

CECAD

Cuestionario Educativo Clínico:

Ansiedad y Depresión

L. Lozano González

E. García Cueto

L. M. Lozano Fernández



manual



CECAD

Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión



Luis Lozano González
Eduardo García Cueto
Luis Manuel Lozano Fernández

3ª edición



MADRID, 2013

Índice

1. Descripción general	7
1.1. Ficha técnica	7
1.2. Fundamentos teóricos	8
<i>La depresión</i>	8
<i>La ansiedad</i>	9
<i>La comorbilidad de la ansiedad y la depresión</i>	9
1.3. Descripción breve del CECAD	11
2. Normas de aplicación y corrección	13
2.1. Normas de aplicación	13
<i>Instrucciones del cuestionario</i>	14
2.2. Normas de corrección	14
3. Justificación estadística	17
3.1. Elaboración de la prueba y estudio piloto	17
<i>Descripción de la muestra del estudio piloto</i>	18
<i>Condiciones de aplicación</i>	19
<i>Estudio exploratorio de la dimensionalidad del test</i>	19
<i>Selección de los ítems</i>	19
<i>Fiabilidad y validez de la forma experimental</i>	19
3.2. Características generales de la primera edición del CECAD	19
3.3. Características generales de la segunda edición del CECAD	21
3.3.1. Descripción del grupo normativo	21
3.3.2. Análisis de los elementos	22
3.3.3. Fiabilidad	23
3.3.4. Validez	24
3.3.5. Estudio de las diferencias y elaboración de baremos	27
3.4. Estudio del CECAD mediante el modelo graduado de Samejima (TRI)	29
3.4.1. Estimación de los parámetros	30
<i>Índice de discriminación</i>	30
<i>Índice de dificultad</i>	30
<i>Utilidad de la interpretación de los parámetros en la intervención clínico-educativa</i>	30
<i>Curva característica de los ítems y Función de información</i>	32
4. Normas de interpretación	35
4.1. Puntuaciones transformadas y puntos de corte	35
4.2. Plan de actuación e interpretación de los perfiles	35
Bibliografía	39
Anexo	43

Nota a la segunda edición

Con motivo de la segunda edición, los autores del CECAD han aprovechado la ocasión para poner de manifiesto las bondades del instrumento y realizar mejoras importantes. Así, en primer lugar, los resultados de las investigaciones que han ido realizando en los últimos años se han plasmado en dos cambios estructurales respecto a la primera edición: una nueva escala de Síntomas psicofisiológicos y la sólida composición bifactorial de la prueba, lo que conlleva que la antigua puntuación total desaparezca por falta de apoyo empírico y conceptual.

Por otro lado, se ha ampliado el ámbito de aplicación de la prueba a los adultos, lo cual viene apoyado por los excelentes resultados de los nuevos estudios psicométricos y de tipificación que se han realizado con muestras más numerosas y representativas. Igualmente, se han confeccionado nuevos baremos actualizados y representativos de la población española de 7 a 80 años de edad y se han implementado en el sistema de corrección.

TEA Ediciones
Junio de 2011

1 Descripción general



1.1 Ficha técnica

Nombre:	CECAD. Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión.
Autores:	Luis Lozano González, Eduardo García Cueto y Luis Manuel Lozano Fernández.
Procedencia:	TEA Ediciones, S. A., 2007, 2010.
Aplicación:	Individual y colectiva.
Duración:	Variable, entre 10 y 20 minutos.
Ámbito de aplicación:	De los 7 años en adelante.
Finalidad:	Evaluación global de la ansiedad, la depresión y cuatro aspectos relacionados: inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos.
Materiales:	Ejemplares, <i>kit</i> de corrección y manual.
Baremación:	Baremos en puntuaciones típicas T (Media=50; Dt=10) por edades y sexo.



1.2. Fundamentos teóricos

El CECAD es un cuestionario que está dirigido a evaluar los llamados trastornos internalizados o trastornos de la emoción como la depresión y la ansiedad. Por oposición existen los trastornos externalizados o trastornos de la conducta, como son el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) o el trastorno desafiante u oposicionista. Aunque esta diferenciación es muy simplificada (Kovacs y Devlin, 1998), es evidente que aún permanece en la actualidad.

