
ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO DEL CUESTIONARIO DE ANÁLISIS CLÍNICO (CAQ) EN UNA MUESTRA DE JÓVENES DE BUCARAMANGA

CONFIRMATORY ANALYSIS OF THE CLINICAL ANALYSIS QUESTIONNAIRE (CAQ) IN A SAMPLE OF YOUNG BUCARAMANGA

ÁNGELA PILAR ALBARRACÍN RODRÍGUEZ*

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA – COLOMBIA

FECHA RECEPCIÓN: 5/3/2012 • FECHA ACEPTACIÓN: 17/5/2012

Resumen

Aunque el Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ) ha sido ampliamente utilizado para evaluar rasgos psicopatológicos de la personalidad, no ha sido estudiado en Colombia. Por tanto, el objetivo de esta investigación fue examinar la confiabilidad y la estructura factorial del CAQ en una muestra de 473 adolescentes de Bucaramanga entre los 16 y 25 años de edad. Los análisis de consistencia interna evidenciaron adecuados valores de confiabilidad (Cronbach de 0,69) mayores que los expuestos en la versión española. Así mismo, el análisis factorial confirmatorio evidenció tres factores que explican el 52,62% de la varianza, Depresivo, Neurótico e Independiente. Estos resultados muestran que el CAQ es útil en la evaluación de rasgos psicopatológicos, relacionados con aspectos depresivos.

Palabras clave: adulto joven, análisis factorial, inventario de personalidad, reproducibilidad de resultados.

Abstract

Although the Clinical Analysis Questionnaire (CAQ) has been widely used to assess psychopathological personality traits, has not been studied in Colombia. Therefore, the objective of this research was to examine the reliability and factor structure of the CAQ in a sample of 473 adolescents from Bucaramanga between 16 and 25 years of age. The analysis showed adequate internal consistency reliability values (Cronbach 0.69), greater than those displayed in the Spanish version. Likewise, the confirmatory factor analyses showed three factors explaining 52.62% of the variance, Depressive, Neurotic and Independent. These results show that the CAQ is useful in the assessment of psychopathological traits, aspects related to depression.

Keywords: factor analysis, personality inventory, reproducibility of results, young adult.

Introducción

Desde hace tiempo la evaluación de la personalidad ha sido uno de los temas de gran interés de investigación debido a la alta prevalencia de trastornos psiquiá-

tricos y mentales, presente tanto en la población mundial (40% y 32,7%) (Torres, 1999; Campo-Arias y Cassiani, 2008) como en Colombia (40,1%) (Campo-Arias y Cassiani, 2008; Ministerio de la Protección Social [MPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003), lo que

* Coordinadora laboratorio de psicometría. Facultad de Psicología, Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga. Correspondencia: Km. 7 vía Piedecuesta. Edificio H. Oficina 210. angela.albarracin@upb.edu.co

se ha convertido en un problema de salud pública, dando origen alrededor del 40% de las incapacidades laborales (Torres, 1999; Galli, 2005), exigiendo adecuadas estrategias de diagnóstico e intervención. A nivel general el Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ), ha sido utilizado para evaluar rasgos o conductas psicopatológicas de la personalidad (Forns Amador, Abad y Martorell, 1998; Krug, 1989; Zaza y Barké, 1986) tanto en adultos (Boyle, 1987; Forns et ál., 1998) como en adolescentes (Martorell, Amador y Forns, 1994).

