 20 (En el anexo 1 se presenta la Escala de Conducta Emocional Inadaptada para niños y adolescentes: API-N).

A continuación, se presentarán las tablas de especificaciones que dieron origen a la cuarta versión del API para niños.

TABLA 9

Tabla de Especificaciones para la Escala Autonómica

Área que mide	Número de ítems	Ítems en la escala. Versión Final
Aparato endocrino	4	2,3,4,5
Aparato respiratorio	1	12
Aparato circulatorio	1	1
Aparato digestivo	5	6,7,8,9,10
Ritmo del sueño	1	14
Malestares físicos	1	13

TABLA 10

Tabla de Especificaciones para la Escala Emocional

Área que mide	Número de ítems	Ítems en la escala. Versión Final
Inestabilidad emocional	7	16,17,18,19,20,21,22
Control emocional	6	24,25,26,27,28,29
Reacción Emocional en interacciones sociales	5	30,31,32,33,34

TABLA 11

Tabla de Especificaciones para la Escala Social

Área que mide	Número de ítems	Items en la escala. Versión Final
Habilidades sociales básicas	3	36,37,38
Habilidades sociales avanzadas	2	39, 43
Reacciones en interacciones sociales	3	40,41,42
Aislamiento	3	45,46,47
Intimidad en las interacciones	2	48,49
Sumisión y evitación	2	50,51

TABLA 12

Tabla de Especificaciones para la Escala Motora

Área que mide	Número de ítems	Items en la escala. Versión Final
Conducta evitativa	2	53, 54
Comportamiento inadaptado	7	55, 56, 57, 58, 59, 60, 61
Hipoactividad	2	63,65
Hiperactividad	1	64

TABLA 13

Tabla de Especificaciones para la Escala Cognitiva

Área que mide	Número de ítems	Items en la escala. Versión Final
Pensamientos de desvalorización	9	67,68,69,70,71,72,73,74,75
Pensamientos acerca de enfermedades	3	77,78,79

4.2 ANÁLISIS DE ITEMS

En primera instancia, se realizó un análisis de ítems de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada API-N, con el fin de conocer información necesaria para asegurar la validez y confiabilidad del instrumento (Martinez, 2006).

El proceso de análisis de ítems es importante porque permite obtener tres indicadores para cada ítem: índice de dificultad, índice de homogeneidad e índice de validez (Abad et al. 2004).

Para tal efecto, se tomó en cuenta el índice de discriminación, el mismo que señala la facultad discriminativa del ítem para poder distinguir entre los sujetos que puntúan altos y bajos en la variable que se pretende medir (Livia y Ortiz, 2014).

En la Tabla 14 se observan los índices de discriminación oscilantes entre 0.222 y 0.517. Se trata de correlaciones aceptables y fuertes, que demuestran la eficacia del test para diferenciar a los sujetos evaluados, logrando captar los rasgos de las personas.

Asimismo, en la Figura 2 se puede observar de manera gráfica los valores de los índices de discriminación de los ítems analizados, siendo el ítem 25 el que tiene el índice de discriminación más alto.

Cabe mencionar que la eliminación de cualquiera de los ítems presentes en la escala no contribuye a incrementar el valor del Coeficiente Alfa de Cronbach, por tanto, se considera oportuna la permanencia de los 70 ítems analizados, los cuales aportan significativamente al test.

TABLA 14

Análisis de ítems de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada: API-N

Items	Media	Índice de discriminación	Categoría*
Item 1	.6773	.313	Buena
Item 2	.7419	.294	Aceptable
Item 3	.4558	.247	Aceptable
Item 4	.5319	.311	Buena
Item 5	.6850	.385	Buena
Item 6	.4392	.313	Buena
Item 7	.3604	.263	Aceptable
Item 8	.2435	.276	Aceptable
Item 9	.3427	.321	Buena
Item 10	.4527	.376	Buena
Item 12	.4112	.304	Buena
Item 13	.4081	.222	Aceptable
Item 14	.6750	.296	Aceptable
Item 16	.6842	.344	Buena
Item 17	.8488	.477	Muy Buena
Item 18	.8342	.466	Muy Buena
Item 19	.6119	.497	Muy Buena
Item 20	.7692	.411	Muy Buena
Item 21	.5615	.352	Buena
Item 22	.6331	.425	Muy Buena
Item 24	.6142	.439	Muy Buena
Item 25	.7415	.517	Muy Buena
Item 26	.7469	.498	Muy Buena
Item 27	.6500	.348	Buena
Item 28	.6554	.465	Muy Buena
Item 29	.6450	.454	Muy Buena
Item 30	.8273	.286	Aceptable
Item 31	.7008	.281	Aceptable
Item 32	1.0304	.294	Aceptable

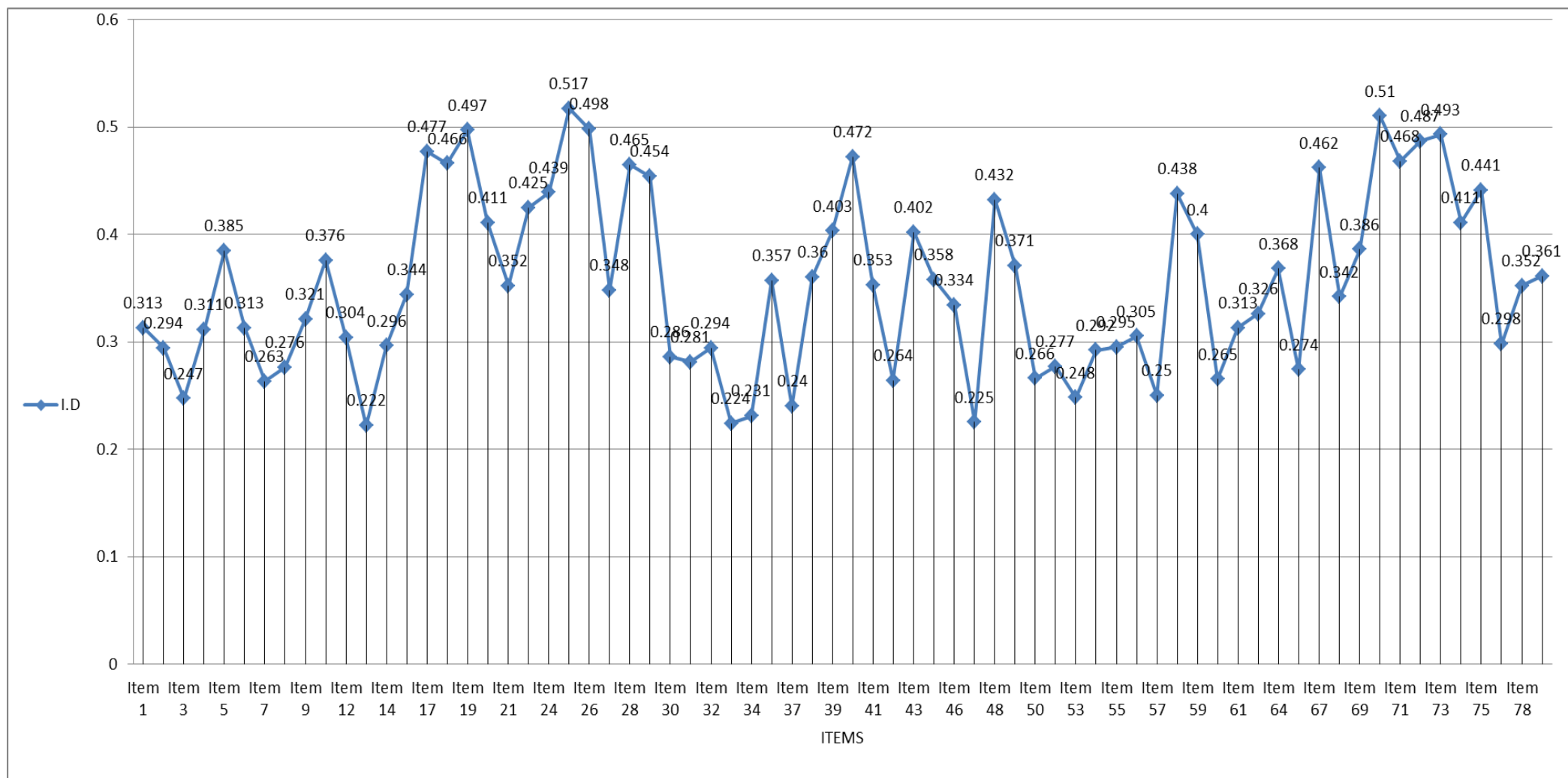
Item 33	1.2504	.224	Aceptable
Item 34	.7100	.231	Aceptable
Item 36	1.0242	.357	Buena
Item 37	1.0077	.240	Aceptable
Item 38	.7269	.360	Buena
Item 39	.6773	.403	Muy Buena
Item 40	.7069	.472	Muy Buena
Item 41	.5285	.353	Buena
Item 42	.4592	.264	Aceptable
Item 43	.8362	.402	Muy Buena
Item 45	.5804	.358	Buena
Item 46	.7381	.334	Buena
Item 47	.7658	.225	Aceptable
Item 48	.8873	.432	Muy Buena
Item 49	.9469	.371	Buena
Item 50	.9081	.266	Aceptable
Item 51	.7127	.277	Aceptable
Item 53	.3500	.248	Aceptable
Item 54	.5985	.292	Aceptable
Item 55	.6619	.295	Aceptable
Item 56	.3027	.305	Buena
Item 57	.4442	.250	Aceptable
Item 58	.5400	.438	Muy Buena
Item 59	.8365	.400	Muy Buena
Item 60	.3115	.265	Aceptable
Item 61	.4912	.313	Buena
Item 63	.9908	.326	Buena
Item 64	.6677	.368	Buena
Item 65	.8758	.274	Aceptable
Item 67	.3685	.462	Muy Buena
Item 68	.3669	.342	Buena
Item 69	.6381	.386	Buena
Item 70	.6965	.510	Muy Buena
Item 71	.7700	.468	Muy Buena

Item 72	.3758	.487	Muy Buena
Item 73	.4515	.493	Muy Buena
Item 74	.5573	.411	Muy Buena
Item 75	.4227	.441	Muy Buena
Item 77	.6677	.298	Aceptable
Item 78	.3446	.352	Buena
Ítem 79	.7027	.361	Buena

*Categoría propuesta por Ebel (1972, citado por Shorey, 1991)

FIGURA 2

Índice de discriminación de los ítems de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada: API-N



4.2.1 Análisis de ítems por sub escalas

Se realizó el análisis de ítems en las cinco sub-escalas del test, donde se comparó el puntaje total con los ítems de cada sub escala para determinar el aporte en términos de confiabilidad.

En la Tabla 15 se encuentra el análisis de ítems de la sub escala autonómica, la misma que está compuesta por 13 ítems, desde el ítem 1 hasta el 14. Cabe mencionar que el ítem 11 pertenece a la escala de mentiras, por tanto, no fue incluido en este análisis.

Se observa que las puntuaciones de los ítems presentan una buena correlación con el puntaje total, ya que presentan índices de discriminación entre 0.244 y 0.370, logrando aportar una apropiada fiabilidad a la sub-escala.

TABLA 15

Análisis de ítems de la sub escala autonómica

Ítems	Media	Índice de discriminación	Categoría
Ítem 1	.6773	.323	Buena
Ítem 2	.7419	.331	Buena
Ítem 3	.4558	.317	Buena
Ítem 4	.5319	.287	Aceptable
Ítem 5	.6850	.308	Buena
Ítem 6	.4392	.361	Buena
Ítem 7	.3604	.370	Buena
Ítem 8	.2435	.348	Buena
Ítem 9	.3427	.355	Buena
Ítem 10	.4527	.352	Buena
Ítem 12	.4112	.308	Buena
Ítem 13	.4081	.244	Aceptable
Ítem 14	.6750	.270	Aceptable

En la Tabla 16 se observa el análisis de ítems de la sub escala emocional, la cual está compuesta por 18 ítems, desde el ítem 16 hasta el 34. Cabe mencionar que los ítems 15 y 23 pertenecen a la escala de mentiras, por tanto, no fueron incluidos en este análisis.

Se encuentra que las puntuaciones de los ítems presentan una buena correlación con el puntaje total, ya que presentan índices de discriminación comprendidos entre 0.190 y 0.528, los mismos que otorgan una significativa confiabilidad a la sub-escala.