La depresión

Aunque Bowlby en 1958 explicitó su teoría sobre la depresión anaclítica (con el mismo término que Spitz y Wolf en 1946), la idea dominante de la época era que los niños no podían presentar manifestaciones depresivas no psicóticas como las de los adultos (Rie, 1966). La década de 1970 fue el punto de inflexión que llevó a investigar si los niños podían padecer un trastorno depresivo al estilo del que sufren los adultos o si son simplemente síntomas propios del desarrollo evolutivo que llegan a desaparecer con el tiempo (Lefkowitz y Burton, 1978).

El desarrollo del paradigma cognitivista posibilitó la aparición de la teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975) como explicación teórica de la depresión. A partir de este momento surge una abundante investigación sobre la depresión infantil y se van matizando los diferentes grupos sintomáticos, teorías explicativas y sus correspondientes pruebas diagnósticas (Del Barrio, 1997).

Actualmente, la depresión en los niños y en los adolescentes se conceptualiza como un estado alterado del humor caracterizado por un estado disfórico similar a la depresión adulta (*American Psychiatric Association*, 1994; Cicchetti y Toth, 1998). No obstante, en los niños y adolescentes el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, propia de los adultos, puede estar suplantada por un estado de ánimo irritable.

La importancia de los trastornos afectivos en el desarrollo infanto-juvenil se comprueba en la alta tasa de diagnósticos realizados: entre un 10 y un 20% de todos los niños clínicamente consultados exhiben algunos niveles de depresión (Kazdin, 1987). Es evidente que existe una amplia variedad en las estimaciones de los porcentajes de niños y adolescentes que parecen mostrar un trastorno depresivo. Esta disparidad en los resultados obtenidos puede deberse a varios factores: que la muestra estudiada sea la población general, la que asiste a consulta o la hospitalizada (Mesquita y Guilian, 1994), que se considere el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, distimia, etc. o simplemente se centre en la existencia de síntomas depresivos, y que se estudien diferentes rangos de edades o las diferencias entre varones y mujeres (Allen-Meares, Colorossi, Oyseman y DeRoss, 2003). Así, si se estudia la población general se observa que en torno al 2% presenta un trastorno depresivo, mientras que la prevalencia del trastorno distímico se sitúa entre el 2 y el 14%. Como señalan Cicchetti y Toth (1998), la tasa de población general con un trastorno depresivo mayor varía entre el 0,4 al 2,5% de los niños y el 0,4 al 7,3% de los adolescentes. En la población española, como resume Del Barrio (1997), diferentes estudios sitúan la prevalencia de la depresión mayor en niños entre el 2 y el 7% (Bragado, 1995; Rivas Terán, 1995), mientras que en adolescentes los datos pueden oscilar entre el 5 y el 15% (Mestre, 1992). Por otra parte, las chicas adolescentes alcanzan tasas significativamente más altas que los chicos en el trastorno depresivo mayor (25% frente al 12%) y en el trastorno distímico (4% frente al 2%) (Lewisohn y cols., 1993; Reinherz y cols., 1991), diferencias que no se observan entre niños y niñas por debajo de los 12 años (Angold y cols., 1998).

Esta breve relación de datos es suficientemente ilustrativa e importante para considerar este trastorno como algo fundamental en la salud mental de nuestra juventud, tanto desde la perspectiva terapéutica como, más importante si cabe, desde la preventiva.

La ansiedad

Los trastornos de ansiedad también se encuentran entre los trastornos de salud mental más comunes en los niños. Al igual que ocurría con la depresión, el estudio de los trastornos de ansiedad ha sido complicado por muchas razones, entre las que cabe señalar: a) la investigación usaba de forma intercambiable las palabras miedo y ansiedad y se centraba en el conocimiento de la naturaleza evolutiva de los miedos específicos obviando amplios aspectos de la ansiedad; b) existían dificultades para distinguir la ansiedad transitoria, evolutivamente normal, de los trastornos de ansiedad verdaderos; c) aparecen dificultades en el reconocimiento y la cuantificación de la sintomatología principalmente internalizada; d) las características psicométricas de algunos instrumentos de evaluación de la ansiedad eran relativamente deficientes (Greenhill y cols., 1998); e) se percibía incorrectamente que la ansiedad en los niños era un fenómeno típicamente inocuo y transitorio (Benjamín y cols., 1990).