Este cuestionario fue diseñado como complemento del 16PF, el cual fue construido bajo la proposición que todos los rasgos de la personalidad no son creados iguales (Krug, 1989) y que la personalidad debe ser definida en función de rasgos o factores de primer orden, considerándolos como rasgos fundamentales de la personalidad (Ángeles, 1997). Por tanto, se identificaron 12 escalas clínicas mediante estudios factoriales conjuntos del 16PF y del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) (Zaza y Barké, 1986); de tal forma que, las siete primeras escalas del CAQ analizan diversos componentes de la depresión: Hipocondriasis, Depresión Suicida, Agitación, Depresión Ansiosa, Depresión Baja-Energía, Culpabilidad-Resentimiento y Apatía Retirada. Y las cinco escalas restantes identificadas como factorialmente independientes de los siete factores anteriores, evalúan las dimensiones consideradas como psicopatológicas, siendo estas: Paranoia, Desviación Psicopática, Esquizofrenia, Psicastenia y Desajuste Psicológico (Zaza y Barké, 1986).

Como resultado de las investigaciones realizadas en adultos, Kameoka (1986) en su estudio con 214 estudiantes universitarios, presentó 31 factores de primer orden, los cuales explicaban el 62,63% de la varianza; sin embargo, concluyó que estos factores eran diferentes a los encontrados por Krug (1980), especialmente los factores depresivos. Así mismo, Boyle (1987) realizó un análisis con los 31 factores hallados por Kameoka (1986), encontrando 9 factores de segundo orden que explicaban el 61,29% de la varianza, y concluyendo que el CAQ debería ser interpretado por tres o cuatro superfactores que agrupan escalas relacionadas con depresión, y no teniendo en cuenta las siete primeras escalas de forma independiente. Por otra parte, en los estudios realizados con adolescentes, Martorell et ál. (1994) evidenciaron 7

factores de primer orden, que explicaban el 64,3% de la varianza total, siendo los tres primeros factores (ajuste-desajuste psicológico, neuroticismo y osadía-prudencia) coincidentes con los hallados por otros autores (Boyle, 1987). Igualmente, evidenciaron que las siete escalas de depresión del CAQ no se agrupan en un solo factor, distribuyéndose en los tres primeros; por tanto, concluyen que es muy difícil diferenciar entre sí las siete escalas, siendo preferible interpretar superfactores que engloben varias de estas escalas.

Todos estos estudios han evidenciado un número variado de factores de primer y segundo orden, con pesos explicativos diferentes y diversas denominaciones, presentando escasa coincidencia entre los factores identificados. Según Forns et ál. (1998) estos hallazgos son resultado de dos condiciones, por una parte, los análisis factoriales del CAQ se han acompañado con la aplicación de diferentes pruebas que evalúan rasgos de personalidad o conductas patológicas, lo que en consecuencia evidencia heterogeneidad en su contenido; y por otro lado, los autores ofrecen distintas interpretaciones de normalidad o psicopatología de los factores resultantes. Así mismo, Forns et ál. (1998) manifiestan que los estudios sobre la estructura factorial de primer orden han sido insuficientes. Por otra parte, estudios realizados con población clínica (Forns et ál., 1998) han encontrado que el valor de consistencia interna (coeficiente Alfa) es satisfactorio (0,70), mientras que el poder discriminante resulta moderado; concluyendo que el CAQ es sensible a la presencia de alteración psicopatológica, pero no es instrumento suficientemente apropiado para el diagnóstico diferencial de psicopatología (Forns et ál., 1998).

Lo anterior evidencia que los resultados obtenidos promueven la necesidad de seguir profundizando en el instrumento, no sólo porque los estudios realizados con el CAQ son escasos (Forns et ál., 1998) tanto en otros países como en Colombia, según la literatura revisada; sino porque entidades tanto educativas como empresariales lo emplean para selección de personal, así como en estudios de perfil vocacional y rendimiento escolar (Díaz, Morales y Amador, 2009; Elizalde, 1998). Como exponente Amador, Martorell y Forns (1993; citados por Martorell et ál., 1994), es de gran importancia, que en los contextos de evaluación, y particularmente educativos, se cuente con la disposición de instrumentos que ayuden

a detectar población de riesgo desde el punto de vista psicopatológico. Por otra parte, y dado que en Colombia la mayoría de instrumentos que se emplean son de países extranjeros, lo que puede afectar y modificar no sólo el diagnóstico de las diferentes variables psicológicas evaluadas; sino también el tratamiento a seguir; generan la necesidad de realizar investigaciones encaminadas a estudiar el funcionamiento y adecuación de los mismos como herramientas viables para la evaluación, el diagnóstico y la intervención.