TABLA 16

Análisis de ítems de la sub escala emocional

Ítems	Media	Índice de discriminación	Categoría
Ítem 16	.6842	.360	Buena
Ítem 17	.8488	.501	Muy Buena
Ítem 18	.8342	.515	Muy Buena
Ítem 19	.6119	.528	Muy Buena
Ítem 20	.7692	.507	Muy Buena
Ítem 21	.5615	.415	Muy Buena
Ítem 22	.6331	.472	Muy Buena
Ítem 24	.6142	.428	Muy Buena
Ítem 25	.7415	.454	Muy Buena
Ítem 26	.7469	.501	Muy Buena
Ítem 27	.6500	.351	Buena
item28	.6554	.442	Muy Buena
Ítem 29	.6450	.426	Muy Buena
Ítem 30	.8273	.319	Buena
Ítem 31	.7008	.259	Aceptable
item32	.0304	.286	Aceptable
Ítem 33	.2504	.237	Aceptable
Ítem 34	.7100	.190	Por mejorar

En la Tabla 17 se observa el análisis de ítems de la sub escala social, la cual está compuesta por 15 ítems, desde el ítem 36 hasta el 51. Se señala que los ítems 35 y 44 pertenecen a la escala de mentiras, por tanto, no fueron incluidos en este análisis.

Se encuentra que las puntuaciones de los ítems presentan una buena correlación con el puntaje total, ya que presentan índices de discriminación comprendidos entre 0.250 y 0.463, logrando que sea una sub-escala confiable.

TABLA 17

Análisis de ítems de la sub escala social

Ítems	Media	Índice de discriminación	Categoría
Ítem 36	1.0242	.457	Muy Buena
Ítem 37	1.0077	.374	Buena
Ítem 38	.7269	.463	Muy Buena
Ítem 39	.6773	.363	Buena
Ítem 40	.7069	.383	Buena
Ítem 41	.5285	.293	Aceptable
Ítem 42	.4592	.325	Buena
Ítem 43	.8362	.400	Muy Buena
Ítem 45	.5804	.378	Buena
Ítem 46	.7381	.419	Muy Buena
Ítem 47	.7658	.227	Aceptable
Ítem 48	.8873	.425	Muy Buena
Ítem 49	.9469	.378	Buena
Ítem 50	.9081	.295	Aceptable
Ítem 51	.7127	.250	Aceptable

En la Tabla 18 se presenta el análisis de ítems de la sub escala motora, la cual está compuesta por 12 ítems, desde el ítem 53 hasta el 65. Se señala que los ítems 52 y 62 pertenecen a la escala de mentiras, por tanto, no fueron incluidos en este análisis.

Se observa que las puntuaciones de los ítems presentan una buena correlación con el puntaje total, ya que presentan índices de discriminación comprendidos entre 0.228 y 0.461, logrando que la sub-escala motora sea confiable.

TABLA 18

Análisis de ítems de la sub escala motora

Ítems	Media	Índice de discriminación	Categoría
Ítem 53	.3500	.290	Aceptable
Ítem 54	.5985	.287	Aceptable
Ítem 55	.6619	.286	Aceptable
Ítem 56	.3027	.346	Buena
Ítem 57	.4442	.367	Buena
Ítem 58	.5400	.461	Muy Buena
Ítem 59	.8365	.397	Buena
Ítem 60	.3115	.324	Buena
Ítem 61	.4912	.328	Buena
Ítem 63	.9908	.271	Aceptable
Ítem 64	.6677	.264	Aceptable
Ítem 65	.8758	.228	Aceptable

En la Tabla 19 se presenta el análisis de ítems de la sub escala cognitiva, la cual está compuesta por 12 ítems, desde el ítem 67 hasta el 79. Se señala que los ítems 66, 76 y 80 pertenecen a la escala de mentiras, por tanto, no fueron incluidos en este análisis.

Se encuentra que las puntuaciones de los ítems presentan una buena correlación con el puntaje total, ya que presentan índices de discriminación comprendidos entre 0.241 y 0.551, logrando que la sub-escala cognitiva sea significativamente confiable.

TABLA 19

Análisis de ítems de la sub escala cognitiva

Ítems	Media	Índice de discriminación	Categoría
item67	.3685	.506	Muy Buena
item68	.3669	.305	Buena
item69	.6381	.369	Buena
item70	.6965	.520	Muy Buena
item71	.7700	.411	Muy Buena
item72	.3758	.551	Muy Buena
item73	.4515	.547	Muy Buena
item74	.5573	.438	Muy Buena
item75	.4227	.496	Muy Buena
item77	.6677	.241	Aceptable
item78	.3446	.416	Muy Buena
item79	.7027	.334	Buena

En la Tabla 20 se presenta el análisis de ítems de la escala L, la cual está conformada por 10 ítems, ubicados de manera aleatoria en la prueba.

Las puntuaciones presentan una buena correlación con el puntaje total, ya que presentan índices de discriminación entre 0.287 y 0.458, logrando una adecuada confiabilidad en la escala.

TABLA 20

Análisis de ítems de la escala L

Ítems	Media	Índice de discriminación	Categoría
Item11	.4317	.353	Buena
Item15	.3234	.257	Aceptable
Item23	.5574	.426	Muy Buena
Item35	.3658	.302	Buena
Item44	.4215	.394	Buena
Item52	.3845	.287	Aceptable
Item62	.4724	.458	Muy Buena
Item66	.3215	.317	Buena
item76	.4812	.415	Muy Buena
Item80	.7798	.307	Buena

4.3 CONFIABILIDAD

Luego de realizar el análisis de ítems, se procede con el estudio de la confiabilidad ya que, tal como señala Fortín (1999, citado por Livia y Ortiz 2014) es la propiedad que designa precisión y constancia de los resultados que la escala proporciona.

Es por ello que se realiza el análisis de la confiabilidad a través de sus dos tipos: Confiabilidad por consistencia interna y por estabilidad.

4.3.1 Confiabilidad por Consistencia Interna

La confiabilidad por consistencia interna permite observar el grado en que los ítems se encuentran correlacionados entre ellos (Livia y Ortiz, 2014).

En la Tabla 21, se puede observar que la escala API-N presenta coeficientes de correlación positiva, ya que presenta valores altos (superiores a 0.70) en el coeficiente Alfa de Cronbach, Spearman Brown y la Prueba de Dos mitades de Guttman; lo que señala homogeneidad en la escala.

TABLA 21

Confiabilidad por Consistencia interna de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada:
API- N

Coeficiente	Valor
Alfa de Crombach	0.918
Spearman- Brown	0.855
Dos mitades de Guttman	0.853

También se realizó un análisis de confiabilidad por consistencia interna de cada una de las sub-escalas de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada para niños: API-N.

En la Tabla 22 se observan niveles altos y moderados de confiabilidad en las cinco áreas del test, siendo la sub-escala emocional la más confiable, con un coeficiente de Cronbach de 0.817. Las sub-escalas autonómica y motora presentan un nivel moderado de confiabilidad, puesto que tienen un coeficiente menor a 0.70, pero esto no afecta a la homogeneidad del test, pues se considera aceptable (Guilford y Fruchter, 1984).

TABLA 22

Confiabilidad por Consistencia interna de las Sub-Escalas

Sub-Escala	Alfa de Crombach	Spearman-Brown	Dos mitades de Guttman
Sub-Escala Autonómica	0.695	0.650	0.638
Sub-Escala Emocional	0.817	0.761	0.747
Sub-Escala Social	0.761	0.703	0.697
Sub-Escala Motora	0.682	0.659	0.658
Sub-Escala Cognitiva	0.785	0.752	0.752
Escala L	0.713	0.664	0.692

4.3.2 Confiabilidad por Estabilidad

Se realizó el estudio de confiabilidad por estabilidad a través del método test-retest, donde se analizaron los puntajes de 100 sujetos que fueron evaluados con la Escala API-N en un intervalo de dos semanas de distancia en cada aplicación, tal como es recomendado por Hulley y Cummings (1993, citado por Serra-Mayoral y Peña-Casanova, 2006).

En la Tabla 22 se presentan los resultados de la correlación test-retest de manera general y por cada sub-escala del API-N. Se observa una alta relación en la escala general con una “r” de Pearson de 0.868. Asimismo, se observan relaciones fuertes y muy significativas en las sub-escalas emocional, social, motora y cognitiva expresadas a través de los altos valores obtenidos en el coeficiente de correlación de Pearson; mientras que la sub-escala autonómica evidencia una correlación moderada y significativa. Esto equivale a

decir que la escala API-N es un instrumento altamente consistente, en cuanto a su estabilidad de puntuaciones a través del tiempo.

TABLA 23

Confiabilidad por Estabilidad mediante el método Test-Retest

Variable	“r”	p
Escala de Conducta Emocional Inadaptada: API-N	0.868**	.000
Sub-Escala Autónoma	0.652**	.000
Sub-Escala Emocional	0.802**	.000
Sub-Escala Social	0.708*	.000
Sub-Escala Motora	0.760**	.000
Sub-Escala Cognitiva	0.725**	.000
Escala L	0.68**	.000

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

4.4 VALIDEZ

4.4.1 Validez de Contenido

Se realizó la validez de contenido de la escala API-N a través del criterio de jueces, donde se sometió la prueba a juicio de diez expertos en el área de la psicología clínica infantil. Los jueces evaluaron el dominio de constructo en cada ítem, posteriormente emitieron un puntaje (0 ó 1), el mismo que permitió obtener el índice de acuerdos.

En la Tabla 24 se pueden observar los valores del coeficiente de validez “V” desarrollado por Aiken, donde todos los ítems se muestran válidos porque presentan puntuaciones altas, ya que son iguales o mayores a 0.80 (Escrura, 1988). Por tanto, todos los ítems de la Escala API-N quedan validados a través de este método.

TABLA 24

Valores de Aiken para la Escala de Conducta Emocional Inadaptada: API-N

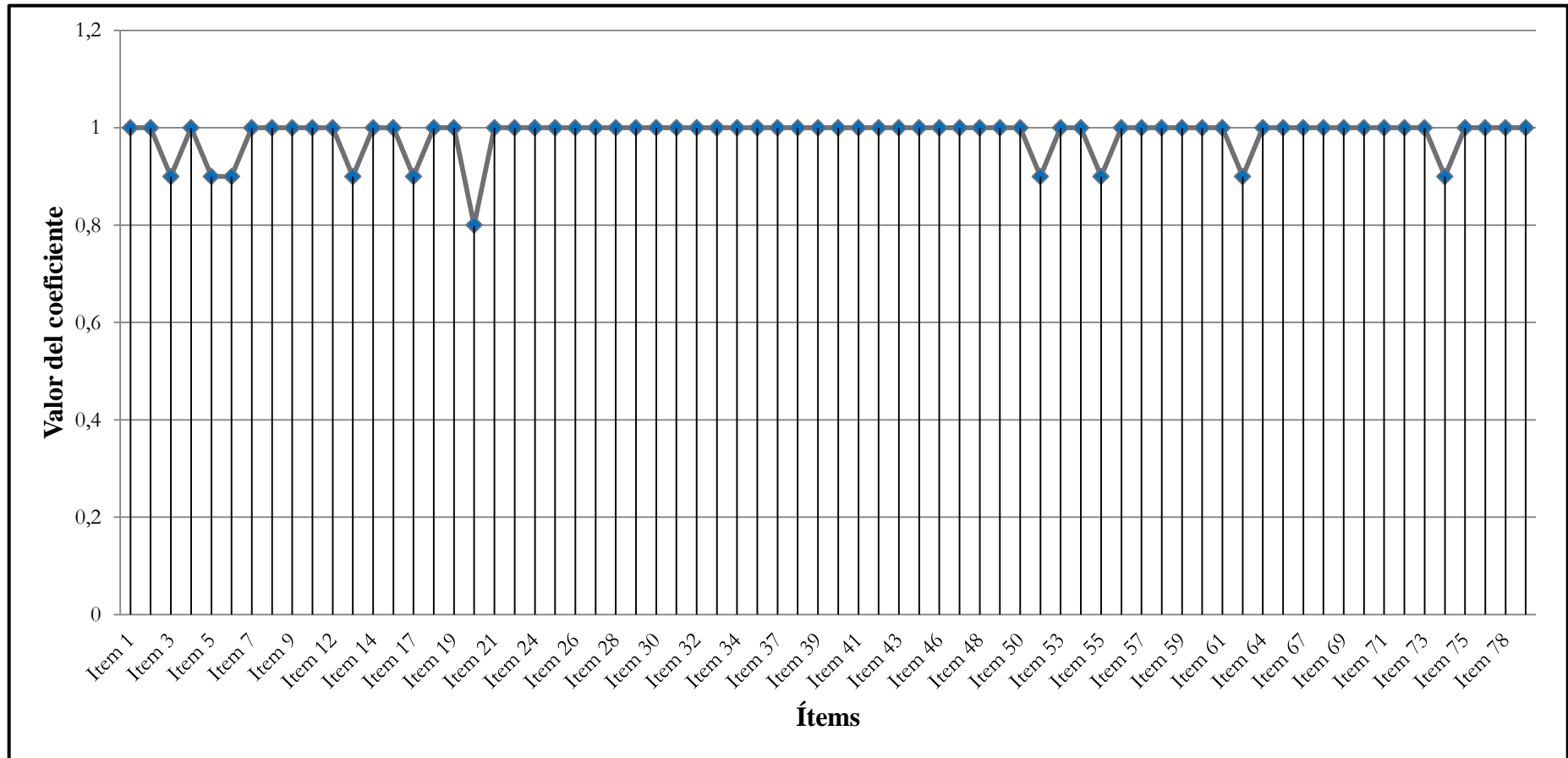
Items	“V”	p	Descriptivo
Item 1	1	.001	Válido
Item 2	1	.001	Válido
Item 3	0.9	.001	Válido
Item 4	1	.001	Válido
Item 5	0.9	.001	Válido
Item 6	0.9	.001	Válido
Item 7	1	.001	Válido
Item 8	1	.001	Válido
Item 9	1	.001	Válido
Item 10	1	.001	Válido
Item 12	1	.001	Válido
Item 13	0.9	.001	Válido
Item 14	1	.001	Válido
Item 16	1	.001	Válido
Item 17	0.9	.001	Válido
Item 18	1	.001	Válido
Item 19	1	.001	Válido
Item 20	0.8	.001	Válido
Item 21	1	.001	Válido
Item 22	1	.001	Válido
Item 24	1	.001	Válido
Item 25	1	.001	Válido
Item 26	1	.001	Válido
Item 27	1	.001	Válido
Item 28	1	.001	Válido
Item 29	1	.001	Válido
Item 30	1	.001	Válido
Item 31	1	.001	Válido
Item 32	1	.001	Válido
Item 33	1	.001	Válido

