



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE HUMANIDADES**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**“Adaptación del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI) en  
adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho. Lima, 2017”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**AUTORA:**

Jarumi Jaquelin Chauca Vergaray

**ASESOR:**

Mgtr. Lincol Orlando Olivas Ugarte

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Psicometría

**LIMA - PERÚ**

**2017**

## **PÁGINAS PRELIMINARES**

**Página del jurado**



---

Mgtr. Lincol Orlando Olivas Ugarte

**Presidente**



---

Dr. Juan Bautista Caller Luna

**Secretario**



---

Dr. Ignacio de Loyola Pérez Díaz

**Vocal**

### **Dedicatoria**

Este trabajo de investigación está dedicado a mi familia que con su apoyo incondicional y esfuerzo, me brindan todos los recursos para conseguir mis metas.

### **Agradecimiento**

Agradezco a los directivos y docentes de las Instituciones Educativas “Nicolás Copérnico ”y “José Maria Arquedas” que me brindaron acceso a los centros educativos, para realizarles la prueba a los estudiantes de 1ero, 2do y 3ero de secundaria.

A los estudiantes por su colaboración demostrada en el desarrollo de esta investigación.

A mi asesor, el Mgtr. Lincol Orlando Olivas Ugarte, por contribuir a la realización de este trabajo de investigación, siempre con la paciencia y dedicación que lo caracteriza.

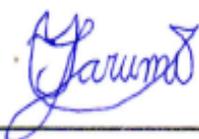
### **Declaratoria de autenticidad**

Yo, Jarumi Jaquelin Chauca Vergaray, identificada con DNI N° 75954915, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de la Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela Profesional de Psicología, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Asimismo, declaro bajo juramento que todos los datos y la información que se presentan en esta tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada. En consecuencia, acepto lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Lima, 11 de Octubre del 2017



---

Jarumi Jaquelin Chauca Vergaray

## Presentación

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento con el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, presento ante ustedes la Tesis titulada “**Adaptación del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho. Lima, 2017**”, que comprende los capítulos de introducción, método, resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas. El objetivo del estudio es adaptar el inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI), mediante ello aportar un instrumento válido y confiable para la detección, derivación o prevención de la depresión en estudiantes de los primeros años de educación secundaria, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el Título Profesional de Licenciada en Psicología.

Atte,

Jarumi Jaquelin, Chauca Vergaray

## Índice

	<b>Página</b>
<b>PÁGINAS PRELIMINARES</b>	
Página del jurado	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Declaratoria de autenticidad	vi
Presentación	vii
Índice	viii
Índice de tablas	x
<b>RESUMEN</b>	xii
<b>ABSTRACT</b>	xiii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	
1.1. Realidad problemática	15
1.2. Trabajos previos	18
1.3. Teorías Relacionadas al tema	21
1.4. Formulación al problema	47
1.5. Justificación del estudio	47
1.6. Objetivo	48
<b>II. MÉTODO</b>	
2.1. Diseño de investigación	51
2.2. Variables, operacionalización	52
2.3. Población y muestra	55
2.4. Técnicas e instrumentos de datos, validez y confiabilidad	58
2.5. Métodos de análisis de datos	63
2.6. Aspectos éticos	63

<b>III.</b>	<b>RESULTADOS</b>	
3.1.	Análisis de las propiedades psicométricas de la versión original del Inventario	66
3.2.	Análisis de las propiedades psicométricas de la versión adaptada del Inventario	71
3.3.	Baremos	87
<b>IV.</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	89
<b>V.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	93
<b>VI.</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	95
<b>VII.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	97
 <b>ANEXOS</b>		
Anexo 1:	Instrumentos	105
Anexo 2:	Validación de los instrumentos	108
Anexo 3:	Consentimiento informado	117
Anexo 4:	Matriz de consistencia	120
Anexo 5:	Población de estudiantes de nivel secundario	121
Anexo 6:	Base de datos del Inventario	122
Anexo 7:	Base de datos de las validez de criterio	131
Anexo 8:	Artículo científico	135