En la versión original del CAQ Krug (1980) obtuvo unos valores promedio de 0,80 para la fiabilidad test-retest y de 0,71 para la consistencia interna (Alfa de Cronbach). En la adaptación española del test, realizada por TEA Ediciones, se ofrece un coeficiente Alfa promedio de 0,51 (Krug, 1994); así como también, 12 factores independientes y 5 factores de segundo orden (Ansiedad, Extraversión, Independencia, Socialización controlada o Supergo y Depresión). Por tanto, el objetivo de la presente investigación fue analizar la consistencia interna (Alfa de Cronbach) del CAQ, y la validez de constructo por medio del análisis factorial confirmatorio; con el fin de contribuir con la información sobre el test como instrumento de evaluación de rasgos psicopatológicos de la personalidad en contexto Colombiano.

Método

Diseño

El presente estudio es de tipo instrumental según la clasificación realizada por Montero y León (2002; 2005), el cual está encaminado al estudio de las propiedades psicométricas de pruebas.

Participantes

Se realizó un muestreo a criterio donde se seleccionaron los cuestionarios contestados por aspirantes entre los 16 y 25 años a ingresar a la carrera de Psicología en una universidad privada de Bucaramanga durante los años 2004 y 2010, de tal forma que la muestra estuvo conformada por 473 cuestionarios contestados por 67 hombres (14,17%) y 406 mujeres (85,83%), con un promedio de edad de 17,9 años ($DT = 1,8$). Este estudio fue aprobado por la Dirección General de Investigaciones de la Universidad.

Instrumentos

Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ): este instrumento fue elaborado por Krug (1980), para la evaluación de conductas psicopatológicas. La versión empleada para la evaluación de los participantes es la creada por Krug entre 1987-1994, ofrecida por TEA y recoge únicamente las 12 escalas clínicas. De las 12 escalas clínicas, las siete primeras analizan los siguientes componentes de la depresión: Hipocondriasis (D1), Depresión Suicida (D2), Agitación (D3), Depresión Ansiosa (D4), Depresión Baja-Energía (D5), Culpabilidad-Resentimiento (D6) y Apatía Retirada (D7). Las cinco escalas restantes miden los factores psicopatológicos que son: Paranoia (Pa), Desviación Psicopática (Pp), Esquizofrenia (Sc), Psicastenia (As) y Desajuste Psicológico (Ps).

Este cuestionario está compuesto por 144 cuestiones o ítems, y para su aplicación se solicita al participante que marque con una "X" la opción que más se habitúe a él; es decir, la que más se acerque a sus actitudes e intereses, procurando evitar señalar muchas veces la respuesta intermedia. Las opciones de respuestas son: A, B o C; siendo A y C las opciones extremas según cada cuestión. Para obtener la calificación del cuestionario se ingresan los resultados en un software y se obtienen las puntuaciones directas y los decatipos, con un perfil e interpretación.

En cuanto a la confiabilidad del CAQ, se evidencia un coeficiente Alfa promedio de 0,51 (Krug, 1994). Así mismo, los análisis de validez presentan 12 factores independientes (escalas), y 5 factores de segundo orden que son Ansiedad, Extraversión, Independencia, Socialización controlada o Supergo y Depresión (Krug, 1994).