Con frecuencia los trastornos de ansiedad afectan a tres áreas de funcionamiento del niño: cogniciones, conductas y reacciones somáticas, condicionando su desempeño escolar, social y personal (Lozano, Lozano, Martín y García-Cueto, 2010) y prediciendo la aparición de otros trastornos de ansiedad y de depresión (Bittner y cols., 2007).

Los estudios realizados con poblaciones generales muestran que la ansiedad es el trastorno emocional infantil más frecuente. La prevalencia de este trastorno se estima situada entre el 12 y el 20% (Costello y Angold, 1995), de los cuales el 8% pueden llegar a necesitar un tratamiento clínico (Bernstein y Borchardt, 1991; Kazan y Orvaschel, 1990). Los estudios españoles realizados por Rivas, Vázquez y Pérez (1995) informan que la prevalencia en los síntomas de ansiedad en función de la valoración de los padres es del 8%, mientras que basándose en la suministrada por los profesores es del 21,2% y del 22,9% cuando la información provenía de los propios niños.

La comorbilidad de la ansiedad y la depresión

La comorbilidad es la presencia conjunta de dos o más trastornos en una persona en un momento dado. La presencia conjunta de diferentes trastornos infantiles es la regla, no una excepción. Es un dato apoyado por múltiples investigaciones, especialmente la comorbilidad entre la ansiedad y la depresión, los problemas de conducta y la depresión (Wolff y Ollendick, 2006) y un trastorno de ansiedad con otros trastornos de ansiedad (Bittner y cols., 2007). Vázquez y Sanz (1992) afirman que es muy complicado diferenciar la ansiedad subjetiva o inquietud de la depresión en algunas ocasiones, ya que coexisten en un 70 u 80% de los casos. Una revisión de 21 estudios realizados con poblaciones generales y criterios DSM-IV (Angold y cols., 1999) encontró que aproximadamente entre el 11 y el 69% (media= 17%) de los jóvenes ansiosos tenían un trastorno depresivo comórbido, mientras que entre un 15 y un 75% (media=39%) de los jóvenes que tenían un trastorno depresivo manifestaban ansiedad comórbida. Estos datos son consistentes con los encontrados por múltiples investigaciones anteriores y son coherentes con los trabajos de Essau, Conrado y Petermann (1999) y Masi, Mucci, Favilla, Romano y Poli (1999), en los que afirman que los trastornos depresivos tienen una mayor probabilidad de que ocurran en los niños con un trastorno primario de ansiedad generalizada o fobia social.

En relación con la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad, Bittner y cols. (2007) informan que el 30% de los niños diagnosticados con un trastorno de ansiedad cumplen los criterios diag-

nósticos para otro o más trastornos de ansiedad. Con relación a los problemas de conducta, Greene y cols. (2002) informan que más del 30% de los niños derivados a centros de salud mental por sufrir un trastorno depresivo también cumplen los criterios diagnósticos de trastornos de conducta. Igualmente, de los derivados por trastornos de conducta, el 50% cumple los criterios de un trastorno depresivo.

Asimismo, los estudios de los síntomas ansiosos y depresivos en poblaciones generales, clínicas y escolares han demostrado repetidamente la existencia de altas correlaciones entre ellos: de 0,60 a 0,80 en los trabajos de Cole, Truglio y Peeke (1997) y Muris, Meesters, Merckelbach, Sermón y Zwakhalen (1998). Del solapamiento de síntomas y de las altas correlaciones entre las diferentes medidas de ansiedad y depresión surge una cuestión teórica, que supera el ámbito de este trabajo, sobre si la depresión y la ansiedad comórbida en los niños y adolescentes es una manifestación de un único constructo o son dos dominios separados pero muy relacionados entre sí.

