

Aviso importante: PANORAMA Vol.XI No. 20, informa que este documento es una versión anticipada en formato PDF del artículo final a publicar, que se pone a disposición del público mientras se realiza el proceso de diagramación y traducción, con el fin de anticipar la visibilidad, teniendo en cuenta el cumplimiento y aprobación del proceso editorial de la revista.

Esta versión provisional contiene el texto entregado a diagramación, la presente tiene una asignación automática de DOI que estará activa una vez sea publicada la definitiva en esta misma plataforma.

Tenga presente que esta versión puede diferir de la definitiva en pequeños detalles.

Instrumentos de medición de diversas características psicosociales para niñas y jóvenes mexicanas en situación de desamparo

Susana Castaños Cervantes (México)

scastanos@up.edu.mx; susycc84@gmail.com

Doctora en Psicología

Universidad Panamericana y Universidad Iberoamericana

Bernardo Turnbull Plaza (México)

bernardo.turnbull@ibero.mx

Psicólogo

Universidad Iberoamericana

Javier Aguilar Villalobos (México)

jav@unam.mx

Psicólogo

Universidad Nacional Autónoma de México

Recibido: 5 de septiembre de 2016

Evaluado: 11 de septiembre de 2017

Aprobado: 18 de septiembre de 2017

¿Como citar este artículo?

Castaños Cervantes, S., Turnbull Plaza, B. y Aguilar Villalobos, J. (2017). Instrumentos de medición de diversas características psicosociales para niñas y jóvenes mexicanas en situación de desamparo, Bogotá: Editorial Politécnico Grancolombiano, *Panorama*, 11(20), pág. xx-xx.

Resumen

Las niñas y jóvenes en situación de desamparo presentan deficiencias de salud mental que deterioran gravemente su bienestar biopsicosocial. Mundialmente casi no hay instrumentos de evaluación para esta población. Consecuentemente, se carece de diagnósticos fiables. *Propósito:* se realizó este estudio preliminar para adaptar y validar escalas de medición de síntomas ansiosos y depresivos, asertividad y regulación emocional en 413 niñas y jóvenes mexicanas en situación de desamparo de entre 6 y 23 años de edad ($M[DT]=11.75[2.78]$). *Metodología:* se llevaron a cabo tres estudios piloto y la versión final de los cuestionarios se aplicó a 240 participantes del total. *Hallazgos:* los resultados alcanzados muestran estimados de validez y fiabilidad que determinan la veracidad de las características psicométricas de las escalas. Según el análisis factorial confirmatorio efectuado, se obtuvieron índices de ajuste y de validez discriminante y convergente apropiados constatando aún más que dichas pruebas pueden ser retomadas para futuras aplicaciones con poblaciones similares. *Originalidad:* la utilidad del estudio estriba en que se tienen, por primera vez en México, instrumentos preliminares para medir sintomatología ansiosa y depresiva, conductas asertivas y estrategias de regulación emocional en niñas y jóvenes en situación de desamparo.

Palabras clave: ansiedad; depresión; asertividad; regulación emocional; niñas y jóvenes en situación de desamparo.

Introducción

El concepto de desamparo engloba las distintas situaciones de maltrato, negligencia o abandono que provocan la falta de atención de las necesidades del individuo o el incumplimiento de sus derechos esenciales por parte de aquellos que tienen la responsabilidad de procurárselos y respetarlos (Comisión Nacional de Derechos Humanos del Distrito Federal, s.f.; Martínez-Pampliega, Santibáñez, Prieto y Ruiz, 2013). Para fines de este estudio, se entiende niñas y jóvenes en situación de desamparo como aquellas que carecen de oportunidades educativas y laborales, que han sufrido algún tipo de maltrato, negligencia o abandono en su núcleo familiar, escuela y/o comunidad de origen, que viven en condiciones de pobreza o pobreza extrema, que están inmersas en dificultades sociales como serían violencia, alcoholismo y drogadicción, delincuencia, hacinamiento y viviendas sin infraestructura, y que pueden haber sido acogidas por servicios sociales de protección. A este colectivo pertenecen las niñas y jóvenes en riesgo de calle y aquellas sin hogar. Las primeras mantienen sus lazos familiares, escolares y con su comunidad de origen y todavía viven con sus familias. Están en riesgo de abandonar su hogar o de ser expulsadas de este por las condiciones adversas en las que se desarrollan como las descritas anteriormente. Comúnmente, acuden por referencia de terceros u otros miembros de la familia a una organización asistencial para recibir apoyo y atención, principalmente en cuanto a salud, alimentación, vestimenta y educación. Las segundas son aquellas que han roto por completo sus vínculos comunales, escolares y filiales y que han dejado su morada o han sido expulsadas de esta y que, por tanto, carecen de un hogar fijo o estable y transitan por diversos ámbitos tanto apropiados (p. ej.: departamentos, instituciones, albergues, etc.),

como no aptos (p. ej.: la calle, puentes peatonales, terrenos baldíos, cuartos rentados, etc.) para vivienda. Pueden acudir a organizaciones asistenciales para ser atendidas y satisfacer sus necesidades esenciales; sin embargo, su estancia es parcial o intermitente. Esta tipología está basada en la propuesta por The Canadian Homelessness Research Network (CHRN, 2012) y concuerda con la similitud de características para niñas en riesgo de calle y aquellas sin hogar descritas en la tipología obtenida en 2014 con población mexicana por Castaños.