Procedimiento

En un primer momento se solicitó el consentimiento a la Facultad de Psicología de la Universidad con el fin de acceder a los cuestionarios que se encontraban en los archivos. En segundo momento y después de obtener el consentimiento se seleccionaron los CAQ aplicados desde el año 2004 al 2010 que fueron contestados por jóvenes entre los 16 y 25 años de edad. En un tercer momento, se elaboró la base de datos y se realizaron los análisis estadísticos por medio del software SPSS 19.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). En cuanto a los análisis para determinar la consistencia interna del

Cuestionario se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach. Así mismo, para determinar la validez de constructo del CAQ se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio utilizando el método de extracción de máxima verosimilitud con rotación Oblimin.

Resultados

En primer lugar, se realizaron los análisis de consistencia interna para el Cuestionario total y por cada una de las 12 Escalas obteniendo el coeficiente Alfa de Cronbach. En segundo lugar, se procedió a realizar el análisis factorial confirmatorio, para esto se extrajo la matriz de correlaciones; posteriormente se realizó el análisis factorial con el método de máxima verosimilitud y rotación Oblimin.

Análisis de consistencia interna: la consistencia interna del cuestionario se midió utilizando el método de Coeficiente Alfa de Cronbach, el cual proporcionó un índice de 0,69 (Tabla 1) para el Cuestionario completo, siendo

este valor mayor al que ofrece la versión española (0,51) y muy cercano al presentado por la versión original en población normal (0,71).

Igualmente, se obtuvo la confiabilidad de cada una de las 12 Escalas de la prueba (Tabla 1), indicando que la escala Culpabilidad-Resentimiento (D6) es la que presenta el mayor valor de consistencia (0,65) en comparación con las demás escalas. Las escalas que tienen valores bajos pero aceptables (entre 0,47 y 0,53) son Paranoia (Pa), Hipocondriasis (D1), Depresión Suicida (D2) y Depresión Baja Energía (D5). Mientras que las escalas que obtienen valores muy bajos (entre 0,17 y 0,44) y por tanto no presentan adecuada confiabilidad son Desviación Psicopática (Pp), Apatía Retirada (D7), Desajuste Psicológico (Ps), Depresión Ansiosa (D4), Esquizofrenia (Sc), Psicastenia (As) y Agitación (D3). Lo anterior demuestra que solo 5 de las 12 Escalas del CAQ son lo suficientemente estables en la medición de rasgos psicopatológicos de la personalidad.

Tabla 1. Coeficientes de confiabilidad de las 12 escalas y CAQ total

Escala	Alfa de Cronbach
D1 Hipocondriasis	0,53
D2 Depresión suicida	0,48
D3 Agitación	0,17
D4 Depresión ansiosa	0,35
D5 Depresión baja energía	0,47
D6 Culpabilidad-Resentimiento	0,65*
D7 Apatía retirada	0,41
Pa Paranoia	0,54
Pp Desviación psicopática	0,44
Sc Esquizofrenia	0,30
As Psicastenia	0,30
Ps Desajuste psicológico	0,40
CAQ Total	0,69

* Escala que presenta el mayor valor de confiabilidad.

Análisis factorial confirmatorio (AFC): para realizar este análisis se procedió a extraer en primer lugar la matriz de correlaciones del CAQ (Tabla 2), la cual evidenció que las

escalas Hipocondriasis (D1), Depresión suicida (D2), Depresión ansiosa (D4), Depresión baja energía (D5), Culpabilidad-Resentimiento (D6), Apatía retirada (D7), Para-

noia (Pa), Esquizofrenia (Sc), Psicastenia (As) y Desajuste psicológico (Ps) poseen correlaciones significativas entre sí, demostrándose como indicadores válidos de los rasgos medidos. Por otra parte, las escalas Agitación (D3) y Desviación

psicopática (Pp), presentan en general una baja o negativa correlación con las demás escalas del cuestionario, sugiriendo que los ítems correspondientes a estas dos escalas poseen dificultades para aportar a la validez de constructo del CAQ.