Item 34	1	.001	Válido
Item 36	1	.001	Válido
Item 37	1	.001	Válido
Item 38	1	.001	Válido
Item 39	1	.001	Válido
Item 40	1	.001	Válido
Item 41	1	.001	Válido
Item 42	1	.001	Válido
Item 43	1	.001	Válido
Item 45	1	.001	Válido
Item 46	1	.001	Válido
Item 47	1	.001	Válido
Item 48	1	.001	Válido
Item 49	1	.001	Válido
Item 50	1	.001	Válido
Item 51	0.9	.001	Válido
Item 53	1	.001	Válido
Item 54	1	.001	Válido
Item 55	0.9	.001	Válido
Item 56	1	.001	Válido
Item 57	1	.001	Válido
Item 58	1	.001	Válido
Item 59	1	.001	Válido
Item 60	1	.001	Válido
Item 61	1	.001	Válido
Item 63	0.9	.001	Válido
Item 64	1	.001	Válido
Item 65	1	.001	Válido
Item 67	1	.001	Válido
Item 68	1	.001	Válido
Item 69	1	.001	Válido
Item 70	1	.001	Válido
Item 71	1	.001	Válido
Item 72	1	.001	Válido

Ítem 73	1	.001	Válido
Ítem 74	0.9	.001	Válido
Ítem 75	1	.001	Válido
Ítem 77	1	.001	Válido
Ítem 78	1	.001	Válido
Ítem 79	1	.001	Válido

FIGURA 3

Gráfico de la “V” de Aiken de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada: API-N.



4.4.2 Validez de Constructo

Se realizó la validez de constructo a través del empleo del análisis factorial confirmatorio, se utilizó este método porque se tuvo como objetivo confirmar el modelo teórico en el que se basa la presente investigación (Zamora et al., 2009; Arias 2008).

Tal como se observa en la Tabla 25, antes de realizar la interpretación del análisis factorial, se aplicaron las pruebas KMO y la prueba de esfericidad de Barlett. Los valores de KMO fueron muy altos tanto en la escala general, como en las sub-escalas; ya que se superó el valor mínimo de 0.50 en todos los casos. Asimismo, la prueba de Barlett también fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$), lo que señala que la matriz de correlaciones no corresponde a una matriz de identidad. Estos valores nos indican que los ítems se correlacionan y pueden formar factores. Posteriormente, se procedió a realizar el análisis factorial, donde se hizo un análisis de componentes principales y se tuvo en cuenta la rotación ortogonal (Varimax). Cabe señalar que para el análisis factorial se han excluido los ítems de la escala “L” de mentiras, ya que sólo constituye una escala para determinar si el instrumento es válido en su aplicación y sus ítems no aportan a la medición de la variable.

TABLA 25

Tabla KMO y prueba de Bartlett

Variables	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	Prueba de Bartlett
Escala de Conducta Emocional Inadaptada: API-N	0.943	33819,220
Sub-Escala Autónoma	0.820	2943,770
Sub-Escala Emocional	0.908	7629,271
Sub-Escala Social	0.859	4775,374
Sub-Escala Motora	0.843	2585,134
Sub-Escala Cognitiva	0.869	5776,140

Zamora et al. (2009) refieren que existen tres criterios básicos a considerar para determinar que un análisis factorial está correctamente realizado. En primer lugar señalan que todos los componentes deberían tener un autovalor superior a 1, con el fin de garantizar que dichos componentes expliquen la varianza de forma representativa. En segunda instancia, el gráfico de sedimentación debe ser en grado de explicar los puntos de corte representados por los componentes. Y finalmente, se debe analizar el porcentaje de varianza explicada; a propósito de esto, los autores señalan que, en Ciencias Sociales no existe un consenso claro para determinar un umbral que señale cuando debe finalizar la extracción de factores, puesto que muchas variables son de índole psicológica y resulta más complicada su medición; es por eso que, muchas veces debe recurrirse a otras formas de corroboración.

A partir de los resultados obtenidos, se puede observar que al lado izquierdo de la Tabla 25, se señalan 5 factores para los 70 ítems analizados, cuyos autovalores iniciales son todos mayores a 1, de esta manera se cumple el primer criterio para determinar la realización de un buen análisis factorial. El autovalor indica la cantidad de varianza explicada por cada factor, y de ser su valor mayor a 1 será capaz de explicar una cantidad relevante de la varianza total, haciendo que se pierda poca información y, por tanto se considera como un factor aceptable para poder ser sometido al análisis (Martín y Cabero, 2008).

Asimismo, se puede observar en la Figura 4 el gráfico de los autovalores iniciales, así como el número de componentes que conforman el test. Por tanto, se determina que el test estará compuesto por cinco factores, puesto que a partir del quinto punto de inflexión los autovalores dejan de formar una pendiente significativa, concluyendo, por tanto, que los demás factores serían residuales. El gráfico de sedimentación confirma que se cumple el segundo criterio propuesto por Zamora et al. (2009).

Por otro lado, en la Tabla 26, los resultados señalan que el primer factor explica un 15.66% de la varianza, el segundo un 3.23%, el tercero da cuenta del 3.02%, el cuarto explica un 2.97% y el quinto un 2.40%, explicando en conjunto los cinco factores un 27.29% de la varianza acumulada total. Para poder determinar que la varianza acumulada total es representativa se procedió a realizar análisis ulteriores.

En primer lugar se observó la confiabilidad por consistencia interna de las sub-escalas, donde todas muestran un puntaje alto, demostrando que los componentes son homogéneos entre sí.

Además, tal como muestra la Tabla 27, se decidió realizar una correlación con el estadístico “r” de Pearson para verificar que las escalas no se relacionen entre ellas. En los resultados vemos que no existen relaciones altas entre las escalas (mayor a 0.70), por tanto, se reafirma la homogeneidad de las mismas, y por tanto, se considera que la varianza acumulada es representativa y en grado de explicar los cinco componentes presentados.

TABLA 26

Tabla Porcentaje de varianza explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	10.96	15.661	15.661	10.96	15.661	15.661
2	2.266	3.237	18.897	2.266	3.237	18.897
3	2.118	3.026	21.924	2.118	3.026	21.924
4	2.08	2.971	24.895	2.08	2.971	24.895
5	1.681	2.401	27.296	1.681	2.401	27.296

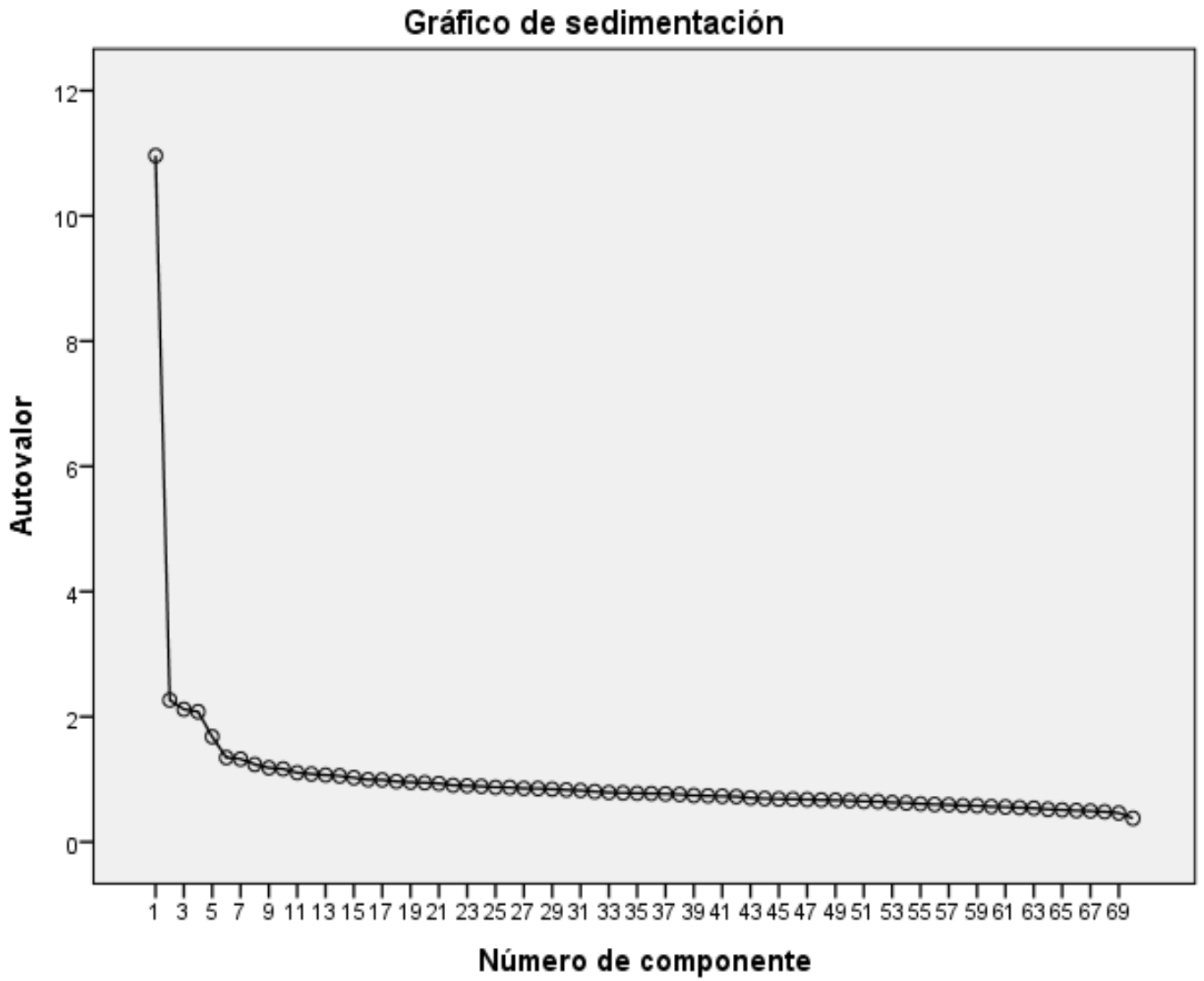
TABLA 27

Correlaciones de las sub-escalas entre ellas

Áreas		Autonómica	Emocional	Social	Motora	Cognitiva
Autonómica	“p”	1	.510	.446	.439	.522
Emocional	“p”	.510	1	.564	.554	.595
Social	“p”	.446	.564	1	.429	.562
Motora	“p”	.439	.554	.429	1	.560
Cognitiva	“p”	.522	.595	.562	.560	1

FIGURA 4

Gráfico de sedimentación de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada: API-N



En la Tabla 28 se observa la matriz de los 5 factores rotados con los valores de cada ítem, se ha considerado en la mayoría de ítems la regla habitual de saturación mínima de 0.30 para que el ítem pueda ser considerado indicador del factor (Cohen, Manion y Morrison, 2005). Cabe señalar que los ítems cuya saturación mínima es inferior a 0.30 se han considerado apropiados por la contribución teórica que aportan al factor, no obstante fueron sometidos a mejoras en la redacción, fortaleciendo la claridad de los mismos.