En las pautas de evaluación de la psicopatología infanto-juvenil se requiere históricamente la información por parte de los padres y de los profesores para complementar los datos observados en la persona afectada. Esta información trata de comprender además de las conductas observadas por el psicólogo en el ámbito limitado de su consulta, aquellas otras que los niños y adolescentes manifiestan en su casa (Achenbach, 1988; Reitman y cols., 1998) y si existen algunos trastornos que son dependientes de situaciones específicas (ansiedad de separación, falta de atención, hiperactividad, etc.) que son especialmente llamativos en el ámbito escolar (Schachar, Rutter y Smith, 1981).

No obstante, existen diferentes problemas con este tipo de información. Frente a los trastornos internalizados los padres tienden a primar en sus valoraciones los síntomas propios de un trastorno de conducta, mostrando mayor insensibilidad a las experiencias y emociones internas de sus propios hijos (Kazdin y Petti, 1983; Edelbrock, Costello, Dulcan, Conover y Kalas, 1986). Por otra parte, los maestros son más fiables en la información que suministran sobre los problemas que su alumnado tiene con los procesos atencionales o con la hiperactividad (Achenbach, 1988) y parecen ser algo más sensibles que los padres a los síntomas internalizados (Lalhey, 1990). A todo esto es necesario añadir el escaso acuerdo que existe entre las diferentes fuentes, con correlaciones muy bajas que oscilan entre 0,04 y 0,20 (Ines y Sacco, 1992). Ante este panorama de la evaluación, una forma ineludible de evaluar los aspectos cognitivos y los síntomas internalizados de los niños, adolescentes y jóvenes es preguntarles directamente por lo que sienten y piensan utilizando el autoinforme.

A pesar de que a los niños en torno a los 7 años se los consideraba inmaduros para distinguir los diferentes estados emocionales, la realidad clínica los presenta como buenos discriminadores de sus propios estados de ansiedad y depresión, es decir, informantes válidos y fiables (Kovacs, 1986; Barrett y cols., 1991; Casey, 1993). En definitiva, la investigación refrenda que este tipo de información supone un conocimiento único de la situación psicológica en la que se encuentran los niños y los jóvenes (La Greca, 1990), y no es intercambiable con los informes de los padres y profesores (Flanery, 1990), pues los niños y jóvenes informan de aspectos al margen de la observación de las personas que les rodean.

En definitiva, ¿por qué se podría escoger el CECAD para evaluar la depresión y la ansiedad, además de la inutilidad, la irritabilidad, los problemas de pensamiento y los síntomas psicofisiológicos? Una medida como la obtenida con el autoinforme CECAD presenta varias ventajas:

1. Limita en el niño la necesidad de expresar verbalmente sus emociones conflictivas ante extraños (profesores, psicólogos escolares, etc.), con lo que se evitan posibles bloqueos emocionales.
2. Aporta datos libres de la subjetividad de los informantes (ira hacia el niño, distorsiones o prejuicios de los adultos, etc.).
3. Suministra información sobre los síntomas internalizados (pensamientos y sentimientos), de imposible acceso mediante la simple observación del psicólogo o de otras personas.
4. Es un cuestionario breve que evalúa con rapidez la gravedad o no de los síntomas y que se puede utilizar de forma individual o colectiva.
5. Permite realizar una exploración sobre la población general, por ejemplo un aula, y detectar las necesidades grupales que existen en torno a la ansiedad y la depresión, además de las personas que se encuentren en una situación de riesgo de sufrir alguno de estos trastornos.
6. Permite marcar pautas en la programación de actividades terapéuticas individuales o sobre programas a realizar colectivamente en un grupo determinado, al indicar qué aspectos tienen más peso en los diferentes trastornos: la irritabilidad, la inutilidad, otros tipos de pensamientos o cierta activación psicofisiológica. Además, informa sobre en qué ítems se debe incidir primero al tener un índice de dificultad de cambio más bajo. Estos son más fáciles de cambiar en un primer momento y, por tanto, esta estrategia favorece el éxito terapéutico inicial, que tanta carga motivacional positiva tiene en la continuidad e implicación en el trabajo terapéutico.
7. Una vez realizada la intervención preventiva o terapéutica, puede servir para comprobar la evolución del grupo o de cada persona adscrita al programa correspondiente.