Tabla 2. Matriz de correlaciones de las escalas del CAQ

ESCALA	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	Pa	Pp	Sc	As	Ps
D1	1											
D2	.34**	1										
D3	-.06	.01	1									
D4	.32**	.16**	-.05	1								
D5	.54**	.40**	-.03	.24**	1							
D6	.47**	.22**	-.01	.26**	.43**	1						
D7	.33**	.26**	-.11*	.22**	.25**	.14**	1					
Pa	.29**	.28**	.09*	.20**	.33**	.29**	.24**	1				
Pp	-.24**	-.13**	.29**	-.23**	-.18**	-.26**	-.11*	-.07	1			
Sc	.43**	.28**	.03	.22**	.37**	.28**	.29**	.28**	-.13**	1		
As	.26**	.14**	.09*	.12**	.30**	.40**	.09*	.27**	-.08	.25**	1	
Ps	.44**	.30**	-.12**	.29**	.37**	.24**	.38**	.24**	-.14**	.42**	.14**	1

* $p < .05$, bilateral. ** $p < .01$, bilateral.

Al realizar el AFC, reveló 3 factores los cuales evidenciaron autovalores por encima de uno (Tabla 3). Así mismo, el gráfico de sedimentación mostró claramente una estructura del CAQ compuesta por tres factores (Fi-

gura 1), los cuales explicarían el 52,62% de la varianza total. De hecho, el factor 1 explicaría el 31,77% de la varianza, el 2 explicaría el 11,41% y el 3 explicaría el 9,43%.

Tabla 3. Análisis factorial con método de máxima verosimilitud

Factor	Autovalores iniciales			Sumas saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma saturaciones al cuadrado de la rotación
	Total	% varianza	% acumulado	Total	% varianza	% acumulado	Total
1	3,813	31,776	31,776	3,219	26,824	26,824	2,871
2	1,370	11,416	43,192	,685	5,705	32,529	2,090
3	1,132	9,435	52,627	,587	4,888	37,417	,877
4	,845	7,040	59,667				
5	,797	6,638	66,305				
6	,760	6,336	72,640				
7	,658	5,487	78,127				
8	,623	5,194	83,321				
9	,593	4,941	88,263				
10	,517	4,307	92,569				
11	,475	3,954	96,524				
12	,417	3,476	100,000				

Nota: Método de extracción= Máxima verosimilitud.

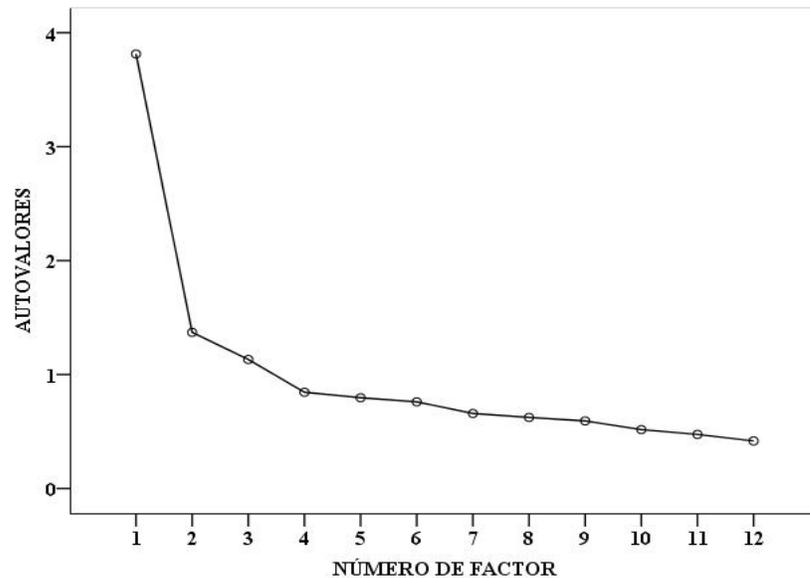


Figura 1. Gráfico de sedimentación del CAQ.