El primer factor agrupa los ítems del 1 al 14 con cargas factoriales que oscilan entre .543 y .307 y ha sido denominado Escala Autónoma.

El segundo factor llamado Escala Emocional agrupa los ítems del 16 al 34, cuyas cargas factoriales se encuentran entre .118 y .569.

El tercer factor agrupa los ítems del 36 al 51 y ha sido denominado Escala Social, donde se observan cargas factoriales entre .243 y .612.

El cuarto factor reúne los ítems del 53 al 65, los mismos que presentan cargas factoriales entre .196 y .609.

Mientras que, el quinto factor agrupa los ítems del 67 al 79 con cargas factoriales entre .121 y .660.

Por tanto, los 70 ítems se agrupan en cinco factores que corresponden a las cinco escalas del test, teniendo una interpretación teórica coherente en función del constructo que mide la Escala de Conducta Emocional Inadaptada para niños: API-N.

TABLA 28

Estructura factorial de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada para niños: API-N

Items	Factor 1: Autonómica	Factor 2: Emocional	Factor 3: Social	Factor 4: Motora	Factor 5: Cognitiva
Item 1	0.400				
Item 2	0.423				
Item 3	0.467				
Item 4	0.341				
Item 5	0.366				
Item 6	0.457				
Item 7	0.543				
Item 8	0.506				
Item 9	0.448				
Item 10	0.393				
Item 12	0.365				
Item 13	0.328				
Item 14	0.307				
Item 16		0.456			
Item 17		0.528			
Item 18		0.613			
Item 19		0.554			
Item 20		0.603			
Item 21		0.493			
Item 22		0.569			
Item 24		0.391			
Item 25		0.312			
Item 26		0.476			
Item 27		0.312			
Item 28		0.322			
Item 29		0.322			
Item 30		0.344			
Item 31		0.183			
Item 32		0.271			

Item 33	0.316	
Item 34	0.118	
Item 36		0.610
Item 37		0.612
Item 38		0.602
Item 39		0.346
Item 40		0.354
Item 41		0.243
Item 42		0.414
Item 43		0.429
Item 45		0.379
Item 46		0.536
Item 47		0.254
Item 48		0.411
Item 49		0.381
Item 50		0.354
Item 51		0.247
Item 53		0.353
Item 54		0.359
Item 55		0.339
Item 56		0.480
Item 57		0.609
Item 58		0.522
Item 59		0.437
Item 60		0.514
Item 61		0.453
Item 63		0.238
Item 64		0.196
Item 65		0.231
Item 67		0.617
Item 68		0.264
Item 69		0.283
Item 70		0.472

Item 71	0.285
Item 72	0.660
Item 73	0.643
Item 74	0.446
Item 75	0.555
Item 77	0.121
Item 78	0.487
Ítem 79	0.239

4.4.3 Validez de Criterio Concurrente

Para la validez externa, se utilizaron las siguientes pruebas previamente adaptadas a nuestro medio:

- Lista de chequeo conductual de la ansiedad.
- Inventario de temores infantiles.
- Inventario de Personalidad de Eysenck para niños y adolescentes.
- Inventario de Depresión para niños.

En la Tabla 29 se observa que la conducta emocional inadaptada (desórdenes emocionales) se relaciona de manera moderada, directa y muy significativa ($p < .001$) con la escala neuroticismo-estabilidad del JEPI, ansiedad, depresión y temores infantiles; es decir a mayor nivel de desórdenes emocionales, existirá también mayor nivel de neuroticismo, ansiedad, depresión y temores.

Los resultados obtenidos son significativos, tomando en cuenta que se trata de un instrumento nuevo que evalúa de manera global siete tipos de desórdenes emocionales, mientras que las pruebas que se han usado para este tipo de validez, son pruebas con variables de medición específicas. Así como también es necesario considerar que se trata de variables psicológicas que están siendo medidas en niños y adolescentes.

Por otro lado, se observa una relación débil, inversa y no significativa entre los desórdenes emocionales y el componente introversión-extroversión ($p > .05$).

TABLA 29

Análisis de correlación entre las variables para determinar la validez externa de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada: API-N

Variab les	Estadístico	Escala de Conducta Emocional Inadaptada: API- N
Neuroticismo-Estabilidad	“r”	0.615**
	p	.000
Ansiedad	“r”	0.607**
	P	.000
Depresión	“r”	0.561**
	p	.000
Temores infantiles	“r”	0.442**
	p	.000
Introversión-Extroversión	“r”	-0.074 ns
	p	.464

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

ns. No significativo.

Para proceder al proceso de la validez de criterio concurrente, se decidió actualizar dos instrumentos validados en nuestro medio, pero que en la actualidad ya se encontraban desactualizados:

- Lista de chequeo conductual de Ida Alarcón (1993).
- Inventario de Temores Infantiles de José Anicama (1989).

El procedimiento de actualización, consistió en aplicar las pruebas mencionadas a 100 sujetos, para comparar los datos obtenidos con los ya existentes. A continuación se presentarán los aportes hallados para cada uno de los tests.

4.4.3.1 Actualización de datos de la Lista de chequeo conductual de Ida Alarcón

En la Tabla 30 se observan los índices de discriminación oscilantes entre 0.157 y 0.495. Se trata de correlaciones entre aceptables y muy buenas, que demuestran la eficacia del test para diferenciar a los sujetos evaluados, logrando captar los rasgos de las personas.

4.4.3.1.1 Análisis de ítems

TABLA 30

Análisis de ítems de la Lista de chequeo conductual de Ida Alarcón

Ítems	Media	Índice de discriminación	Categoría
Item 1	0.8300	0.237	Aceptable
Item 2	0.8200	0.370	Buena
Item 3	0.5300	0.292	Aceptable
Item 4	0.2000	0.157	Por mejorar
Item 5	0.7900	0.422	Muy Buena
Item 6	0.4200	0.322	Buena
Item 7	1.0200	0.369	Buena
Item 8	0.7700	0.355	Buena
Item 9	0.6500	0.361	Buena
Item 10	0.8200	0.283	Aceptable
Item 11	0.2900	0.286	Aceptable
Item 12	0.5800	0.356	Buena
Item 13	0.5100	0.376	Buena
Item 14	0.7500	0.413	Muy Buena
Item 15	0.4300	0.298	Aceptable
Item 16	0.4100	0.236	Aceptable
Item 17	0.4500	0.231	Aceptable
Item 18	0.6200	0.231	Aceptable
Item 19	0.7000	0.495	Muy Buena
Item 20	0.4600	0.315	Buena
Item 21	0.8600	0.334	Buena

Item 22	0.6300	0.403	Muy Buena
Item 23	0.6400	0.267	Aceptable
Item 24	0.6100	0.329	Buena
Item 25	0.4800	0.376	Buena
Item 26	0.7200	0.330	Buena

4.4.3.1.2 Confiabilidad

En la Tabla 31, se puede observar que la Lista de chequeo conductual de Ida Alarcón presenta coeficientes de correlación positiva, ya que presenta valores altos (superiores a 0.70) en el coeficiente Alfa de Cronbach, Spearman Brown y la Prueba de Dos mitades de Guttman; lo que señala homogeneidad en la escala.

TABLA 31

Confiabilidad por consistencia interna de la Lista de chequeo conductual de Ida Alarcón

Coefficiente	Valor
Alfa de Crombach	0.798
Spearman- Brown	0.758
Dos mitades de Guttman	0.757

En la Tabla 32 se presentan los resultados de la correlación test-retest de la Lista de chequeo conductual de Ida Alarcón. Se observa una débil pero significativa relación en la escala general con una “r” de Pearson de 0.290 ($p < 0.5$).

TABLA 32

Confiabilidad por Estabilidad mediante el método Test-Retest de la Lista de chequeo conductual de Ida Alarcón

Variable	“r”	p
Lista de chequeo conductual de Ida Alarcón	0.290**	0.003

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

4.4.3.2 Actualización de datos de Inventario de Temores Infantiles de José Anicama

En la Tabla 33 se observan los índices de discriminación oscilantes entre 0.124 y 0.645. Las correlaciones demuestran estar en grado de captar los rasgos de los sujetos.

4.4.3.2.1 Análisis de ítems

TABLA 33

Análisis de ítems del Inventario de Temores Infantiles de José Anicama

Ítems	Media	Índice de discriminación	Categoría
Item 1	1,9300	,523	Muy Buena
Item 2	1,9900	,481	Muy Buena
Item 3	2,0200	,550	Muy Buena
Item 4	1,6500	,443	Muy Buena
Item 5	2,1600	,538	Muy Buena
Item 6	1,5800	,124	Por mejorar
Item 7	1,4300	,498	Muy Buena
Item 8	2,2300	,552	Muy Buena
Item 9	1,7700	,515	Muy Buena
Item 10	1,4700	,321	Buena
Item 11	1,3500	,145	Por mejorar
Item 12	1,9900	,621	Muy Buena
Item 13	1,8600	,487	Muy Buena
Item 14	1,5000	,352	Buena
Item 15	2,0000	,499	Muy Buena
Item 16	1,2100	,301	Buena
Item 17	1,1400	,266	Aceptable
Item 18	1,2700	,208	Aceptable
Item 19	1,9100	,568	Muy Buena
Item 20	1,9100	,574	Muy Buena
Item 21	2,0000	,568	Muy Buena
Item 22	1,4900	,362	Buena
Item 23	1,2500	,291	Aceptable

Item 24	2,0000	,574	Muy Buena
Item 25	1,4000	,409	Muy Buena
Item 26	2,0300	,394	Buena
Item 27	1,7800	,561	Muy Buena
Item 28	1,6500	,468	Muy Buena
Item 29	2,0000	,612	Muy Buena
Item 30	1,6900	,483	Muy Buena
Item 31	1,3600	,336	Buena
Item 32	1,6800	,464	Muy Buena
Item 33	1,4400	,445	Muy Buena
Item 34 a	1,8600	,642	Muy Buena
Item 34 b	1,7100	,645	Muy Buena
Item 35	1,7600	,577	Muy Buena
Item 36	1,8400	,524	Muy Buena
Item 37	1,9800	,564	Muy Buena
Item 38	2,0200	,547	Muy Buena
Item 39	1,3900	,406	Muy Buena
Item 40	1,6900	,342	Buena
Item 41	1,6800	,462	Muy Buena
Item 42	1,6900	,516	Muy Buena
Item 43	1,6700	,517	Muy Buena
Item 44	2,1600	,624	Muy Buena
Item 45	1,7000	,480	Muy Buena
Item 46	1,5000	,367	Buena
Item 47	1,9800	,479	Muy Buena
Item 48	1,6600	,352	Buena
Item 49	1,7000	,362	Buena
Item 50	1,6400	,388	Buena
Item 51	1,9000	,555	Muy Buena
Item 52	1,8100	,213	Aceptable
Item 53	1,2700	,200	Aceptable
Item 54	2,0100	,619	Muy Buena
Item 55	1,8600	,572	Muy Buena

4.4.3.2.2 Confiabilidad

En la Tabla 34, se puede observar que el Inventario de Temores Infantiles de José Anicama presenta coeficientes de correlación positiva, ya que presenta valores altos (superiores a 0.70) en el coeficiente Alfa de Cronbach, Spearman Brown y la Prueba de Dos mitades de Guttman; lo que señala homogeneidad en la escala.

TABLA 34

Confiabilidad por consistencia interna del Inventario de Temores Infantiles de José Anicama

Coefficiente	Valor
Alfa de Crombach	0.942
Spearman- Brown	0.883
Dos mitades de Guttman	0.882

En la Tabla 35 se presentan los resultados de la correlación test-retest del Inventario de Temores Infantiles. Se observa una fuerte y significativa relación en la escala general con una “r” de Pearson de 0.794 ($p < 0.001$).

TABLA 35

Confiabilidad por Estabilidad mediante el método Test-Retest del Inventario de Temores Infantiles de José Anicama

Variable	“r”	p
Inventario de Temores infantiles de José Anicama	0.794**	.000

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

4.5 BAREMOS

Para determinar la construcción de normas generales o específicas en función de las variables, se procedió a explorar si existían diferencias significativas en relación al sexo, edad y nivel educativo.

Para esto, se realizó, en primer lugar, la prueba de Kolmogorov-Smirnov para poder determinar si se trata de una muestra con distribución normal. Los resultados mostraron que la distribución de puntajes de la Escala API-N no presenta una distribución normal (Tabla 36), por lo que usará un estadístico no paramétrico para analizar las diferencias entre las variables.

TABLA 36

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

Variable	Media	D.S.	K-S	P
Escala de Conducta Emocional Inadaptada para niños: API-N	44,8788	17,48604	1,981	.001
Escala Autonómica	6,4246	3,53519	,094	.000 ^c
Escala Emocional	13,5150	6,03827	,058	.000 ^c
Escala Social	11,5062	4,81556	,049	.000 ^c
Escala Motora	7,0708	3,50292	,094	.000 ^c
Escala Cognitiva	6,3623	4,20807	,110	.000 ^c

c. Corrección de significación de Lilliefors.