1.3. Descripción breve del CECAD

El CECAD es un cuestionario que evalúa la existencia de los dos trastornos emocionales más frecuentes: la ansiedad y la depresión. Una puntuación alta en cualquiera de estas dos dimensiones informa de la existencia de un trastorno emocional que debería abordarse analizando las puntuaciones en las siguientes escalas: Depresión, Ansiedad, Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos. Es muy fácil de aplicar y es breve, pues se tarda una media de 15 minutos en contestarlo.

La población a la que va dirigido son los niños, los adolescentes y los jóvenes adultos. Los ítems son fáciles de comprender en su lectura. Es muy recomendable la aplicación oral o mediante dictado en los niños más pequeños o en cualquier sujeto con problemas en la lectura.

A partir de los 50 ítems que componen el cuestionario se pueden valorar los factores de Ansiedad y Depresión, junto a cuatro aspectos clínicos: Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos.

- **Depresión:** En la línea que marcan los criterios del DSM-IV (APA, 1994), esta escala está diseñada para identificar los síntomas de la depresión en los niños, los adolescentes y los jóvenes adultos. Una elevada puntuación en esta escala indica un estado de ánimo depresivo o irritable, insomnio o hipersomnia, inutilidad, pérdida de energía, disminución de la capacidad de pensar, pérdida de apetito y pensamiento suicida.
- **Ansiedad:** Los ítems que conforman esta escala son representativos de los síntomas psicofisiológicos asociados a la ansiedad, junto a pensamientos intrusivos, conductas de escape en

situaciones sociales o agobio en lugares con mucha gente. Puntuaciones elevadas son sintomáticas de tensión muscular y problemas inherentes a una incorrecta respiración, miedos, preocupaciones y pensamientos molestos.