Actualmente, las niñas y jóvenes en situación de desamparo constituyen el sector de mayor crecimiento en la población (Committe Opinion, 2013), y todos los países del mundo, sin excepción alguna, cuentan con la presencia de este colectivo social (Jabeen y Azra, 2013). No obstante, su problemática ha sido tan solo parcial y superficialmente estudiada, pues pocas veces se ha abordado este fenómeno en las investigaciones realizadas. Se sabe que es un sector que padece explotación sexual y laboral, violencia en todas sus vertientes, y discriminación y censura más veces que el resto de la población (Misganaw y Worku, 2013); y que consecuentemente, presentan niveles de ansiedad y depresión más altos que los hombres (Raffaellia *et al.*, 2000). Así mismo, se ha encontrado que son impulsivas, agresivas, inestables emocionalmente, e intentan suicidarse de tres a cuatro veces más que los varones (Capuzzi y Gross, 2008). Entonces, dentro de sus principales problemáticas reportadas que afectan seriamente su bienestar, están la presencia de ansiedad y depresión, no asertividad y falta de regulación emocional. Empero, se carece de diagnósticos confiables, concepciones claras y líneas de acción bien definidas; y las existentes han resultado ser poco eficientes y sustentables. Ello porque, además, en la mayoría de estas investigaciones se han empleado pruebas

de medición y evaluación elaboradas con grupos sociales diferentes; por lo que casi no hay escalas para este grupo en específico (Hesse y Thiesen, 2013). Al menos en México no hay instrumentos psicométricos adaptados y adecuados a sus características y necesidades. Lo que es más, mundialmente existen pocos estudios que toman en consideración la ansiedad, depresión, asertividad y regulación emocional en población femenina infanto-juvenil en situación de desamparo. Como resultado, se desconocen la magnitud y dimensiones de tales características psicosociales. Esto ha dificultado e interferido con la planificación e implementación de estrategias efectivas de intervención que promuevan y contribuyan a que esta población acceda a un mayor bienestar y tenga una mejor calidad de vida. Por consiguiente, particularmente en México, la problemática ha crecido exponencialmente y ha rebasado la capacidad de respuesta por parte del gobierno y de la sociedad.

El objetivo de esta investigación consistió en adaptar y validar instrumentos de medición culturalmente relevantes de regulación emocional, sintomatología ansiosa y depresiva, y conductas asertivas para un grupo de niñas y jóvenes en situación de desamparo, partiendo de los resultados obtenidos con grupos similares en un estudio mayor (Castaños, 2014). Se eligieron estos factores puesto que son cruciales para la óptima preservación de la salud mental, dado que la presencia de ansiedad y depresión, la no asertividad y la ausencia de estrategias funcionales de regulación emocional conducen gradualmente, ante la falta de atención temprana y eficaz, a un sinnúmero de efectos negativos que tienden a persistir en la adultez (Crawford y Manassis, 2011): sentimientos de minusvalía y subvaloración, reducción de la capacidad para superar dificultades y alcanzar metas, carencia de

destrezas de resolución de conflictos y de habilidades sociales, conducta hostil y agresiva, frustración, falta de autocontrol, asociación con grupos de riesgo, deterioro y ruptura de relaciones afectivas sanas, comportamiento asocial, realización de conductas de riesgo, maltrato físico-psicológico, bajo aprovechamiento, productividad y rendimiento escolar, deserción escolar, marginación, exclusión, y desempleo y disminución de la calidad de vida laboral.

Se planteó la hipótesis de que las escalas elaboradas contarían con indicadores de fiabilidad y validez aceptables, siguiendo el procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante especificado para la cultura mexicana por Reyes y García (2008). Esto posibilitaría la obtención de información mediante la cual se puedan elaborar e implementar estrategias de intervención eficientes que incrementen dicho bienestar, ya que para poder proponer tratamientos efectivos lo primero es hacer un diagnóstico del problema para así identificar y analizar las características y condiciones actuales de un determinado fenómeno que permitan el planteamiento de una propuesta de intervención (Kazdin, 2000). Como parte del proceso de realización de un diagnóstico se recurre al empleo de diversas fuentes de recolección de datos, dentro de las cuales se encuentran los instrumentos de medición. Estos deben tomar en cuenta el contexto sociocultural de la población a la que van dirigidos, para que se puedan realizar evaluaciones precisas y diagnósticos certeros al ser usados experimental o clínicamente. Al carecer de instrumentos útiles se dificulta la evaluación y comprensión de los distintos fenómenos psicosociales y, por consiguiente, el planteamiento de tratamientos efectivos de prevención, rehabilitación y/o intervención.

Método

Participantes

413 niñas y jóvenes en situación de desamparo de entre 6-23 años de edad ($M[DT]=11.75[2.78]$), que forman parte de algún tipo de programa asistencial, elegidas de manera no probabilística mediante un muestreo propositivo (Kerlinger y Lee, 2002). Se usó el muestreo propositivo porque resulta ser un método idóneo cuando se trabaja con un colectivo inaccesible, poco visible y cuyo universo es desconocido, y para proporcionar información sobre un fenómeno parcial y superficialmente conocido que serviría como base y referencia para estudios posteriores (Palys, 2008). Como criterio de inclusión se tomó a consideración el que las participantes estuvieran formando parte de algún tipo de programa asistencial en una organización no gubernamental que atiende exclusivamente a menores y jóvenes en situación de desamparo. Los criterios de exclusión fueron: el que las participantes desistieran de colaborar en la investigación y/o que abandonaran su respectiva institución. La participación fue voluntaria con aceptación de los tutores legales, en caso de haber, y/o de la organización de procedencia.

Instrumentos

Las escalas empleadas fueron elaboradas en esta investigación partiendo de instrumentos validados con población mexicana, mas no con este grupo en específico, que cuentan con indicadores psicométricos de fiabilidad y validez apropiados (Ver Tabla 1).

Escalas psicométricas retomadas

Sintomatología Ansiosa	Sintomatología Depresiva	Asertividad	Regulación Emocional
Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS; Spence, 1998).- Adaptada a población mexicana por Hernández <i>et al.</i> (2008). 44 reactivos. $\alpha=0.80-0.93$.	Cuestionario de Depresión para niños (CDS; Lang y Tisher, 1978).- Adaptado a población mexicana por Cruz, Morales y Ramírez (1996). 66 reactivos. $\alpha=0.96$.	Inventario de Asertividad (IA; Gambrill y Richey, 1975).- Adaptado a población mexicana por Castaños, Reyes, Rivera y Díaz-Loving (2011). 39 reactivos: $\alpha=0.94$.	Escala de Salud y Vida Cotidiana de Moos, Conkite, Billing y Finney (1984).- Adaptada a población mexicana por Ayala, Aduna, Vázquez y Lozano (1988). 35 reactivos. $\alpha=0.41-0.66$.
Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).- Adaptada a población mexicana por Díaz-Guerrero y Spielberger (1975). 40 reactivos. $\alpha=0.83-0.92$.	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977).- Adaptada a población mexicana por Benjet, L. Hernández, Tercero, G. Hernández y Chartt-León (1999). 20 reactivos. $\alpha=0.85$.		
Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC; Sánchez-Sosa y Hernández, 1993).- 178 reactivos. $\alpha=0.93$.			