Posteriormente, se utilizó un estadístico no paramétrico, la U Mann-Whitney para ser más precisos, con el fin de determinar si hay diferencias entre las variables independientes: sexo, edad y nivel de educación..

Como se puede observar en la Tabla 37, en función a la variable sexo se encontraron diferencias muy significativas ($p < .001$). Además, los resultados indican que las mujeres presentaron puntuaciones más altas en la escala API-N que los varones.

TABLA 37

Descriptivos del puntaje total en función de la variable sexo

Sexo	Media	Desviación típica	U	Z	p
Masculino	43.44	17.35	764183.5	-4.121	.000
Femenino	46.45	17.50			

Asimismo, en la Tabla 38 también se observan diferencias muy significativas ($p=.001$). en relación de los puntajes de la variable edad, la misma que se ha agrupado en dos grupos por factores evolutivos, ya que se considera la etapa de pre-adolescencia desde los 8 hasta los 11 años, y la etapa de la adolescencia desde los 12 hasta los 17 años (Rodríguez, 2009 y Orgilés et al., 2012).

Por otro lado, los resultados señalan puntuaciones más altas del API-N en el rango de edad entre 8 y 11 años de edad.

TABLA 38

Descriptivos del puntaje total en función de la variable edad

Edad	Media	Desviación típica	U	Z	p
8-11 años	46.24	17.29	712658.500	-3.306	.001
12-15 años	44.13	17.55			

Asimismo, en la Tabla 39 también se observan diferencias muy significativas ($p < .001$) en relación de los puntajes de la variable nivel educativo. De igual manera, se presenta una media más alta entre la población del nivel primaria, a comparación de los adolescentes de secundaria.

TABLA 39

Descriptivos del puntaje total en función de la variable nivel educativo

Nivel educativo	Media	Desviación típica	U	Z	p
Primaria	46.50	17.08	678236.500	-3.955	.000
Secundaria	44.07	17.62			

Debido a los resultados obtenidos, se elaborará una norma general y otras específicas en función de las diferencias que se encontraron en las variables. Asimismo, cabe señalar que los baremos serán percentilares, puesto que, las puntuaciones directas no poseen distribución normal y, por tanto, se restringe la elaboración de normas típicas (Livia y Ortiz, 2014). A continuación se presentan las normas en percentiles.

4.5.1 Percentiles

TABLA 40

Baremo percentilar general de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada para niños:
API-N

PC	API N	Escala	Escala	Escala	Escala	Escala	Escala
	Total	Autonómica	Emocional	Social	Motora	Cognitiva	L
5	18	1	4	4	2	0	0
10	23	1	5	5	2	1	1
15	26	3	7	6	3	1	1
20	29	3	8	7	3	2	1
25	32	4	9	8	4	3	1
30	34	4	9	9	4	3	1
35	37	4	10	9	5	4	2
40	39	5	11	10	5	4	2
45	42	5	12	10	6	5	2
50	44	6	13	11	7	6	2
55	46	6	14	11	7	6	2
60	48	6	15	12	7	6	3
65	51	7	15	13	8	7	3
70	53	8	16	13	8	8	3
75	56	9	17	15	9	9	3
80	59	9	18	15	10	10	4
85	63	10	19	16	11	11	4
90	69	11	21	18	12	12	4
95	75	12	24	19	13	14	4
96	77	13	25	20	13	15	5
97	82	14	26	20	14	16	5
98	88	15	27	21	15	17	5
99	89	16	28	24	16	18	5
100	102	21	34	28	19	21	5

TABLA 41

Baremo percentilar para varones

PC	API N Total	Escala Autonómica	Escala Emocional	Escala Social	Escala Motora	Escala Cognitiva	Escala L
5	16	1	3	4	2	0	0
10	21	2	5	5	2	1	1
15	25	2	6	6	3	1	1
20	28	3	7	7	4	2	1
25	31	4	8	8	5	3	1
30	32	4	8	9	5	3	1
35	35	4	9	9	5	3	2
40	37	5	10	10	6	4	2
45	40	5	11	10	6	5	2
50	43	6	12	11	7	6	2
55	45	6	12	11	7	6	2
60	47	6	13	12	8	6	3
65	50	7	14	13	8	7	3
70	52	8	15	13	9	8	3
75	55	9	16	14	10	9	3
80	58	9	17	15	10	10	4
85	62	10	18	16	11	11	4
90	66	11	19	17	12	12	4
95	73	12	22	19	12	14	4
96	75	12	23	19	14	15	5
97	77	13	24	20	14	15	5
98	80	14	25	21	15	16	5
99	86	15	26	23	16	17	5
100	110	23	34	28	19	21	5

TABLA 42

Baremo percentilar para mujeres

PC	API N Total	Escala Autonómica	Escala Emocional	Escala Social	Escala Motora	Escala Cognitiva	Escala L
5	19	1	5	3	1	0	0
10	24	2	7	5	2	1	1
15	28	2	8	6	3	2	1
20	31	3	10	7	3	2	1
25	34	4	11	8	4	3	1
30	36	4	11	9	4	3	1
35	39	4	12	9	5	4	2
40	41	5	13	10	5	4	2
45	43	5	14	11	5	5	2
50	46	6	15	12	6	6	2
55	47	6	15	12	6	6	3
60	50	7	16	12	7	6	3
65	52	7	17	13	7	7	3
70	55	8	18	14	8	8	3
75	57	9	19	15	9	9	3
80	60	9	20	15	9	10	4
85	65	10	21	17	10	11	4
90	70	11	23	18	11	13	4
95	78	13	25	20	12	14	4
96	80	13	26	20	13	15	5
97	82	14	27	21	14	16	5
98	85	15	28	22	15	17	5
99	91	16	29	24	16	18	5
100	102	21	36	28	19	23	5

TABLA 43

Baremo percentilar de 8 a 11 años de edad

PC	API N Total	Escala Autonómica	Escala Emocional	Escala Social	Escala Motora	Escala Cognitiva	Escala L
5	19	2	4	4	2	1	0
10	24	2	5	6	2	2	1
15	27	3	6	7	3	2	1
20	31	4	7	8	3	3	1
25	33	4	9	9	4	4	1
30	36	5	9	9	4	4	2
35	38	5	10	10	4	5	2
40	42	6	11	10	5	5	2
45	44	6	12	11	5	6	2
50	47	7	13	12	6	7	3
55	48	7	13	12	6	7	3
60	51	8	14	13	7	7	3
65	52	8	15	13	7	8	3
70	55	9	16	14	8	9	4
75	57	10	17	15	9	10	4
80	60	10	18	16	9	11	4
85	65	11	19	17	10	12	4
90	69	12	21	18	11	13	4
95	75	13	22	20	13	14	4
96	78	14	23	20	13	15	5
97	80	15	24	21	14	16	5
98	82	15	25	22	15	17	5
99	89	16	26	23	16	19	5
100	101	23	30	26	19	23	5

TABLA 44

Baremo percentilar de 12 a 15 años de edad

PC	API N Total	Escala Autonómica	Escala Emocional	Escala Social	Escala Motora	Escala Cognitiva	Escala L
5	17	1	4	3	2	0	0
10	22	1	6	5	3	1	0
15	26	2	7	6	3	1	1
20	28	2	8	6	4	2	1
25	32	3	9	8	5	3	1
30	34	3	10	8	5	3	1
35	36	4	11	9	5	3	1
40	38	4	11	9	5	4	2
45	40	5	12	10	6	4	2
50	43	6	13	11	7	5	2
55	45	6	14	11	7	5	2
60	47	6	15	12	7	6	2
65	50	6	16	13	8	7	2
70	52	7	17	13	9	7	3
75	56	8	18	14	10	8	3
80	59	8	19	15	10	9	3
85	63	9	20	16	11	10	3
90	68	11	22	18	12	11	4
95	74	12	25	19	13	14	4
96	77	12	26	20	13	15	4
97	80	13	26	21	14	15	4
98	83	14	27	22	15	16	4
99	88	15	29	24	16	17	4
100	110	20	36	28	19	21	4

TABLA 45

Baremo percentilar para el nivel primaria

PC	API N Total	Escala Autonómica	Escala Emocional	Escala Social	Escala Motora	Escala Cognitiva	Escala L
5	19	2	3	4	1	1	1
10	24	2	5	6	2	2	1
15	28	3	6	7	3	3	2
20	31	4	8	8	3	3	2
25	33	5	9	9	4	4	2
30	36	5	9	9	4	4	2
35	40	5	10	10	4	5	3
40	43	6	11	11	5	6	3
45	45	6	12	11	5	6	3
50	48	7	13	12	6	7	3
55	49	7	14	12	6	7	3
60	51	8	15	13	7	8	4
65	53	8	15	13	7	8	4
70	55	9	16	14	8	9	4
75	57	10	17	15	9	10	4
80	60	10	18	16	9	11	4
85	64	11	19	17	10	12	4
90	69	12	21	18	11	13	4
95	75	13	22	19	12	14	5
96	76	14	23	19	13	15	5
97	79	14	24	20	13	16	6
98	81	15	25	21	14	17	6
99	89	16	26	23	16	18	7
100	101	21	30	26	19	21	7

TABLA 46

Baremo percentilar para el nivel secundaria

PC	API N Total	Escala Autonómica	Escala Emocional	Escala Social	Escala Motora	Escala Cognitiva	Escala L
5	17	1	4	3	2	0	0
10	22	2	6	5	3	1	0
15	26	2	7	6	3	1	1
20	29	2	8	7	4	2	1
25	32	3	9	8	5	3	1
30	34	3	10	8	5	3	1
35	36	4	11	9	5	3	1
40	38	4	11	9	6	4	1
45	40	5	12	10	6	4	2
50	43	6	13	11	7	5	2
55	45	6	14	11	7	5	2
60	47	6	15	12	8	6	2
65	50	6	16	13	8	7	3
70	52	7	17	13	9	8	3
75	56	8	18	14	9	8	3
80	59	9	19	15	10	9	3
85	63	10	20	16	11	10	4
90	68	11	22	18	12	12	4
95	75	12	25	19	13	14	4
96	78	12	26	20	14	15	5
97	81	13	26	21	14	16	5
98	84	14	27	22	15	16	5
99	89	15	29	24	16	17	5
100	110	23	36	28	19	23	5

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1. Discusión

La presente investigación de naturaleza psicométrica y con una base teórica conductual-cognitiva tuvo como objetivo principal la determinación de las propiedades psicométricas de la Escala de Conducta Emocional Inadaptada: API-N. En ese sentido, se procederán a discutir los resultados a partir de los objetivos propuestos en el presente estudio.

Se construyó la Escala API-N luego de investigar acerca de las variables estudiadas y de tener en cuenta el marco teórico para la composición del test. Posteriormente, se aplicó a un piloto de 30 sujetos para mejorar la claridad y comprensión del ítem. Luego de ese primer filtro, el API-N fue sometido a una validez de contenido por juicio de expertos, donde fue revisada por 10 jueces, cuyos puntajes se tradujeron en valores altos y válidos en la “V” de Aiken para la Escala API-N. Luego, se aplicó el instrumento a una muestra de 2.900 sujetos, donde la escala de mentiras hizo su trabajo y finalmente se procesaron los datos con un total de 2600 pruebas aplicadas.

Se encontró en el análisis de ítems altos índices de discriminación, hubo correlaciones aceptables y muy buenos, oscilantes entre 0.222 y 0.517; por tanto, también se demostró el aporte de una buena confiabilidad al instrumento. Dichos resultados fueron similares en el análisis de ítems de la Escala API para adultos de Anicama (1993), donde se halló que los ítems guardaban alta relación con la escala.

Asimismo, se realizaron estudios de confiabilidad por consistencia interna, donde se obtuvieron niveles muy altos de confiabilidad, evidenciando un alfa de Crombach de 0.918 para el instrumento. También se realizó un análisis de confiabilidad por estabilidad, a través del método test-retest donde se obtuvo una “r” de Pearson de 0.868, siendo altamente confiable y superando los niveles encontrados en la escala para adultos trabajada por Anicama (1993), donde se obtuvo una “r” de Pearson de 0.79 y un coeficiente de consistencia interna de 0.87.