## Índice de tablas

	<b>Página</b>
Tabla 1. Cambios químicos en la depresión	32
Tabla 2. Operacionalización de variable	54
Tabla 3. Población de colegios estatales pertenecientes a la UGEL 05	55
Tabla 4. Análisis descriptivo de los ítems-versión original	66
Tabla 5. Análisis por consistencia interna a través del índice Alfa de Cronbach de las dimensiones del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI) – Piloto	67
Tabla 6. Prueba de KMO y Test de esfericidad de Barlett del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI) - Piloto	68
Tabla 7. Validez basada en la estructura interna	69
Tabla 8. Matriz de componente rotado del CDI	70
Tabla 9. Análisis descriptivo de los ítems-versión adaptada	71
Tabla 10. Análisis por consistencia interna a través del índice Alfa de Cronbach de las dimensiones del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI)	72
Tabla 11. Prueba de KMO y Test de esfericidad de Barlett del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI)	73
Tabla 12. Método de Kaiser para la determinación de número de factores	74
Tabla 13. Matriz de componentes rotados por el Método Varimax con Kaiser	75
Tabla 14. Análisis de componentes principales con rotación Varimax	76
Tabla 15. Matriz de componente rotado del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI)	76
Tabla 16. Prueba de KMO y Test de esfericidad de Barlett del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI) por rotación de segundo orden	77

Tabla 17. Número de factores determinado por el Método de extracción por componentes	78
Tabla 18. Análisis de ambas dimensiones del instrumento versión original	78
Tabla 19. Pruebas de bondad de ajuste de normalidad	79
Tabla 20. Correlación inter-escalas del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI)	80
Tabla 21. Correlación inter-escalas de ambos instrumentos de medición	81
Tabla 22. Validez de contenido por criterio de jueces—versión original	82
Tabla 23. Validez de contenido por criterio de jueces – versión adaptada	83
Tabla 24. Adaptación lingüística del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI)	85
Tabla 25. Normas percentiles del CDI, según muestra total	87

## RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo adaptar el Inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho. La teoría en la que se basó el trabajo fue en el modelo cognitivo de Beck. El estudio fue de tipo instrumental y diseño no experimental, de corte transversal. La muestra fue de tipo no probabilístico, conformada por 390 estudiantes de 1<sup>ero</sup> a 3<sup>ero</sup> de secundaria de instituciones educativas públicas, con edades comprendidas entre los 11 a 15 años, pero previamente se le aplicó un piloto con 100 escolares. Los resultados obtenidos demuestran que el instrumento cuenta con validez de contenido mediante el criterio de jueces, con puntajes V de Aiken mayor a 0.80, además de presentar una alta consistencia interna por el coeficiente alfa de cronbach de 0.89 por la prueba. Mientras que por la validez de constructo al ser delimitado a dos factores explica un 34% de la varianza, por lo que se procedió a una rotación de segundo orden en la que se obtuvo 54 % de la varianza total, que determina una estructura unifactorial del instrumento, por lo que se realizó la validez de criterio con la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) hallándose que existe correlación entre ambos instrumentos, evidenciando que miden el mismo constructo. En conclusión el Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI) posee adecuadas propiedades psicométricas de validez y confiabilidad, por lo tanto se sugiere estudios con una muestra clínica para corroborar los resultados obtenidos.