Para las escalas elaboradas en este trabajo, se siguió el procedimiento psicométrico de validación psicométrica culturalmente relevante especificado por Geisinger (1994) y, particularmente para la cultura mexicana, por Reyes y García (2008). Se usaron seis opciones de respuesta tipo Likert que van de 1 (Nunca) a 6 (Siempre), incluyendo, además, intervalos de porcentajes equivalentes a cada opción de respuesta (1 [0% del tiempo] a 6 [Más del 80% del tiempo]). Se hicieron nuevos cuestionarios a partir de ya existentes, porque escalas comerciales y estandarizadas rara vez son válidas para colectivos como este (Hesse y Thiesen, 2013). Para el uso de dichas pruebas se solicitaron y obtuvieron los permisos correspondientes (ver Procedimiento).

Procedimiento

Dado que este grupo es altamente transitorio, poco visible e inaccesible (Coker *et al.*, 2009), se acudió a organizaciones no gubernamentales que atienden al mismo para facilitar el trabajo con la población y la obtención de información. La labor con este grupo fue posible gracias a los permisos otorgados por las instituciones. Se

pidió la participación voluntaria de las niñas y jóvenes para cooperar en la realización del estudio. Se les explicaron los objetivos del proyecto y se hizo hincapié en que los datos recolectados serían completamente confidenciales y utilizados para propósitos de la investigación. También, en todo momento se esclarecieron las dudas que las participantes tuvieran, evitando sesgar sus respectivas respuestas. La aplicación no tuvo límite de tiempo y se realizó en aulas, como un salón de juntas o de cómputo, asignadas previamente por el personal institucional. Por último, se agradeció su participación. Para evitar posibles sesgos, los instrumentos fueron aplicados en orden aleatorio por participante y por rango de edad mediante un contrabalanceo (Kerlinger y Lee, 2002).

Para la adaptación de los instrumentos de medición, primero se seleccionaron reactivos de diversas escalas adaptadas a población mexicana adulta e infantil-adolescente que evalúan las variables bajo estudio. Para el uso de las escalas, previamente se pidió autorización por escrito a los autores, quienes siendo investigadores universitarios lo concedieron para ser usados con fines de investigación sin cargo alguno. Como tan solo se eligieron determinados reactivos para modificarlos y cambiar su formulación ajustándolos a los objetivos del estudio y del colectivo sociocultural al cual se aplica, también fue necesario el permiso escrito para ello del(os) titular(es) de los derechos de autor. Se seleccionaron únicamente reactivos que fueran pertinentes para los objetivos de este trabajo y para la población en cuestión, basándose en los resultados obtenidos mediante el análisis de contenido de 300 entrevistas a profundidad sobre la historia de vida de niñas y jóvenes en situación de desamparo de entre 6-23 años de edad (Castaños, 2014). De dicha preselección se conformó una batería de pruebas que se sometió

a tres aplicaciones, en donde en la primera participaron 30 niñas en riesgo de calle de entre 6-14 años de edad ($M[DT]=9.23[2.22]$), en la segunda, 30 adolescentes sin hogar de entre 13-22 años de edad ($M[DT]=16.33[2.34]$), y en la tercera, 113 niñas y jóvenes en situación de desamparo de entre 6-23 años de edad ($M[DT]=10.29[3.07]$). Entre una aplicación y otra se fueron modificando y descartando reactivos con base en la comprensión de los mismos por parte de las participantes, la relevancia de estos para la evaluación de la variable en cuestión y para el objetivo del estudio mismo, la repetición de los reactivos y si estos se sesgaban. Igualmente, los cambios efectuados fueron evaluados en dos circunstancias mediante 22 y 15 psicólogos clínicos respectivamente, con un rango de edad de 24-35 años de edad ($M[DT]=27.55[2.55]$ y $M[DT]=30.12[3.75]$), que laboran en el sector público y privado, con poblaciones similares y con un promedio de 3-4 años de servicio. Se eligieron porque trabajan con las variables de interés y conocen ampliamente las pruebas usadas, para determinar la relevancia de los reactivos seleccionados para la población bajo estudio, si estos constituían indicadores válidos de los factores de investigación y si se conservaba el sentido teórico y semántico original de sus predecesores. Los reactivos que no tuvieron un mínimo de 80% de fiabilidad interjueces fueron eliminados o reescritos y examinados nuevamente. Cada aplicación tuvo una duración de entre 30-60 minutos y fue realizada individualmente en forma de entrevista. Partiendo de las modificaciones hechas a raíz de las aplicaciones y evaluaciones, se obtuvo una versión mejorada y corregida de los inventarios que se aplicó a un total de 240 niñas y jóvenes en situación de desamparo de entre 6-23 años de edad ($M[DT]=11.75[2.78]$), tanto individual, en forma de entrevista, como grupalmente

dependiendo de las habilidades de comprensión y de lectoescritura de las participantes. En ambas modalidades, el tiempo en que se tardaron en responder a los cuestionarios fue de aproximadamente 15 minutos.

A pesar de que el rango de edad es muy amplio e incluye a grupos etarios diferentes entre sí, tanto por la etapa de desarrollo en la que se encuentran como por las experiencias de vida y de que, por ende, las escalas deberían ser específicas para cada subgrupo, en esta ocasión, aun así los reactivos adaptados pueden aplicarse a la población bajo estudio sin importar la edad, puesto que las medias y desviaciones estándar por subgrupo no difirieron significativamente entre sí. Del mismo modo, los reactivos hacen referencia a aspectos cognitivos, emocionales y conductuales comunes presentes en todas las participantes, independientemente de su nivel de desarrollo. La diferencia radica en la intensidad y frecuencia con la que exhiben estas situaciones o problemáticas y las circunstancias ante las cuales se presentan.