En cuanto a la validez del instrumento, se realizó una validez de constructo a través del análisis factorial, donde se confirmaron los 5 factores presentes en la Escala, los mismos que guardan relación con el marco teórico. De dicho análisis se obtuvo la sub-escala autonómica con 13 ítems, la misma que explica el 15.66% ; la sub-escala

emocional con 18 ítems que explica el 3.23%, la escala social con 15 ítems que explica el 3.02%; la sub-escala motora con 12 ítem y con el 2.97% y finalmente, la sub-escala cognitiva con 12 ítems y 1.68% de la varianza. En total, los cinco componentes explican el 27.29% de la varianza total, porcentaje que es aceptado, tomando en cuenta que se trata de un instrumento nuevo, y cumple con los criterios señalados por Zamora et al. (2009). Además, cabe señalar que se demostró con la confiabilidad por consistencia interna y con una correlación usando el estadístico Pearson, que los cinco componentes hallados en el análisis factorial son homogéneos y aportan de forma independiente a la escala en general. Este es un aporte importante, puesto que en la Escala API para adultos no se llevó a cabo un análisis a través del análisis factorial; y mediante dicho proceso se puede sustentar con base estadística lo propuesto en la teoría de la Concepción de los desórdenes emocionales (Anicama, 2010).

Cabe señalar que en la actualidad la validez de constructo a través del análisis factorial es uno de los métodos más sofisticados para poder analizar la validez del instrumento, ya que se enfoca en la obtención de la evidencia estadística para determinar en qué grado la prueba mide lo que dice medir (Espinosa, 2008; Arias, 2008; Burga, 2005; y Zamora et al., 2009).

También se realizaron pruebas de validez concurrente o externa, y se halló que existe una relación directa y moderada de la Escala API-N con la escala de neuroticismo del JEPI, la lista de chequeo conductual de la ansiedad, el Inventario de depresión CDI y el inventario de temores infantiles, donde se obtuvieron puntajes de “r” moderados y altamente significativos ($p < .001$). La relación del API-N con la escala de neuroticismo es de 0.61, su “r” con la lista de chequeo de ansiedad es de 0.60, con el inventario de depresión es de 0.56 y con el inventario de temores infantiles es de 0.44.

Dichos datos guardan similitud con los resultados obtenidos en la escala API de adultos, donde también se hallaron los puntajes más altos en relación con las escalas de ansiedad (“r” = 0.92), y neuroticismo (“r” = 0.80). Además, también presentó un puntaje más bajo en relación a la variable depresión (“r” = 0.54).

Todos los análisis estadísticos rigurosamente realizados con resultados satisfactorios indican que la escala API-N es válida y confiable, y por tanto, cumple con los estándares de un instrumento de calidad. Esto se encuentra alineado a los trabajos

revisados que están vinculados con la construcción de instrumentos: Anicama (1993), Alarcón (2006), Oros de Sapia y Neifert (2006), Guido, Mujica y Gutierrez (2011).

Por otro lado, se procedió a establecer las normas percentilares de la Escala API para niños y adolescentes, donde se hallaron diferencias significativas en las variables edad, sexo y nivel educativo. Como la muestra no presentó normalidad, se siguió la recomendación de realizar baremos percentilares y se descartó la elaboración de puntuaciones típicas (Livia y Ortiz, 2014).

Se realizaron baremos percentilares específicos para cada variable independiente, donde se pudo observar que en función de la variable sexo, las mujeres presentan puntuaciones más altas en la escala API-N, por tanto se muestran más propensas a mostrarse emocionalmente inestables. Estos hallazgos encuentran similitud en los estudios realizados en niños y adolescentes por Lozano y García (2000), Romero et al. (2010), Orgilés et al. (2012), Jaimes (2013) y Olivo (2013).

Asimismo, en cuanto a la variable edad, se decidió elaborar rangos en función de factores evolutivos, donde se considera la etapa de pre-adolescencia desde los 8 hasta los 11 años, y la etapa de la adolescencia desde los 12 hasta los 17 años (Rodríguez et al., 2009; citado por Orgilés et al., 2012). En el análisis de las diferencias por edad, se halló que los niños entre 8 y 11 años presentaron una media más elevada, por tanto se muestran más inestables que los adolescentes de 12 a 15 años. Este resultado coincide también en relación a la variable nivel educativo, donde los niños de primaria presentaron medias más altas del API-N. Estos hallazgos presentan diferencias con el estudio realizado por D'ElRey, Pacini y Fontes (2006), quienes encontraron que los adolescentes entre 12 y 15 años de edad evidencian mayor cantidad de síntomas fóbicos, y por ende mayor inestabilidad emocional, a diferencia de los sujetos con grupos de edades entre 10 y 12 años. No obstante, los hallazgos de la escala API-N en relación a la edad son similares a los hallazgos de Ramírez (2009), Varela (2014) y Jaimes (2013), quienes también encontraron que los estudiantes más jóvenes presentan mayor inestabilidad emocional que los mayores.

Por otro lado, cabe señalar que el componente neuroticismo suele mantener estabilidad con el pasar del tiempo, tal como lo hallaron Mansur-Alves y Flores-Mendoza (2009) en el estudio que realizaron con niños y púberes, y dicha situación está

asociada a otro tipo de problemas, tales como el estrés y malestar psicológico en general, tal como señala Bolger y Zuckerman (1990).

Además, se ha encontrado evidencia que el neuroticismo y, por tanto, la conducta emocional inadaptada, no solo está asociada a problemas de origen psicológico; sino también a problemas como el dolor crónico (Ramírez, Esteve y López 2001), enfermedades inflamatorias intestinales (Fernández, Pérez y Fernández, 2010), e incluso, se ha hallado relación con el hábito de fumar (Urgellés, Cid y Lastra, 1985). Es por eso que con el estudio de esta variable, se podrán implementar mejores tratamientos y propuestas de prevención orientadas a reducir el impacto de los problemas, ya sean psicológicos u orgánicos, asociados a la Conducta emocional inadaptada.

5.2. Conclusiones

Se pueden realizar las siguientes conclusiones a partir de los objetivos planteados al inicio de la investigación:

En primer lugar, se construyó la Escala de Conducta Emocional Inadaptada: API-N, la misma que fue sometida a estudios para analizar su validez y confiabilidad. Se demostró la bondad del instrumento, como se detalla a continuación.

Se aplicó la prueba a una muestra total de 2600 personas y se realizó un análisis de ítems, donde se obtuvieron índices de discriminación entre aceptables y muy buenos, con puntuaciones oscilantes entre 0.222 y 0.517.

Se estudió la confiabilidad por estabilidad mediante el método test-retest donde se obtuvo una “r” de 0.86, lo cual demuestra la estabilidad del instrumento en el tiempo. Por otro lado, se realizó el análisis de confiabilidad por estabilidad donde se halló un alfa de Crombach de 0.91, lo que señala la homogeneidad del instrumento.

Además se analizó la validez de contenido, donde se presentaron valores oscilantes entre 0.8 y 1, siendo altos y válidos en la “V” de Aiken. También se realizó la validez de constructo mediante el análisis factorial, donde se extrajeron 5 factores que son equivalentes a las escalas de la prueba API-N. Asimismo, la validez concurrente señaló que existe correlación directa y significativa entre la conducta emocional inadaptada y el neuroticismo, la ansiedad, la depresión y temores.

Finalmente, puesto que se hallaron diferencias significativas entre las variables, se elaboraron normas percentilares específicas según la edad, sexo y nivel educativo. Se pudo observar que las mujeres presentaron una media más elevada a diferencia de los varones; así como también los niños entre 8 y 11 años del nivel primaria se mostraron más inestables en comparación a los estudiantes del nivel secundaria.

5.3. Recomendaciones

Luego de haber realizado la presente investigación, y de haber demostrado que la escala API-N es un instrumento de medición válido y confiable, se sugiere poder estudiar en próximas investigaciones la efectividad de dicha escala en el ámbito de aplicación clínica en la detección de desórdenes emocionales, con el fin de generar un aporte adicional vinculado a la validez clínica del instrumento.

Asimismo, se recomienda replicar el presente estudio en diferentes muestras de niños y adolescentes de diferentes zonas geográficas, para poder obtener datos cada vez más precisos, que nos permitan caracterizar mejor a la población evaluada.

Se recomienda considerar, en próximas investigaciones, nuevas variables que pudieran dar a conocer nuevos resultados vinculados a la conducta emocional inadaptada en niños y adolescentes.

Finalmente, en relación al proceso de recolección de datos, se sugiere procurar ambientes adecuados al momento de la aplicación de los instrumentos en la muestra, para controlar la mayor cantidad de variables externas; con el fin de garantizar resultados más válidos y confiables que puedan hablar acerca de la bondad del instrumento.

6. Referencias

- Abad, F., García, C., Gil, B., Olea, J., Ponsoda, V., y Revuelta, J. (2004). Introducción a la psicometría: Teoría clásica de los tests y teoría de respuesta al ítem. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de: https://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/cadalso/Docencia/Psicometria/Apuntes/tema1TyP_4.pdf
- Alarcón, R. (1991). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una Escala Factorial para Medir la Felicidad. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(1), 99-106. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28440110>
- Aiken, L. (2003). *Tests psicológicos y evaluación*. México. Editorial Pearson. Recuperado de: http://books.google.com.pe/books?id=2LvyL8JEDmQC&pg=PA73&lpg=PA73&dq=estandarizacion+psicometrica&source=bl&ots=zCdPO1jj2J&sig=ckL_0PH6N5tszPZpkOfYT8o38CA&hl=es&sa=X&ei=OyZHVPqOM8TGgwT15oCABg&ved=0CCkQ6AEwAzgK#v=onepage&q=estandarizacion%20psicometrica&f=false
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. 4th ed. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)*. 5th ed. Arlington VA: Médica Panamericana.
- Anicama, J. (1993). *Construcción y Normalización de una Escala Conductual de Evaluación de la Conducta Emocional Inadaptada: API* (tesis para optar el grado académico de Doctor en Ciencias con mención en Psicología). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
- Anicama, J. (1993). Los analistas de la Conducta: ¿Quiénes somos nosotros? *Revista Peruana de Análisis de la Conducta*, 2,(1,2), 9–13.

- Anicama, J. (2010). Análisis y tratamiento conductual-cognitivo de los desórdenes emocionales. *Análisis y Modificación del Comportamiento en la Práctica Clínica*. Lima: ANR.
- Arias, B. (2008). Desarrollo de un ejemplo de análisis factorial confirmatorio con LISREL, AMOS y SAS. Universidad de Valladolid. Recuperado de: <http://www.benitoarias.com/articulos/afc.pdf>
- Becerra-García, A., Madalena, A., Estanislau, C., Rodríguez J., Dias, H., Bassi, A., Morato, S. (2007). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y maladaptaciones. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(1). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0120-05342007000100007&script=sci_arttext/
- Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (2009). Estrés y trastornos emocionales. En B. Sandín. y P. Chorot. (Ed.) *Manual de Psicopatología: Volumen II* (pp. 3–315). Madrid, España: McGraw-Hill.
- Benites, L. (2006). El análisis conductual en el Perú. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 24(1), 127–147. Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/viewFile/1229/1097>
- Bolger, N., y Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in stress process. *Journal of Personality*, 69(5), 890-902. Recuperado de: http://www.researchgate.net/profile/Niall_Bolger/publication/15726137_A_framework_for_studying_personality_in_the_stress_process/links/0912f50c780487d9d9000000.pdf
- Boring, E. (2006). El Conductismo. *Historia de la Psicología Experimental*. México, D.F.: Trillas.
- Caballo, V., Salazar, I., y Carroble, J. (2011). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. En A. Fernández y S. López-Rubio. *Trastornos infantiles y de la adolescencia* (pp.757-783) Madrid, España: Pirámide.
- Carmona, L. (2010). *Gestalt y Neurosis: ¿Qué es la neurosis?* Instituto Antares para el desarrollo personal y sistémico. Recuperado de <http://institutoantares.com/wordpress/2012/11/12/gestalt-y-neurosis/>

- Cayhualla, R., y Mendoza, V. (2012). *Adaptación de la batería de evaluación de los procesos de escritura- PROESC en estudiantes de tercero a sexto de primaria en colegios particulares y estatales en Lima Metropolitana* (tesis de licenciatura en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Child Mind Institute (2014). *Mental Health Guide: Hypochondriasis*. Recuperado de <http://www.childmind.org/en/health/disorder-guide/hypochondriasis>
- Cohen, L., Manion, L., Morrison K. (2000). *Research Methods in Education*. 5th ed. Nueva York: Routledge Falmer. Recuperado de: <http://knowledgeportal.pakteachers.org/sites/knowledgeportal.pakteachers.org/files/resources/RESEARCH%20METHOD%20COHEN%20ok.pdf>
- Da Silva, A., Costa, C., y Fernandez, L. (2008). Do transtorno de ansiedade ao câncer. *Revista SBPH*, 11(2), 51-71. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582008000200006&script=sci_arttext
- D'El Rey, G., Pacini, C. y Fontes, D. (2006). Fobia social em uma amostra de adolescentes. *Estudos de Psicologia*, 11(1), 111–114. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26111113>
- Echegoyen, J. (2011). *Introducción a la Psicología - UNED – Curso de acceso. Manual Fundamentos de la Psicología. Cap. 13. Los tratamientos psicológicos* (Resumen). Recuperado de <http://www.e-torredebabel.com/UnedParla/Asignaturas/IntroduccionPsicologia/ResumenManual-Capitulo13.htm>
- Escurrea, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de: <http://ezproxybib.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/viewFile/4555/4534>
- Espinosa, J. (2008). Validación y Estandarización de Instrumentos. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: <http://extension.upbbga.edu.co/web2/pagina2/archivos/VYEInstrumentos.pdf>