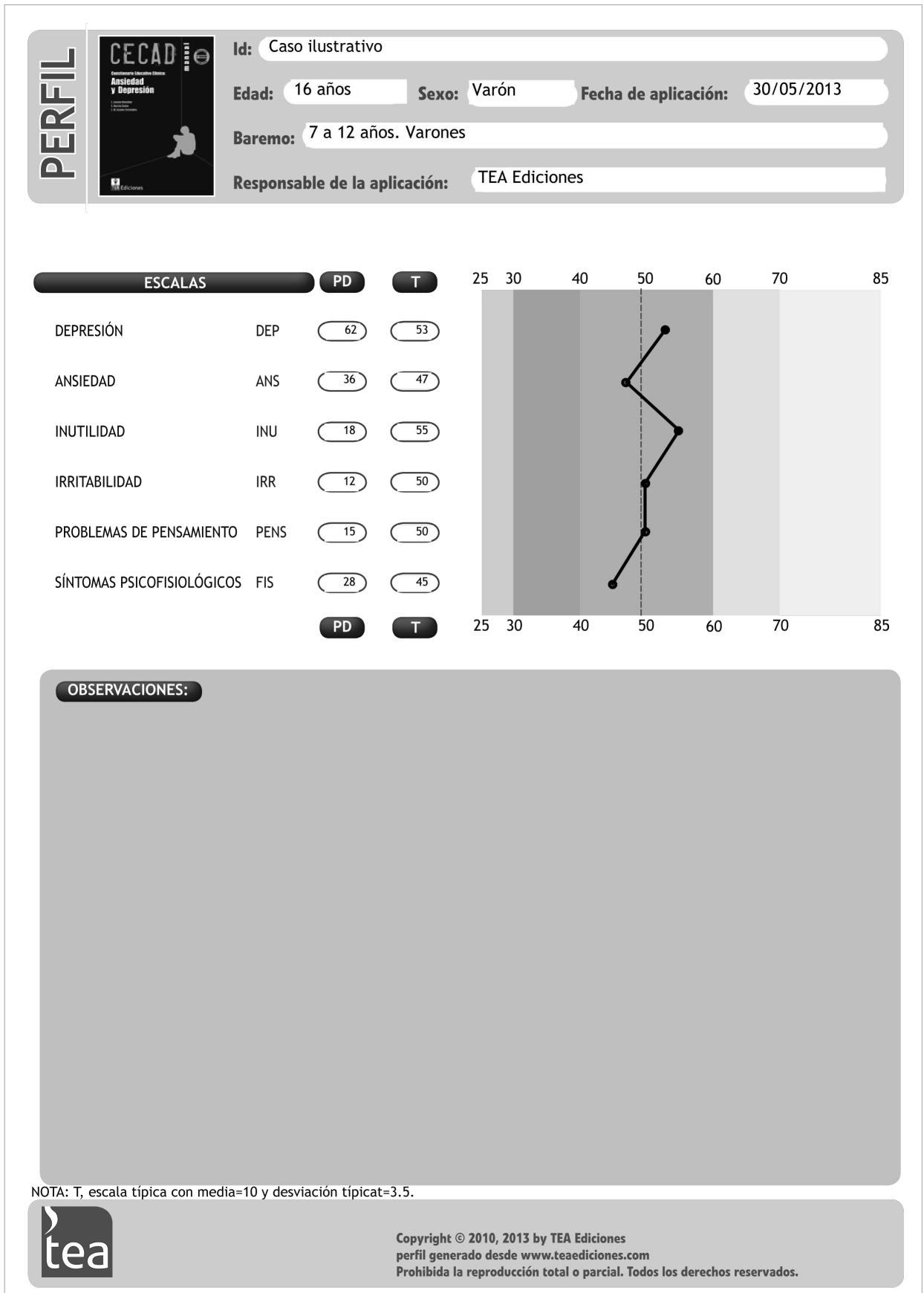
- **Inutilidad:** Esta escala está formada por ítems que describen la percepción que cada uno tiene sobre su valía en cuanto a la capacidad para enfrentarse a las tareas cotidianas de su contexto vital. Una persona con una puntuación alta considera que no hace bien ninguna tarea, que duda constantemente sobre cómo hacer las cosas, que siempre necesita la ayuda de otras personas para enfrentarse a sus tareas, etc. Muy probablemente mantendrá ante cualquier tarea, sea del tipo que sea, estrategias de evitación o escape en lugar de un afrontamiento adecuado.
- **Irritabilidad:** Puntuaciones altas indican que la persona se percibe con una alta capacidad para enfadarse y con sensación interna de rabia ante las situaciones cotidianas. Es muy importante tener en cuenta este aspecto, ya que puede pasar desapercibido como un componente de la depresión al conceptualizarlo como un simple problema de conducta, mala educación o al etiquetar al niño como una persona sin controles internos.
- **Problemas de pensamiento:** Una alta puntuación indica que la persona se siente inundada por pensamientos intrusivos, tiene tendencia a valorar las cosas desde la perspectiva más negativa y miedo a perder el control y a las cosas que le puedan ocurrir.
- **Síntomas psicofisiológicos:** Una puntuación alta significa que las personas se muestran usualmente tensas, con dolores corporales, problemas respiratorios, dificultades en la conciliación o en el mantenimiento del sueño, temblor de manos, etc.

LA VISUALIZACIÓN
DE ESTA PÁGINA
NO ESTÁ DISPONIBLE.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla consulte:

www.teaediciones.com



Figura 2.1. Perfil obtenido mediante el sistema de corrección *e-perfil*

**LA VISUALIZACIÓN
DE ESTA PÁGINA
NO ESTÁ DISPONIBLE.**

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla consulte:

www.teaediciones.com



Obra ganadora del Premio TEA Ediciones 2006

E_I **CECAD** es un cuestionario destinado a evaluar los trastornos internalizados o trastornos de la emoción, como son la **ansiedad** y la **depresión**. Permite además obtener información de otras cuatro escalas, que pueden ser de gran utilidad en los campos educativo y clínico, como indicativas de la existencia de un trastorno emocional: Inutilidad, Irritabilidad, Problemas del pensamiento y Síntomas psicofisiológicos.

El amplio rango de edades que abarca, desde los 7 años hasta la adultez, y la brevedad de aplicación (unos 15 minutos), hacen del **CECAD** una opción interesante para el diagnóstico de estos dos síndromes clínicos y sus características asociadas.



www.teaediciones.com

ISBN 978-84-15262-85-5



9 788415 262855