Posterior a la selección de reactivos, las modificaciones hechas a los mismos en cuanto a redacción, la evaluación de tales cambios mediante el dictamen de varios psicólogos y la aplicación de las versiones piloto, se efectuaron los ajustes y correcciones necesarios obteniendo una adaptación más adecuada de las escalas, con la cual se hicieron los análisis estadísticos correspondientes usando el programa computacional SPSS y AMOS en su versión 21 para examinar las propiedades psicométricas de las mismas. Estos análisis incluyeron: descriptivos (p. ej.: valores de sesgo, curtosis), de tendencias (usando tablas de contingencia), de discriminación de reactivos (prueba t de Student), y de fiabilidad (alfa de Cronbach). También se realizó un análisis factorial exploratorio de componentes y

ejes principales, a fin de identificar las dimensiones que subyacen a las correlaciones entre todos los reactivos. El método de componentes principales se empleó al ser el más común cuando se desarrollan nuevas escalas (Merenda, 1997). No obstante, también se utilizó el método de extracción de ejes principales para obtener estimaciones más precisas y una solución teórica no sesgada por la varianza de error y específica (Tabachnick y Fidell, 2001).

Referente a los lineamientos éticos seguidos, este estudio fue avalado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), como parte de una investigación mayor (Castaños, 2014), y durante todo el proceso de investigación se siguieron los lineamientos éticos más estrictos y rigurosos estipulados por el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2004) y basados en la American Psychological Association (APA). En cuanto al consentimiento informado, primero se obtuvo el aval del departamento de salud y del departamento de trabajo social de cada organización participante para realizar el estudio. Posteriormente, este fue aprobado por el(a) director(a) general de cada institución, quien lo remitió para su inclusión final a la junta directiva de cada fundación. Una vez aceptado el proyecto por cada organización, si las participantes estaban en estado de abandono, la institución de procedencia fungía como su tutor legal. Bajo esta circunstancia, al no haber cuidadores primarios ni familiares, no hubo necesidad de informar a los mismos y obtener su consentimiento. En caso contrario, si las participantes aún vivían con sus cuidadores primarios o familiares y pertenecían a alguna organización, además del aval de la institución, se consiguió el consentimiento informado de los cuidadores primarios. Empero, a pesar de contar con la aprobación de cada fundación y/o de los tutores legales, el investigador se

aseguró de que las participantes estuvieran plenamente informadas sobre el objetivo del estudio y en qué consistiría su involucramiento. Esto es, antes de dar comienzo a la investigación se les explicó de manera exhaustiva, acorde con su edad, nivel cognitivo, contexto y facultades evolutivas, el estudio en cuestión y su derecho de retirarse del mismo cuando así lo desearan. Dado que en muchos casos las participantes no sabían leer y/o escribir, dieron su asentimiento y consentimiento firmando con su huella digital, respetando en todo momento cuando se negaran a responder total o parcialmente las preguntas de los cuestionarios o cuando desistieran de colaborar en el estudio.

Resultados

Los resultados de los análisis estadísticos efectuados muestran que, de acuerdo con los análisis descriptivos, todas las opciones de respuesta fueron tomadas en cuenta en todos los instrumentos y que los valores de sesgo, curtosis y desviación estándar estuvieron dentro de lo esperado ($-1 < +1$). Se encontró que, con base en el análisis de tendencias usando una tabla de contingencias (*crosstabs*), los grupos extremos crecieron y decrecieron en la dirección esperada (el grupo con puntuaciones bajas incrementó hacia las opciones de respuesta 'a veces', 'pocas veces', 'casi nunca' y 'nunca', y el grupo con puntuaciones altas aumentó hacia las opciones de respuesta 'a veces', 'muchas veces', 'siempre' o 'casi siempre'). Respecto al análisis de discriminación de reactivos mediante la prueba t de Student, se observó que todos los reactivos de las escalas en cuestión discriminaron. Además, según el análisis de fiabilidad efectuado usando el alfa de Cronbach, cada reactivo contribuyó a la fiabilidad ya que ninguno de ellos incrementó este valor

cuando se eliminó del conjunto (ver Tabla 2).

Tabla 2.

Estadísticos total-elemento por escala

Sintomatología ansiosa				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Me preocupa cometer errores.	28,87	44,016	0,171	0,622
Me distraigo muy fácil.	29,1	39,943	0,351	0,578
Creo en mí misma.	30,74	44,37	0,181	0,618
Hay cosas que me hacen sentir mucho miedo.	29,04	39,814	0,41	0,565
Cuando me pasa algo malo, paso todo el día pensando en eso.	28,91	38,139	0,414	0,56
Creo que puedo resolver mis problemas.	30,09	43,063	0,23	0,608
Siento que tengo muchos problemas en mi vida.	29,15	39,782	0,347	0,579
Me preocupa que algo malo pueda pasarme.	28,6	42,809	0,196	0,618
A veces siento tanto miedo que quisiera salir corriendo.	29,03	38,204	0,409	0,561
Sintomatología depresiva				
Me siento sola.	23,37	47,882	0,466	0,692
Me siento triste.	22,9	50,772	0,403	0,704
Siento que soy importante.	24,17	48,474	0,508	0,685
Siento que soy importante para otras personas.	23,8	48,3	0,468	0,692
Me gusta como soy.	24,4	50,627	0,429	0,7
Siento que hay personas que me ponen atención.	23,78	50,765	0,404	0,704
Pienso que hay personas que se preocupan por mí.	24,25	50,565	0,414	0,702
Me cuesta trabajo empezar a hacer algo.	23,06	54,745	0,157	0,748
Siento que me pasan puras cosas malas.	23	49,013	0,405	0,704
Asertividad				
Puedo aceptar que hablen mal de mí.	30,16	50,287	0,01	0,626
Me da pena hablar enfrente de un grupo por miedo a que hablen mal de mí.	29,39	43,603	0,274	0,56
Puedo decirle a una persona lo que pienso.	28,77	42,414	0,371	0,533
Puedo decirle a una persona cuando algo me preocupa.	28,59	43,54	0,335	0,544
Puedo pedirle a una persona enfrente de otras que me deje de molestar.	28,55	41,521	0,37	0,531
Puedo decirle a una persona cuando no estoy de acuerdo con algo.	28,49	43,33	0,336	0,543
Puedo decirle a una persona que se portó mal.	29,3	44,1	0,281	0,558
Puedo decirle a una persona cuando algo me molesta.	28,44	42,247	0,39	0,528
Me molesta que me hagan ver mis errores.	29,15	46,34	0,154	0,594
Regulación emocional				
Hablo con un amigo acerca de lo que me pasa.	20,09	29,674	0,122	0,486
Le hago cosas a alguien (busco vengarme, me desquito).	21,63	28,393	0,276	0,42
Me pongo muy mal.	20,36	28,097	0,23	0,437