Después de realizarse el análisis con rotación Oblimin, se observó la saturación de los ítems en cada uno de los tres factores (Tabla 4). Para asignar los ítems a cada factor se consideraron saturaciones iguales o mayores que 0,30. En el primer factor se agrupan las escalas de Hipocondriasis (D1), Depresión suicida (D2), Depresión ansiosa (D4), Depresión baja energía (D5), Apatía retirada (D7), Paranoia (Pa), Esquizofrenia (Sc) y Desajuste psicológico (Ps), las cuales pre-

tenden medir características patológicas relacionadas con la angustia y la depresión. En el segundo factor se encuentran las escalas de Culpabilidad-Resentimiento (D6) y Psicastenia (As), tendientes a evaluar rasgos principalmente obsesivos de la conducta, y en el tercer factor se agrupan Agitación (D3) y Desviación psicopática (Pp), las cuales pretenden evaluar características de búsqueda de sensaciones, excitación, riesgo o aventura.

Tabla 4. Análisis factorial con rotación Oblimin

Escala	Factor		
	1	2	3
D1 Hipocondriasis	,518		
D2 Depresión suicida	,483		
D3 Agitación			,594
D4 Depresión ansiosa	,301		
D5 Depresión baja energía	,454		
D6 Culpabilidad-Resentimiento		,741	
D7 Apatía retirada	,601		
Pa Paranoia	,352		
Pp Desviación psicopática			,508
Sc Esquizofrenia	,576		
As Psicastenia		,518	
Ps Desajuste psicológico	,701		

Nota: Factor de ponderación > .30 en negritas. Método de extracción= Máxima verosimilitud. Método de rotación= Normalización Oblimin con Kaiser. La rotación ha convergido en 10 iteraciones.

Discusión

El objetivo de esta investigación se encaminó principalmente a realizar análisis de consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ) en jóvenes.

En primer lugar, los análisis de consistencia interna de las 12 escalas por medio del coeficiente Alfa de Cronbach, indican que el CAQ evidencia un moderado nivel de confiabilidad mayor que el presentado en la versión española con población normal, siendo coherente con lo reportado en otras investigaciones (Forns et ál., 1998), por consiguiente el CAQ demuestra una adecuada consistencia interna global en la evaluación de rasgos patológicos de la personalidad.

Por otro lado, al realizar los análisis por cada una de las 12 escalas, se evidencia que la escala de mayor confiabilidad es Culpabilidad-Resentimiento (0,65), siendo la más estable y consistente en la evaluación del nivel de perturbación por sentimientos de culpabilidad generados por errores cometidos o cosas que no se hicieron en el pasado, este resultado concuerda con el estudio realizado por Elizalde (1998), quien encontró una confiabilidad de 0,72 para esta escala siendo el mayor valor. Otras escalas que presentan valores bajos pero aceptables son Paranoia, Hipocondriasis, Depresión suicida, Depresión baja energía, Desviación psicopática, Apatía retirada y Desajuste psicológico, evidenciando una consistencia mínima pero admisible, como indicadores de los rasgos medidos. Mientras que las escalas que obtienen valores muy bajos corresponden con Depresión ansiosa, Esquizofrenia, Psicastenia y Agitación, las cuales no demuestran una adecuada confiabilidad y por tanto tienden a ser las más inestables en la evaluación de características como: incapacidad para enfrentar exigencias inmediatas, dificultad para expresar ideas, manifestar impulsos extraños, presentar sentimientos de irrealidad, tener ideas repetitivas, expresar preocupación constante por asuntos sin importancia y, búsqueda inquieta de aventura y riesgo (Elizalde, 1998).

Aunque el valor global de confiabilidad obtenido en este trabajo puede considerarse satisfactorio, cabe señalar que es insuficiente e inaceptable en algunas de las escalas, por tanto se sugiere una revisión más detallada de la agrupación de ítems en cada una de ellas con el fin de mejorar los coeficientes presentados.