- Fernández, J., Pérez, J., y Fernández, B. (2010). Estudio transversal sobre la relación entre neuroticismo y curso clínico en pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales. *Clínica y Salud*, 21(1), 49-58. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742010000100005&script=sci_arttext
- Fernández, R., Fernández, C. (2001). Factores asociados a preocupación hipocondríaca en pacientes de un Centro de Salud de Atención Primaria. *Psicothema*, 13(4), 659-670. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713420>
- Ferrari, P., y Bonnot, O. (2013). Troubles névrotiques de l'enfance et de la petite enfance. En F. Palacio-Espasa. *Traité européen de psychiatrie et psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (pp.366-374). París, Francia: Lavoisier.
- Frankl, V. (1987). *Teoría y terapia de la neurosis: Iniciación a la logoterapia y al análisis existencial*. Recuperado de <http://www.robertoalmada.it/site/wp-content/uploads/2010/07/Neurosis-Colectivas.pdf>
- Guido, P., Mújica, A., y Gutiérrez, R. (2011). Diferencias en el autoconcepto por sexo en la adolescencia: Construcción y validación de un instrumento. *Liberabit*, 17(2), 139-146. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v17n2/a04v17n2.pdf>
- Guilford, J., y Fitcher, B. (1984). *Estadística aplicada a la Psicología y la Educación*. México, D.F.: McGraw-Hill.
- Green, C. (2001). *Classics in the History of Psychology. Conditioned Reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. York University. Recuperado de <http://psychclassics.yorku.ca/Pavlov/lecture17.htm>
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2007). *Metodología de la Investigación*. México D.F: McGraw-Hill Interamericana.
- Huamán, C. (2012). *Relación entre el malestar asociado a la sintomatología obsesivo compulsiva y la crianza percibida en adolescentes de una institución educativa escolar de Lima* (Tesis de licenciatura en Psicología). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima.

- Huberty, T.(2014). *Anxiety and Anxiety Disorders in Children: Information for Parents. National Association of School Psychologist.* Recuperado de http://www.nasponline.org/resources/translations/anxiety_spanish.aspx
- Instituto Nacional de Estadística (2006). *Encuesta Nacional de Salud (año 2006).* Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=%2Ft15/p419&file=inebase>.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2008). *Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.* Recuperado de http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1136/libro.pdf
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2008). Base de Datos de Instrumentos de evaluación de Salud Mental y Psiquiatría. *Anales de Salud Mental, 19(1), 17-21.*
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2010). Niños y adolescentes con fobia social y pensamiento heteroagresivo. *Anales de Salud mental, 26 (1), 26-32.*
- Jaimes, K. (2013). *Estilo de Pensamiento Rumiativo y Rasgos de Personalidad en Jóvenes Universitarios de Lima* (Tesis de licenciatura en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Livia, J. y Ortiz, M. (1996). Los test psicológicos en el Perú: investigación, uso y abuso. *Revista Psicología Actual, 8, 23–32.*
- Livia, J. y Ortiz, M. (2014). *Construcción de pruebas psicométricas: Aplicaciones a las ciencias sociales y de la salud.* Lima. Editorial universitaria: Universidad Nacional Federico Villarreal.
- López, C. (1980). *La Secuencia de Presentación de Estímulos y de los Programas de Reforzamiento en la Instauración de Neurosis Experimentales* (Tesis de Bachiller en Ciencias con mención en Psicología). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.

- Lozano, L. y García, E. (2000). El rendimiento escolar y los trastornos emocionales y comportamentales. *Psicothema*, 12(2), 340–343. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/578.pdf>
- Mansur-Alves, M. y Flores-Mendoza, C. (2009). Estabilidade temporal e correlatos desenvolvimentais do traço de neuroticismo em crianças em fase escolar. *Psicologia em Estudo*, 14(4), 807-815. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122129021>
- Marchant, M. (2000). Apuntes sobre histeria. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 9(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26409109>
- Martínez, R. (2006). La metodología de los estudios PISA. *Revista de Educación*, extraordinario 2006, 111-129. Recuperado de: <http://www.revistaeducacion.mec.es/re2006/reextra2006a08.pdf>
- Martínez, M.; Belloch, A. (2004). Efectos de un tratamiento cognitivo conductual para la hipocondría en los sesgos atencionales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 299–311. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740204>
- Martínn, Q., y Cabero, M. (2008). *Tratamiento estadístico de datos con SPSS*. Madrid: Thomson. Recuperado de: <https://books.google.com.pe/books?id=p2kswpzT2oEC&pg=PA344&lpg=PA344&dq=se+extraen+autovalores+mayor+a+1+porque&source=bl&ots=22C9sayXej&sig=dh63PjZ3TfmBvaqbkWaemsBACSQ&hl=es-419&sa=X&ei=w2WfVYL2HiifyATJ5rCABw&ved=0CCwQ6AEwAw#v=onepage&q=se%20extraen%20autovalores%20mayor%20a%201%20porque&f=false>
- Méndez, X., Rosa, A. y Orgilés, M. (2005). Eficacia diferencial de los tratamientos psicológicos en la fobia a los animales: un estudio meta – analítico. *Psicothema*, 17(2), 219–226. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3091.pdf>
- Ministerio de Educación. (2014). Padrón de Colegios de Lima Sur (2014). *Información Solicitada al MINEDU*. Lima, Perú.

- Ministerio de Salud. (2012). Más de 11 millones de peruanos tendrían un problema mental a lo largo de su vida. *Boletín de la Dirección de Salud*. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=11721
- Ministerio de Salud. (2014). Casos de Trastornos Emocionales y del Comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y la adolescencia (2013-2014). *Información Solicitada al MINSA N° 14 – 003660. Oficina General de Estadística e Informática*. Lima, Perú.
- Morales, P. (2006). Las pruebas objetivas: normas, modalidades y cuestiones discutidas. Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Recuperado de: http://portal.fagro.edu.uy/docs/uensenia/Univ.%20Comillas_Pruebas%20objetivas.pdf
- Morris, C. y Maisto, A. (2005). Trastornos Psicológicos. En L. Gaona. (Ed.), *Psicología* (pp. 485–525). México, D.F.: Pearson Educación.
- Nardone, G. (2002). *Miedo, pánico, fobias: La terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Norman, G., Streiner, D. (1996). *Bioestadística*. Barcelona: Harcourt. Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=yCLUYL14tlQC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Olivo, D. (2013). *Ansiedad y estilos parentales en un grupo de adolescentes de Lima Metropolitana* (tesis de Licenciatura en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*. 10ma edición. Madrid: Médica Panamericana
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J., Carballo, J., y Piqueras, J. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Una diferencia en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y salud mental*, 5(2), 115-120. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-sintomas-trastornos-ansiedad-ninos-adolescentes-90123497>

- Oros de Sapia, L., Neifert, I. (2006). Construcción y Validación de una Escala para evaluar indicadores físicos y psicoemocionales del estrés. *Evaluar*, 6(1), 1-14. Recuperado de: <http://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/531/471>
- Palacios, J., García, A. y Flores, E. (2010). Perfiles Emocionales en Madres Cuidadoras del Programa Nacional WawaWasi de Lima Metropolitana. *Revista de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Villarreal*, 1(1). Recuperado de: <http://issuu.com/psicologiaunfv/docs/revista1/5>
- Pérez, E., Gonzáles, A., Moreno, A., Ponte, N., Delgado, M. (1997). Personalidad histérica o trastorno de personalidad histriónico: una revisión. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 17(62), 223-236. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/viewFile/15532/15392>
- Polaino-Lorente, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid, España: Morata.
- Ramírez, C., Esteve, R., López, A. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de psicología*, 17(2), 129-137. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v17/v17_1/10-17_1.pdf
- Ramírez, R. (2009). *Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en escolares de la Ciudad de Cajamarca* (tesis de Licenciatura en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
- Rodrigues, M., y Sales, S. (2012). Avaliação da ansiedade escolar em alunos do ensino fundamental. *Revista de Psicologia de la Universidad Cesar Vallejo*, 14(1), 21–30. Recuperado de <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/rp/v14n1/a03v14n1.pdf>
- Rodríguez M., Del Barrio, V., y Carrasco M. (2009). ¿Cómo perciben los hijos la crianza materna y paterna? Diferencias por edad y sexo. *Escritos de Psicología*, 2(1), 1-8. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v2n2/original2.pdf>
- Romero, K., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Jané, M., Viñas, F., y Domenech-Llaberia, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 22(4), 613–618. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715515012>

- Sassenfeld, A. (2012). *Cinco concepciones de la neurosis en el enfoque humanista*. Recuperado de http://www.facso.uchile.cl/psicologia/caps/docs/Cinco_concepciones_de_la_neurosis_en_el_enfoque_humanista.pdf
- Schwartz, C., Snidman, N., Kagan, J. (1999). Adolescent Social Anxiety as an Outcome of Inhibited Temperament in Childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(8), 1008-1015. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089085670962983X>
- Serra-Mayoral, A., Peña-Casanova, J. (2006). Fiabilidad test-retest e interevaluador del Test Barcelona. *Neurología*, 21(6), 277-281. Recuperado de: <http://public-files.prbb.org/publicacions/02559081-11db-4227-b3c9-4b447c3f6527.pdf>
- Shorey, L. (1991). Test Evaluation Report. Organization for Co-operation in Overseas Development. Recuperado de: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED393932.pdf>
- Silva, T. (2009). *La medición de la psicopatía en el contexto del sistema de justicia juvenil en España* (tesis Doctoral en Psicología). Universitat de Valencia, Valencia.
- Urgellés, L., Cid, A., y Lastra, P. (1985). Neurotixismo y extraversión en relación con el hábito de fumar (Resumen). *Revista cubana de medicina*, 24(7), 7-8. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=27710&indexSearch=ID>
- Varela, S. (2014). *Estandarización del Inventario de Personalidad Eysenck para Niños y Adolescentes de 6 a 16 años de Lima Sur* (tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad Autónoma del Perú, Lima.
- Vazquez, C., Nieto, M., Hernangomez, L., y Hervas, G. (2005). Tratamiento psicológico en un caso de depresión mayor. En J.P. Espada; J. Olivares; y X. Mendez. (Eds.). *Terapia psicológica: Casos prácticos* (pp. 201–231). Madrid, España: Pirámide. Recuperado de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2005-Tratamiento%20depresion-Mendez.pdf

- Vásquez, R., Avila, C., y Rodríguez, J. (1996). Trastorno obsesivo compulsivo en niños (Resumen). *Actualizaciones Pediátricas*, 6(1), 2-10. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=190421&indexSearch=ID>
- Weinberg, W., Rutman, J, Sullivan, L., Penick, E., y Dietz, S. (1973). Depression in children referred to an educational diagnostic center: Diagnosis and treatment (Abstract). *The journal of Pediatrics*, 83 (6), 1065-1072. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347673805529>
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition*. Chichester. Editorial Wiley. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470713662.fmatter/pdf/>
- Zamora, S., Monroy, L., y Chávez, C. (2009). Análisis factorial: Una técnica para evaluar la dimensionalidad de las pruebas. Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior. México DF: Ceneval.

6. ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA DE CONDUCTA EMOCIONAL INADAPTADA: API-N PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____
 Grado de estudios: _____ Colegio: _____

INSTRUCCIONES

A continuación leerás una serie de frases, deberás marcar con una X en uno de los casilleros que se encuentran al lado de la frase si ésta te sucede: Nunca, A veces o Siempre. Recuerda que sólo puedes marcar una opción por cada frase. No existen respuestas correctas e incorrectas, solo es importante que respondas con la verdad.