Me digo cosas a mí misma para sentirme mejor (me echo porras).	20,26	26,052	0,269	0,417
Prefiero alejarme de la gente.	20,49	28,284	0,18	0,461
Hago las cosas sin pensar (soy aventada, soy impulsiva, me aviento a lo loco).	20,55	25,353	0,366	0,369
Busco ayuda.	19,74	30,169	0,148	0,471

Nota. Los estadísticos fueron calculados tomando todos los reactivos conjuntamente por escala, ya que el subprograma de fiabilidad del SPSS no permite obtener tal información por reactivo separado por factor, dado el número reducido de los reactivos.

Según el análisis factorial exploratorio de componentes y ejes principales, se obtuvieron las mismas estructuras factoriales para cada instrumento (ver Tabla 3). Por tanto, se puede concluir que las escalas poseen fiabilidades adecuadas (Kline, 2011), puesto que las diferencias entre las soluciones factoriales obtenidas por cada método fueron poco importantes. Se usó el método de rotación ortogonal VARIMAX, pues se supuso que habría independencia entre los factores. Para las escalas de Sintomatología depresiva y Regulación emocional, se obtuvo una estructura factorial compuesta por dos factores cada una, que en conjunto explican entre el 49,32%-49,85% de la varianza total. En el caso de la prueba de Sintomatología ansiosa, la disposición factorial revela un factor y dos indicadores que explican conjuntamente el 56% de la varianza total. Finalmente, para el inventario de Asertividad, se encontró una composición factorial conformada por dos factores y un indicador que en conjunto explican el 52% de la varianza total. El criterio para determinar el número de factores obtenidos fue que estos tuvieran un auto-valor igual o mayor a uno. Igualmente, se determinó la estructura de cada factor incluyendo solo los reactivos con cargas factoriales igual o mayores a $+0,30$. Como tal, se eliminaron reactivos con pesos factoriales inferiores al indicado y que estuvieron en más de un factor con cargas sustanciales; es decir, mayores a $+0,40$ de acuerdo con la teoría psicométrica (Nunnally, 1995). Tomando en cuenta estos

resultados, únicamente se desechó el reactivo “Me preocupa cometer errores” de la prueba de Síntomas de ansiedad, pues cargaba en más de un factor. El análisis de fiabilidad efectuado por factor por escala reveló indicadores Alfa de Cronbach apropiados, dados el número reducido de reactivos. Posteriormente, se definieron los factores basándose en su contenido y congruencia conceptual.

Tabla 3.
Estructura factorial de las escalas

Factor/Indicador	Reactivos	Peso factorial	Autovalor	% de Varianza explicada por factor	% de Varianza total explicada	Alfa de Cronbach
Síntomatología ansiosa (n=8 reactivos)						
1. Síntomas cognitivos negativos	Me distraigo muy fácil.	.738	2,262	28,271	56,035	0,589
	A veces siento tanto miedo que quisiera salir corriendo.	.711				
	Cuando me pasa algo malo, paso todo el día pensando en eso.	.688				
	Siento que tengo muchos problemas en mi vida.	.340				
2. Síntomas afectivos negativos	Me preocupa que algo malo pueda pasarme.	.807	1,166	14,577		0,411
	Hay cosas que me hacen sentir mucho miedo.	.616				
3. Síntomas Cognitivos Positivos	Creo en mí misma.	.773	1,055	13,186		0,353
	Creo que puedo resolver mis problemas.	.738				
Síntomatología depresiva (n=9 reactivos)						
1. Síntomas cognitivo-afectivos positivos	Siento que soy importante para otras personas.	.780	2,961	32,903	49,85	0,746
	Pienso que hay personas que se preocupan por mí.	.762				
	Siento que soy importante.	.667				
	Me gusta como soy.	.642				
2. Síntomas cognitivo-afectivos negativos	Siento que hay personas que me ponen atención.	.605	1,525	16,946		0,629
	Me siento sola.	.716				
	Me siento triste.	.696				
	Siento que me pasan puras cosas malas.	.679				
	Me cuesta trabajo empezar a hacer algo.	.615				
Asertividad (n=9 reactivos)						
1. Expresión de sentimientos negativos	Puedo decirle a una persona cuando algo me molesta.	.710	2,287	25,409	52,072	0,634
	Puedo decirle a una persona cuando no estoy de acuerdo con algo.	.696				
	Puedo pedirle a una persona enfrente de otras que me deje de molestar.	.693				
	Puedo decirle a una persona cuando algo me preocupa.	.605				
2. Admitir deficiencias y limitaciones personales	Me molesta que me hagan ver mis errores.	.802	1,256	13,958		0,457
	Me da pena hablar enfrente de un grupo	.745				

	por miedo a que hablen mal de mí.					
3. Expresión de pensamientos y opiniones personales	Puedo aceptar que hablen mal de mí.	.806				
	Puedo decirle a una persona lo que pienso.	.554	1,143	12,705		0,336
	Puedo decirle a una persona que se portó mal.	.521				
Regulación emocional (n=7 reactivos)						
1. Estrategias disfuncionales de regulación emocional	Hago las cosas sin pensar (soy aventada, soy impulsiva, me aviento a lo loco).	.722				
	Prefiero alejarme de la gente.	.674	1,836	26,224	49,231	0,593
	Me pongo muy mal.	.661				
	Le hago cosas a alguien (busco vengarme, me desquito).	.606				
2. Estrategias funcionales de regulación emocional	Busco ayuda.	.747				
	Me digo cosas a mí misma para sentirme mejor (me echo porras).	.717	1,617	23,097	49,321	0,533
	Hablo con un amigo acerca de lo que me pasa.	.675				