En segundo lugar el análisis factorial confirmatorio evidenció que los factores extraídos no son los mismos que los expuestos originalmente por Krug (1980), ni por otros autores (Kameoka, 1986; Martorell et ál., 1994). Por tanto, el estudio reveló 3 factores extraídos del CAQ, los cuales logran explicar el 52,62% de la varianza total, mostrando que en el primer factor se agrupan ocho escalas de la prueba que son Hipocondriasis, Depresión suicida, Depresión ansiosa, Depresión baja energía, Apatía retirada, Paranoia, Esquizofrenia y Desajuste psicológico, estas escalas evalúan características relacionadas con preocupación por las alteraciones del cuerpo, pensamientos de autodestrucción, incapacidad para enfrentarse a las exigencias inmediatas, sensación de agotamiento, tristeza y mal humor, tendencia a evitar a los demás, dificultad para expresar ideas y desesperanza adquirida (Elizalde, 1998; Krug, 1994); todas ellas hacen parte, según Krug (1994) y otros autores (Zaza y Barké, 1986), de un factor de desajuste general relacionado principalmente con la medición de características patológicas de la personalidad (Martorell et ál., 1994) como angustia, depresión y malestar psicológico, las cuales se incluyen en el factor general depresivo.

Igualmente, las ocho escalas concuerdan con las presentadas en la adaptación española del CAQ según los análisis factoriales realizados con población adolescente (Krug, 1994), indicando que estas escalas agrupadas en el primer factor, aportan a la validez de constructo de la prueba en la evaluación de aspectos psicopatológicos correspondientes a características depresivas. Así mismo, el estudio de Elizalde (1998) sobre el CAQ, corrobora que siete de las escalas anteriormente mencionadas (Hipocondriasis, Depresión suicida, Depresión baja energía, Apatía retirada, Paranoia, Esquizofrenia y Desajuste psicológico) confirman la validez de constructo del cuestionario en cuanto al factor depresivo.

Por otro lado, el segundo factor agrupa las escalas de Culpabilidad-Resentimiento y Psicastenia, las cuales corresponden con características principalmente neuróticas como son sentimientos de culpabilidad, resentimiento, inutilidad y/o impotencia, conductas obsesivo-compulsivas, y preocupación constante por asuntos sin importancia (Elizalde, 1998; Krug, 1994); las cuales también fueron obtenidas en el tercer factor de la versión española del CAQ, encontrándose bastante relacionadas

con el factor general Depresivo (Krug, 1994), por lo que de igual forma se cree aportan a la validez de constructo de la prueba. Así mismo, Martorell et ál. (1994) hallaron que en los adolescentes la escala de Culpabilidad-Resentimiento hace parte del factor de Neuroticismo y tiene un mayor peso explicativo que en la población adulta.

El tercer y último factor agrupa las escalas de Agitación y Desviación psicopática, las cuales se observan en este estudio como las escalas que no contribuyen con la validez de constructo del CAQ, siendo coherente con lo encontrado por Elizalde (1998), lo que puede corresponder con los resultados de Krug (1994) quien argumenta que estas escalas en sí mismas representan características de independencia, búsqueda de sensaciones o excitación, y son consideradas por lo tanto, como rasgos positivos de la personalidad que pueden ayudar a contrarrestar las escalas de tipo depresivo, siempre y cuando no presenten puntajes excesivamente altos, ni se den junto a las otras escalas.