N°		Nunca	A veces	Siempre
1	Siento que mi corazón late más fuerte de lo normal.			
2	Me sudan las manos.			
3	Mis padres dicen que sudo demasiado.			
4	Orino demasiadas veces al día.			
5	Me pongo nervioso (sudo, tiemblo) cuando hago una tarea difícil.			
6	Sufro de ardor en el estómago.			
7	Tengo diarreas (se me afloja el estómago).			
8	Tengo dificultad para defecar (hacer el dos).			
9	Sufro de vómitos.			
10	Me duele el estómago.			
11	Siempre como absolutamente todo lo que me sirven.			
12	Siento que me ahogo.			
13	Falto al colegio porque estoy enfermo.			
14	Tengo pesadillas por las noches.			
15	He hecho berrinches			
16	Sufro de dolores de cabeza cuando me preocupo.			
17	Paso de estar feliz a sentirme triste.			
18	Mis sentimientos son heridos con facilidad.			
19	Me siento triste sin motivo.			
20	Me molesto rápidamente.			
21	Las personas dicen que me enfado fácilmente.			
22	Lloro con facilidad.			
23	He salido en la televisión más de cinco veces en el último año.			
24	Siento miedo sin saber por qué.			
25	Mis miedos no me dejan concentrarme.			
26	Es difícil para mí controlar mis sentimientos.			
27	Cuando me siento tenso me río sin motivos.			
28	Mis miedos me impiden actuar con normalidad.			
29	Pierdo el control de mis emociones.			
30	Me cuesta trabajo perdonar.			
31	Me es difícil tolerar los errores de las otras personas.			
32	Me desagrada que me digan como tengo que hacer las cosas.			
33	Me preocupo mucho cuando hago el ridículo.			
34	Me preocupa que los médicos se equivoquen al detectar enfermedades.			
35	Siempre rezo antes de dormir.			
36	Cuando recién conozco a una persona no sé cómo empezar a hablarle.			
37	Me resulta difícil conversar con personas desconocidas.			

38	Me cuesta trabajo iniciar una conversación.			
39	En clases, me pongo nervioso cuando el profesor me hace una pregunta.			
40	Me da miedo que los demás me rechacen.			
41	Tartamudeo en una conversación.			
42	Hablo en voz baja con la mayoría de personas.			
43	Me cuesta trabajo pedir ayuda cuando lo necesito.			
44	He trabajado en varias empresas.			
45	Evito hablar con las personas.			
46	Es difícil para mí integrarme en una reunión.			
47	Me siento más cómodo estando solo.			
48	Me cuesta hablar sobre lo que pienso.			
49	Evito conversar sobre lo que siento.			
50	Evito decirles a los demás lo que no me gusta de ellos para no tener problemas.			
51	Doy la razón a otras personas así no esté de acuerdo.			
52	He cruzado el océano Atlántico varias veces en el último año.			
53	Me quedo dormido en clases.			
54	Prefiero evitar las responsabilidades.			
55	Cuando estoy en clase me cuesta permanecer sentado.			
56	Tengo el impulso de agarrar cosas que no me pertenecen.			
57	Cuando peleo con alguien, golpeo con facilidad.			
58	Tengo ganas de romper cosas.			
59	Hago cosas sin pensar.			
60	Consigo lo que quiero, sin importar si lastimo a otras personas.			
61	Cuando alguien no está de acuerdo conmigo, terminamos peleando.			
62	Siempre digo la verdad.			
63	Me despierto cansado.			
64	Mis pies se mueven constantemente.			
65	He perdido el interés por las cosas que antes me gustaban.			
66	Me río de chistes groseros.			
67	He pensado en lastimarme.			
68	Prefiero que otras personas tomen decisiones por mí.			
69	Pienso cosas terribles como para ser contadas.			
70	Creo que algo malo está por sucederme.			
71	Creo que no puedo controlar todo lo que me pasa.			
72	Pienso en hacerme daño.			
73	Creo que los demás estarían mejor si yo no existiera.			
74	Creo que soy menos hábil que el resto de personas.			
75	Si saco malas notas significa que no sirvo para nada.			
76	He hablado mal de alguna persona.			
77	Tengo miedo de enfermarme.			
78	Estoy convencido que tengo una enfermedad grave.			
79	Pienso en los dolores de mi cuerpo.			
80	Salgo sonriente en absolutamente todas las fotos			

ANEXO 2

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Naturaleza de la variable	Forma de medición	Tipo de respuesta	Indicadores	Escala de medición	Criterios de medición	Instrumento
Desórdenes emocionales	Variable de estudio: cualitativa y cuantitativa.	Directa	Politómico	Nivel de: Ansiedad, Fobia social, obsesión-compulsión, depresión, hipocondría, histeria y psicopatía.	Nominal y Ordinal.	Puntaje de las escalas: autonómica, emocional, social, cognitivo y motora.	Escala de conducta emocional inadaptada en niños y adolescentes
Edad	Variable control: cuantitativa	Directa	Politómico	Intervalo de edades	Ordinal	Intervalo de edades	Encuesta
Sexo	Variable control: cualitativa	Directa	Dicotómico	Masculino Femenino	Nominal	Masculino Femenino	Encuesta
Grado de estudios	Variable control: cualitativa	Directa	Politómico	Primaria Secundaria	Ordinal	Niveles educativos: Primaria y Secundaria.	Encuesta

ANEXO 3

MODELO DE CARTA DE PRESENTACIÓN PARA LOS COLEGIOS SELECCIONADOS EN LA INVESTIGACIÓN

CARCO

FACULTAD DE HUMANIDADES - ESCUELA DE PSICOLOGÍA
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

CARTA 224-2015-U.AUTONOMA-FH/DAH/EP Lima Sur, 12 de mayo del 2015

Hna. Hilda Moran Cajas
I.E. Niño Jesús de Praga – Chorrillos
Presente.-

De mi mayor consideración

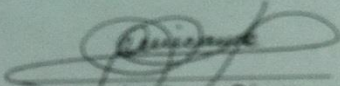
Es grato dirigirme a Usted en nombre de la Escuela de Psicología de la Universidad Autónoma del Perú, para expresarle en primer lugar mi más cordial saludo, asimismo, solicitarle tenga a bien autorizar que a los Estudiantes:

- **CESPEDES CONDOMA ERIKA**
- **PARASI FALCON CLAUDIA FABIANA**

Alumnos de la Universidad, puedan ejecutar en su Institución sus estudios de investigación en Psicología sobre **"ESTANDARIZACIÓN DE LA PRUEBA ANSIEDAD ESTADO-RASGO PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LIMA SUR"** y **"CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA EMOCIONAL INADAPTADA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LIMA SUR"**, respectivamente.

Esperando contar con su reconocida colaboración con la investigación científica, la cual permitirá un mejor conocimiento de sus estudiantes, aprovecho la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,


Dr. José Anicarmia Gómez
Decano de la Facultad de Humanidades

Tlf. de la UA. 7153335 Anexo 219

ANEXO 3

FICHA TÉCNICA DE LOS INSTRUMENTOS USADOS PARA LA VALIDEZ EXTERNA

Ficha Técnica (1)

Nombre de la prueba:	Inventario de Temores Infantiles
Año:	1989
Autor:	José Anicama Gómez
Objetivo:	Evaluar las respuestas y sentimientos específicos de temor en niños y adolescentes.
Público al que va dirigido:	Niños y adolescentes de 6 a 15 años.
Aplicación:	Individual o grupal.
Tipo de respuestas:	Politómicas
Composición:	

El Inventario consta de 55 ítems y ha sido diseñado especialmente para los programas de tratamiento de niños ansioso – fóbicos.

Administración:

El inventario de Temores Infantiles se aplica de manera individual o colectiva. El tiempo de aplicación es de aproximadamente 20 minutos.

1. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Se procedió a realizar una validez por análisis de ítems hallándose correlaciones significativas que van de 0.435 hasta 0.857 con cual una $p < .05$.

También se hizo una validez concurrente con la Escala de Neurotismo del Inventario Eysenck de Niños, hallándose una correlación de 0.812 la cual es altamente significativa cuando $p < .01$. Asimismo se efectuó una prueba test-retest hallándose una confiabilidad de 0.876 muy significativa cuando $p < .01$.

Por motivos vinculados al tiempo de vigencia de un test, en el presente año en curso se ha aplicado la prueba a 100 sujetos para realizar el análisis de sus puntajes.

Ficha Técnica (2)

Nombre de la prueba:	Lista de Chequeo conductual de la ansiedad en niños
Año:	1993
Autor:	Ida Alarcón
Objetivo:	Identificar los principales indicadores de la ansiedad en los niños.

Público al que va dirigido: Niños y adolescentes de 6 a 12 años.

Aplicación: Individual o grupal.

Tipo de respuestas: Politómicas

Composición:

La lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños está compuesta por un total de 26 Ítems.

Administración:

Su tiempo de aplicación es de aproximadamente 10 minutos y se puede aplicar de manera individual o colectiva a sujetos de 6 a 12 años.

2. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Alarcón, I. (1993), al realizar el análisis de ítems de la Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños, (la prueba inicialmente constaba de 30 ítems) halló correlaciones significativas al $p < .05$ que iban desde 0.198 hasta 0.425, quedando finalmente 26 ítems válidos.

Posteriormente, con la finalidad de establecer la validez concurrente se correlacionó este instrumento con el Inventario de personalidad de Eysenck para Niños, encontrándose una correlación de 0.8451 la cual es altamente significativa ($p < .001$).

A continuación se procedió a aplicar la prueba de confiabilidad test-retest obteniéndose un “ r ” = 0.9293 el cual fue altamente significativo ($p < .001$) y la prueba de Split-Half o de mitades con la cual se obtuvo un “ r ” = 0.96, utilizando la técnica

Producto–Momento de Pearson y la fórmula corregida de Spearman–Brown, respectivamente.

Para establecer las normas del instrumento, se evaluaron a 336 niños con edades que fluctuaban entre los 6 a 12 años de edad, de ambos sexos, provenientes de los 4 estratos socio-económicos (alto, medio, bajo y muy bajo).

Por motivos vinculados al tiempo de vigencia de un test, en el presente año en curso se ha aplicado la prueba a 100 sujetos para realizar el análisis de sus puntajes.

Ficha Técnica (3)

Nombre de la prueba:	Escala de Autorreporte de Depresión para Niños (CDI)
Año:	1977
Autor:	María Kovacs
Objetivo:	Cuantificar un rango de síntomas depresivos que incluyen disturbios en el humor, capacidad hedónica, funciones vegetativas, autoevaluación y conductas interpersonales.
Público al que va dirigido:	Desde los 8 hasta los 15 años de edad.
Aplicación:	Individual o grupal.
Tipo de respuestas:	Politómicas

Composición:

El CDI consta de 27 ítems de los cuales, contiene por lo menos, dos ítems por cada síntoma que el DSM-III incluye como criterio diagnóstico de depresión.

Administración:

Es un instrumento que se adecua sin problemas a una administración grupal en sujetos normales. El tiempo de administración es aproximadamente de 10 a 20 minutos, aunque no existe un límite de tiempo.

3. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

En nuestro medio ha sido estandarizado en 1994 por Ludmila Reátegui, pero en el año 2009, Renato Ramírez realizó la adaptación del presente cuestionario para la población de la ciudad de Cajamarca.

Ramírez halló que la prueba alcanza una confiabilidad aceptable (Alfa: 0.79) y una adecuada correlación ítem-test. También se evidenció una estabilidad temporal positiva considerable de 0.776, es un lapso de 30 días.

Se realizó una prueba de validez por criterio concurrente con el cuestionario EDARS y STAIC; se obtuvo una correlación positiva considerable de 0.664 ($p < .001$). Por tanto, también se verificó la existencia de correlación entre síntomas ansiosos y depresivos.

Ficha Técnica (4)

Nombre de la prueba:	Inventario de Personalidad – Eysenck para niños y adolescentes
Año:	1968
Autor:	Sybil Eysenck
Objetivo:	Evaluar de manera indirecta las dimensiones de la personalidad: Extraversión-introversión y Neuroticismo.
Público al que va dirigido:	Desde los 6 hasta los 16 años de edad.
Aplicación:	Individual o grupal.
Tipo de respuestas:	Dicotómicas.
Composición:	

El inventario consta de 60 ítems.

Administración:

No cuenta con un tiempo determinado, pero se considera como tiempo promedio 15 minutos y puede ser aplicado a niños y adolescentes de 6 a 16 años.

4. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El inventario de Personalidad – Eysenck para niños fue estandarizado en Lima Sur por Varela (2014).

Se realizó la validez por criterio de jueces obteniendo puntuaciones de V de Aiken a partir de 0.80; al realizarse el análisis factorial se encontró que los componentes de la prueba eran muy dispersos, por ello no se culminó con este.

En cuanto a la confiabilidad por consistencia interna se obtuvo un puntaje de “r” 0.63 en la dimensión extraversión-introversión; mientras que en Neuroticismo se obtuvo un “r” de 0.78 y la Escala L obtuvo un “r” de 0.71. Asimismo, se usó el método de test-retest y se obtuvo una confiabilidad de 0.90.

Se encontraron diferencias significativas $p. < .001$ entre sexo, edad y tipo de colegio. Por último, se obtuvieron los baremos para dichas variables.