Por último, como parte del procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante y para obtener más indicadores de las características de fiabilidad y validez de los instrumentos adaptados, se realizó un análisis factorial confirmatorio preliminar usando el programa computacional AMOS versión 21. Es importante aclarar que aunque no debe hacerse un análisis factorial confirmatorio con la misma muestra al existir un problema de capitalización del azar, se incluyó en el presente trabajo como parte del proceso de validación psicométrica para obtener más índices de fiabilidad y validez. Se hace énfasis en el aspecto preliminar, dado que dicho análisis factorial confirmatorio se llevará a cabo posteriormente con otro conjunto diferente de participantes. Los hallazgos de tal análisis incluyen la estimación de las covarianzas y correlaciones entre los factores y las cargas de los reactivos sobre sus respectivos factores por instrumento (ver Tabla 4). Como se puede observar, los reactivos especificados para medir cada factor tienen cargas estandarizadas relativamente altas sobre el factor, y las correlaciones de los factores no son altas. El primer resultado indica validez convergente en las Escalas

de Sintomatología ansiosa y depresiva y de Regulación emocional y, el segundo, validez discriminante en las pruebas de Asertividad y de Regulación emocional.

Tabla 4.
Análisis factorial confirmatorio por escala

Factor		Reactivo	Peso factorial	Covarianzas interfactores	Correlaciones interfactores
				2	2
Sintomatología ansiosa					
1. Síntomas cognitivos negativos	Me distraigo muy fácil.		.552**		
	Cuando me pasa algo malo, paso todo el día pensando en eso.		.543**		
	Siento que tengo muchos problemas en mi vida.		.36**		
	A veces siento tanto miedo que quisiera salir corriendo.		.605**		
Sintomatología depresiva					
1. Síntomas cognitivo-afectivos negativos	Me siento sola.		.691**	.477**	0.449
	Me siento triste.		.616**		
	Me cuesta trabajo empezar a hacer algo.		.322**		
	Siento que me pasan puras cosas malas.		.565**		
	Siento que soy importante.		.64**		
2. Síntomas cognitivo-afectivos positivos	Siento que soy importante para otras personas.		.711**		
	Me gusta como soy.		.554**		
	Siento que hay personas que me ponen atención.		.511**		
	Pienso que hay personas que se preocupan por mí.		.633**		
Asertividad					
1. Expresión de pensamientos y opiniones personales	Puedo aceptar que hablen mal de mí.		.142**	0,138	0,604
	Puedo decirle a una persona lo que pienso.		.585		
	Puedo decirle a una persona que se portó mal.		.377		
2. Expresión de sentimientos negativos	Puedo decirle a una persona cuando algo me preocupa.		.485**		
	Puedo pedirle a una persona enfrente de otras que me deje de molestar.		.571**		
	Puedo decirle a una persona cuando no estoy de acuerdo con algo.		.54**		
	Puedo decirle a una persona cuando algo me molesta.		.615**		
Regulación Emocional					
1. Estrategias funcionales de regulación emocional	Hablo con un amigo acerca de lo que me pasa.		.462**	-0,041	-0,062
	Me digo cosas a mí misma para sentirme mejor (me echo porras).		.462**		
	Busco ayuda.		.681**		
2. Estrategias disfuncionales de regulación emocional	Le hago cosas a alguien (busco vengarme, me desquito).		.421**		
	Me pongo muy mal.		.53**		
	Prefiero alejarme de la gente.		.553**		

Hago las cosas sin pensar (soy aventada, soy impulsiva, me aviento a lo loco).

.564**

Nota. Únicamente se incluyen los reactivos que no fueron eliminados y los factores con un mínimo de tres reactivos.
**p<.01, *p<.05

Los índices de ajuste alcanzados (ver Tabla 5) muestran, sin eliminar reactivo alguno, valores de Chi-cuadrada no significativos, índices de ajuste superiores al indicado ($\geq 0,90$) en por lo menos dos indicadores, y valores de RMSEA cercanos a cero y no significativos comprendidos entre el intervalo de confianza establecido (LI90-LS90).

Tabla 5.
Índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio por escala

	Índices de ajuste									90%IC		
	X ²	Gl	p	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA	LI	LS	p
Sintomatología ansiosa	1,54	2	.463	.98**	.95**	1,01**	1,02**	1.00**	.000	.000	.119	.641
Sintomatología depresiva	35,28	26	.106	.91**	.88	.98**	.97**	.98**	.04	.000	.068	.703
Asertividad	20,44	13	.085	.87	.80	.95**	.92**	.95**	.04	.000	.088	.472
Regulación emocional	26,50*	13	.015	.84	.74	.91**	.85	.91**	.06	.023	.102	.209

Nota. *El valor de la Chi-cuadrado ajustado (X^2/gl) para la variable Regulación Emocional ($X^2=2.04$) es menor a tres. Por tanto, tomando en consideración que los otros índices de ajuste son adecuados, se acepta dicho valor como indicador del buen ajuste del modelo. Ello ocurre porque cuando las muestras son mayores a 200 individuos, es común que la Chi-cuadrada sea significativa (Kline, 2011).

** $\geq 0,90$

Por consiguiente, dichas escalas cuentan con consistencia interna y validez para que puedan ser retomadas en investigaciones y aplicaciones posteriores con poblaciones similares. Se tiene mayor certeza de las propiedades psicométricas de las mismas.

Discusión y conclusiones

La ansiedad, la depresión, la asertividad y la regulación emocional constituyen factores esenciales para el bienestar del individuo. Las niñas y jóvenes

en situación de desamparo padecen ansiedad y depresión (M. Sarajlija, Jugovic, Zivaljevic, Merdovic y A. Sarajlija, 2014), tienen dificultades para establecer y mantener relaciones interpersonales sanas y para ser competentes socialmente, y exhiben problemas emocionales (Ganesh, Campbell, Hurley y Patten, 2013). Debido a ello, tienen un pobre ajuste psicológico (Votta y Farrell, 2009), que inhibe e interfiere con su capacidad para aprender y adquirir las destrezas necesarias para afrontar los estresores de su ambiente, pudiéndose extender esta deficiencia hasta la adultez (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2009). Sin embargo, son pocos los intentos por evaluar estos factores en este grupo sociocultural, pues no se han encontrado instrumentos de medición adaptados a sus características y necesidades. En consecuencia, este estudio es de los primeros trabajos en México que pretenden subsanar la carencia de escalas propias para este colectivo social.