Finalmente, el presente estudio demuestra que el CAQ se agrupa en tres factores denominados Factor depresivo (factor uno), Factor neurótico (factor dos) y Factor de independencia (factor tres), confirmando que este Cuestionario puede ser interpretado por tres factores o superfactores como los denominan algunos autores (Boyle, 1987; Martorell et ál., 1994) quienes en sus estudios encontraron que en el CAQ es difícil diferenciar las siete escalas de depresión, y que las mismas se distribuyen en tres factores los cuales son Ajuste-desajuste psicológico, Neuroticismo y Osadía-prudencia, de tal forma que su interpretación a partir de estos superfactores tiende a ser más acertada y viable (Boyle, 1987; Kameoka, 1986; Martorell et ál., 1994). Así mismo, los resultados indican que el CAQ es útil en la evaluación de aspectos principalmente depresivos de la personalidad. Sin embargo, es necesario realizar otros estudios que conlleven modificaciones en la estructura del Cuestionario en cuanto a su contenido, de tal forma que se logren elevar los valores de confiabilidad y validez de constructo.

Conclusiones

Los análisis realizados con población joven de Bucaramanga evidencian tres factores del CAQ que explican el 52,62% de la varianza total, los cuales son: Factor de-

presivo (D1, D2, D4, D5, D7, Pa, Sc y Ps), Factor neurótico (D6 y As) y Factor independiente (D3 y Pp). Así mismo, el primer y segundo Factores demuestran validez de constructo del Cuestionario, mientras que el tercero no la presenta.

El CAQ en población joven demuestra una consistencia interna moderada mayor que la obtenida en la versión española.

La escala Culpabilidad-Resentimiento es la más consistente y confiable de todo el Cuestionario. Mientras que las escalas de Depresión ansiosa, Esquizofrenia, Psicastenia y Agitación no presentan niveles adecuados de confiabilidad.

El Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ) se presenta como una herramienta útil en la evaluación de rasgos de la personalidad, relacionados principalmente con aspectos depresivos.

Referencias

- Ángeles, M. (1997). La evaluación de la personalidad: un análisis conceptual. *Escritos de Psicología*, 1, 47-57.
- Boyle, G. (1987). Psychopathology depression super factors measured in the clinical analysis questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 8, 609-614.
- Campo-Arias, A. & Cassiani, C. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 598-613.
- Díaz, D., Morales, M. & Amador, L. (2009). Perfil vocacional y rendimiento escolar en universitarios. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 6, 20-23.
- Elizalde, R. (1998). Adaptación del cuestionario clínico de Krug. *Revista de Investigación en Psicología*, 1(2), 151-166.
- Forns, M., Amador, A., Abad, J. & Martorell, B. (1998). El cuestionario de análisis clínico (CAQ): fiabilidad y valor discriminante en una muestra clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3(1), 27-38.
- Galli, A. (2005). Prevalencia de trastornos psicopatológicos en alumnos de psicología. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 6(1), 55-66.
- Kameoka, V. (1986). The structure of the clinical analysis questionnaire and depression symptomatology. *Multivariate Behavioral Research*, 21, 105-122.

- Krug, S. (1980). *Clinical Analysis Questionnaire Manual*. Illinois: IPAT.
- Krug, S. (1989). The 16PF tradition in contemporary personality assessment. Symposium: personal y assessment in counseling psychology: contemporary developments and advances (pp. 1-11). Simposio efectuado en el 97th Annual Meeting of the American Psychological Association. New Orleans, Louisiana, EE.UU.
- Krug, S. (1994). *Manual Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ)*. Tercera edición. Madrid: TEA.
- Martorell, B., Amador, J. & Forn, M. (1994). Estructura factorial exploratoria del HSPQ y del CAQ en población adolescente. *Psicothema*, 6, 207-214.
- Ministerio de la Protección Social & Organización Mundial de la Salud (MPS y OMS). (2003). *Estudio nacional de salud mental Colombia 2003*. Recuperado el 11 de septiembre de 2009, en: www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo15417Document-No2663.PDF
- Montero, I. & León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Montero, I. & León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 115-127.
- Torres, Y. (1999). Epidemiología de los trastornos psiquiátricos: Estudio nacional Colombia. *Revista Electrónica de Psiquiatría*, 3(4).
- Zaza, A. & Barké, C. (1986). A review of the clinical analysis questionnaire. *Journal of Counseling and Development*, 64, 413-414.