El análisis de las propiedades psicométricas de los cuestionarios elaborados reveló que estos son útiles para la medición de estrategias de regulación emocional, sintomatología ansiosa y depresiva, y de conductas asertivas en niñas y jóvenes mexicanas en situación de desamparo.

Respecto de los análisis descriptivos y de discriminación de reactivos, se demostró que todos estos fueron sensibles a detectar extremos opuestos de deseabilidad social por escala. Además, los grupos extremos incrementaron y decrecieron en la dirección esperada, y los valores del sesgo, desviación estándar y curtosis estuvieron dentro de lo esperado (Cohen y Swerdlik, 2006).

Referente al análisis de fiabilidad, se obtuvo un índice por factor por escala, pues como los factores miden aspectos diferentes de un mismo constructo, si se

tomara la fiabilidad del inventario total esta disminuiría ante la falta de homogeneidad según la teoría psicométrica. Por ende, los valores del Alfa de Cronbach de cada factor de cada instrumento fueron adecuados ante el número reducido de reactivos, ya que a menor reactivos menor será el nivel de fiabilidad de una prueba (Nunnally, 1995). Como resultado, las escalas cuentan con índices de consistencia interna. Se sugiere que, para aumentar el valor del Alfa de Cronbach, en estudios posteriores se evalúen más aspectos de cada variable que posibilitan el incremento de reactivos y la obtención de factores más homogéneos o similares entre sí.

En cuanto al análisis factorial exploratorio realizado, se alcanzaron índices de validez de constructo apropiados, puesto que explican al menos el 50% de la varianza de cada variable bajo estudio. Al comparar la composición factorial de cada escala, puede decirse que se obtuvieron factores que apuntan a contenidos similares, porque evalúan diferentes aspectos asociados al mismo constructo, incluyendo a los indicadores que no tuvieron un mínimo de tres reactivos para ser considerados como factores. Únicamente los instrumentos de asertividad y de sintomatología ansiosa tienen uno y dos indicadores respectivamente. No se eliminaron, ya que evalúan aspectos relevantes de estos constructos y tienen niveles de fiabilidad y pesos factoriales apropiados. Igualmente, tanto los reactivos como los factores coinciden con lo que la literatura de investigación reporta referente a las variables de estudio. La regulación emocional comprende una serie de estrategias que pueden ser adaptativas o no en el manejo y control de emociones. Son inefectivas cuando no reducen la emoción negativa y repercuten en el bienestar del individuo. Son funcionales cuando modifican las reacciones emocionales y con

ello las cogniciones irracionales y conductas disruptivas asociadas (Gross, 2007). En el presente estudio, los factores de la variable regulación emocional fueron estrategias funcionales y disfuncionales para el manejo y control de emociones. La asertividad es un constructo que engloba un conjunto de habilidades sociales como la expresión de emociones, expresión de pensamientos y opiniones personales, incluido el desacuerdo y disculparse o admitir ignorancia, entre otros (Castanyer, 2009). Tales habilidades sociales corresponden a los factores e indicador obtenidos en la variable asertividad. La ansiedad y la depresión tienen síntomas cognitivos que hacen referencia a, por ejemplo, la autocrítica, la desesperanza y la percepción de vulnerabilidad o riesgo. Los cambios conductuales asociados a estos desórdenes incluyen alejarse de otras personas, tener dificultades para iniciar diversas actividades, la evitación de situaciones estresantes y el dejar de realizar acciones placenteras, entre otros. Los elementos emocionales que acompañan a estos trastornos son la irritabilidad, el enojo, el nerviosismo, la preocupación, la culpa y la tristeza (Greenberger y Padesky, 1998). La estructura factorial de los instrumentos de ansiedad y depresión justamente aluden a dichos síntomas cognitivos, afectivos y/o conductuales. Por consiguiente, los factores obtenidos por escala reflejan los distintos componentes que conforman cada constructo según la literatura de investigación revisada.

Finalmente, en cuanto al análisis factorial confirmatorio preliminar llevado a cabo, se alcanzaron índices de validez convergente en todas las escalas, con excepción de la prueba de asertividad. Ello quiere decir que tanto los reactivos como sus respectivos factores por cuestionario están relacionados entre sí al evaluar aspectos similares del mismo constructo. También implica que los reactivos miden

consistentemente el factor al que pertenecen. De igual manera, se lograron indicadores de validez discriminante en los instrumentos de asertividad y de regulación emocional, mostrando, así, que los factores que componen a dichas escalas son independientes entre sí, pues evalúan aspectos diferentes inherentes a una misma variable. Aunado a lo anterior, los índices de ajuste revelan un adecuado acomodo a los datos. Como tal, se constata la presencia de validez y fiabilidad preliminar en los instrumentos elaborados, lo que permite que estos sean retomados para futuras aplicaciones con poblaciones similares. No obstante, es importante resaltar que la obtención de información asociada a las propiedades psicométricas de toda escala representa un continuo proceso en el que debe haber mejorías cada vez que esta se utilice.

En resumen, la presente investigación constituye una primera aproximación a tener instrumentos psicométricos para población femenina infanto-juvenil mexicana en situación de desamparo. Debido a ello, ahora se cuenta con versiones preliminares de pruebas de medición que posibilitan la realización de diagnósticos confiables y certeros de diversas características psicosociales presentes en niñas y jóvenes en situación de desamparo, como serían la asertividad, regulación emocional y los síntomas de ansiedad y depresión. Por lo tanto, se recomienda el uso de los inventarios en población femenina infanto-juvenil en situación de desamparo, sin perder de vista las limitaciones que impone la existencia de pocos reactivos en la evaluación de cada constructo, el tamaño de la muestra y la selección de la misma de forma no probabilística, y los niveles Alfa de Cronbach obtenidos.

Referencias

- Ayala, H., Aduna, A., Vázquez, F. y Lozano, A. (1988). Cuestionario de salud y vida cotidiana. En A. Aduna, 1998, *Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios. Un estudio experimental*. (Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México: Ciudad de México, México).
- Benjet, C., Hernández, L., Tercero, G., Hernández, A. y Chartt-León, R. (1999). Validez y fiabilidad de la CES-D en peri-púberes. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 177-185.
- Canadian Homelessness Research Network. (2012). *Canadian Definition of Homelessness*. Homeless Hub: www.homelesshub.ca/CHRNhomelessdefinition/
- Castanyer, O. (2009). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. España: Desclée de Brouwer.
- Castaños, S., Reyes, I., Rivera, S. y Díaz-Loving, R. (2011). Estandarización del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey-II. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 29(1), 27-50.
- Castaños, S. (2014). *Breve intervención cognitivo-conductual grupal para mujeres en situación de calle*. (Tesis de Doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México: Ciudad de México, México).
- Cohen, R. y Swerdlik, M. (2006). *Pruebas y evaluación psicológica*. España: McGraw-Hill Interamericana.
- Coker, T., Elliott, M., Kanouse, D., Grunbaum, J., Gilliland, J., Tortolero, S., Cuccaro, P. y Schuster, M. (2009). Prevalence, characteristics and associated health

- and health care of family homelessness among fifth-grade students. *American Journal of Public Health*, 99(8), 1446-1452.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos del Distrito Federal. (s.f.). Recuperado de: <http://cdhdf.org.mx>.
- Committe Opinion. (2013). Health care for homeless women. *Obstetrics & Gynecology*, 122(4), 936-940.
- Crawford, M. y Manassis, K. (2011). Anxiety, social skills, friendship quality, and peer victimization: an integrated model. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 924-931.
- Cruz, J., Morales, M. y Ramírez, O. (1996). *Validez, fiabilidad y normas del cuestionario de depresión para niños (CDS)*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México: Ciudad de México, México).
- Díaz-Guerrero, R. y Spielberger, C. (1975). *IDARE: Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. Manual e Instructivo*. México: Manual Moderno.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2009). *Progreso para la infancia. Un balance sobre la protección de la niñez*, (8).
- Gambrill, E. y Richey, C. (1975). An Assertion Inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.
- Ganesh, A., Campbell, D., Hurley, J. y Patten, S. (2013). High positive psychiatric screening rates in urban homeless population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(6), 353-360.
- Geisinger, K. (1994). Cross-cultural normative assessment: translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological Assessment*, 6(4), 304-312.
- Greenberger, D. y Padesky, C. (1998). *El control de tu estado de ánimo. Manual*

de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios. España: Paidós.

Gross, J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. E.U.A.: The Guildford Press.

Hernández, L., Bermúdez, G., Spence, S., González, M., Martínez, J., Aguilar, J. y

Gallegos, J. (2008). *Spanish version of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)*. Unpublished manuscript.

Hesse, M. y Thiesen, H. (2013). The use of the ADHD Self-Rating Scale (ASRS-6) in the homeless psychometric properties, alcohol use and self-nurse agreement. *Journal of Addictions Nursing*, 24(2), 108-115.

Jabeen, Z. y Azra. (2013). A comparative study on mental health of street children living with their families and runaways from families. *Indian Streams Research Journal*, 2(12), 1-6.

Kazdin, A. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.

Kline, R. (2011). *Principles and practices of structural equation modeling*. E.U.A.: The Guildford Press.

Martínez-Pampliega, A., Santibáñez, R., Prieto, T. y Ruiz, M. (2013). Riesgo psicosocial y promoción de la resiliencia. En R. Santibáñez y A. Martínez-Pampliega (Ed.) *Intervención comunitaria con adolescentes y familias en riesgo* (45-58). España: GRAÓ.

Merenda, P. (1997). A guide to the proper use of factor analysis in the conduct and reporting of research: pitfalls to avoid. *Measurement and evaluation in counseling and evaluation*, 30, 156-163.

- Misganaw, A. y Worku, Y. (2013). Assessment of sexual violence among street females in Bahir-Dar town, North West Ethiopia: a mixed method study. *Public Health, 13*(825), 1-8. doi: 10.1186/1471-2458-13-825.
- Moos, R., Conkite, R., Billing, A. y Finney, J. (1986). *Health and daily living form manual*. E.U.A.: Social Ecology Laboratory, Department of Psychiatry and Behavior Science, Veterans Administration and Stanford University Medical Center.
- Nunnally, J. (1995). *Teoría psicométrica*. México: Trillas.
- Palys, T. (2008). Purposive sampling. In L. M. Given (Ed.) *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods, 2*, 697-8. Sage: Los Angeles.
- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.
- Raffaellia, M., Koller, S., Reppold, C., Kuschick, M., Krum, F., Bandeira, D. y Simoes, C. (2000). Gender differences in Brazilian street youth's family circumstances and experiences on the street. *Child Abuse & Neglect, 24*(11), 1431–1441.
- Reyes, I. y García, L. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. *La Psicología Social en México XII* (625-630). México: Asociación Mexicana de Psicología Social (AMEPSO).
- Sánchez-Sosa, J. y Hernández, L. (1993). *Inventario de salud, estilos de vida y comportamiento (SEVIC)*. México: UNAM.
- Sarajlija, M., Jugovic, A., Zivaljevic, D., Merdovic, B. y Sarajlija, A. (2014). Assessment of health status and quality of life of homeless persons in Belgrade, Serbia. *Military, Medical & Pharmaceutical Journal of Serbia & Montenegro, 71*(2), 167-174. doi: 10.2298/VSP1402167S.

Sociedad Mexicana de Psicología (SMP, 2004). *Código ético del psicólogo*.

México: Trillas.

Spence, S. (1998). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(2), 280-297.

Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *STAI manual*. California: Consulting Psychologists Press.

Tabachnick, B. y Fidell, L. (2001). *Using multivariate statistics*. New York: Harper & Row.

Votta, E. y Farrell, S. (2009). Predictors of psychological adjustment among homeless and housed female youth. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 18*(2), 126-132.