**Palabras clave:** sintomatología depresiva, inventario, propiedades psicométricas

## ABSTRACT

The objective of the research was to adapt the inventory of Kovacs ' childhood depression (CDI) in adolescents in the district of San Juan de Lurigancho. The theory on which the work was based was on the cognitive model of Beck. The study was of instrumental type and non-experimental design, cross section. The sample was of non-probabilistic type, comprised of 390 students of 1<sup>st</sup> to 3<sup>rd</sup> of secondary of public educational institutions, with ages from 11 to 15 years, but previously a pilot was applied with 100 schoolchildren. The results show that the instrument has validity of content through the criterion of judges, with scores  $V$  of Aiken greater than 0.80, in addition to presenting a high internal consistency by the coefficient alpha of cronbach of 0.89 by the test. While by the validity of construct when delimited to two factors explains 34% of the variance, so it proceeded to a second order rotation in which obtained 54% of the total variance, which determines a unifactorial structure of the instrument, so the validity of criterion was carried out with the Depression scale for adolescents of Reynolds (WWTP) Finding that there is correlation between the two instruments, evidencing that they measure the same construct. In conclusion Kovacs ' childhood Depression Inventory (CDI) has adequate psychometric properties of validity and reliability, therefore studies with a clinical sample are suggested to corroborate the results obtained.

**Key words:** depressive symptomatology, inventory, psychometric properties

## **I. INTRODUCCIÓN**

## 1.1. Realidad Problemática

En las instituciones educativas se le da poca relevancia a los cambios en el estado de ánimo que se presentan en los adolescentes, puesto que se piensa que es parte de su desarrollo, los cuales prevén que van a desaparecer pasada esa etapa y que ellos sólo se están viendo afectados por esa etapa de la vida, caracterizado por cambios psicológicos, fisiológicos, cognitivos y sociales. Por lo tanto, este estudio tiene como propósito de brindar un instrumento para medir la sintomatología depresiva en estudiantes de los primeros años de secundaria del distrito de San Juan de Lurigancho, que sea válido y confiable para lograr resultados precisos sobre la situación actual de los adolescentes, de modo que facilite la intervención temprana a los que lo requieran, evitando de este modo que se incremente la tasa de suicidios que cada año se torna más alarmante.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS,2016) la depresión es una enfermedad mental caracterizado por la presencia de tristeza, anhedonia, sensación de agotamiento, falta de concentración, sentimientos negativos hacia sí mismo, perturbaciones en el apetito y desórdenes de sueño. La Guía de consulta de los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V, 2013) nos refiere que existen criterios para considerar un trastorno de depresión mayor, el cual está incluido en la categoría de los trastornos depresivos. Entre ellos tenemos un estado de ánimo abatido que en la niñez y adolescencia se puede exhibir como irritabilidad, desinterés por realizar actividades que antes le causaban placer, aumento o disminución del apetito, insomnio, fatiga casi todo el tiempo, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse e intentos de suicidio, de los que se deben presentar cinco durante dos semanas y ocasionar un cambio repentino del funcionamiento normal del individuo (p.104).

El Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10,1992) refiere que la depresión se puede presentar de forma atípica durante la adolescencia, ésta suele presentarse encubierta por otros síntomas, es así que para establecer un adecuado diagnóstico, los criterios señalan una permanencia

de dos semanas, que varía según la gravedad, presentando una pérdida de interés por actividades que frecuentaba disfrutar, sentimiento de culpa e inferioridad, pensamientos suicidas entre otros. (p.153). Por consiguiente, si el síndrome depresivo no es detectado a tiempo y recibe un adecuado tratamiento, el cual ayude al adolescente este puede llegar a atentar contra su vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), la depresión afecta a 350 millones de habitantes, lo que da como efecto una tasa de suicidios al año de aproximadamente 800, 000 personas, siendo la segunda causa de fallecimientos entre adolescentes y jóvenes, que se encuentran entre los 15 a 29 años; lo que es aún más alarmante es el hecho de que existen indicios que por cada vez que un adulto se suicida, seguramente otros 20 pretendieron realizarlo. Aunque se puede prevenir, todavía no se ha realizado una estrategia para dar solución a lo planteado anteriormente. Desde otra perspectiva, existe una elevada tasa de mortalidad, a causa de la depresión. Es así que, en Asia, Corea del Sur los indicadores revelan un 17% de suicidios, mientras que en Latinoamérica, Chile presenta una tasa parecida de suicidios, que cada período se eleva aún más en niños y adolescentes.

Sin embargo, un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud en el artículo de Salud (2017) brinda nuevos datos de la prevalencia de depresión en América Latina revelando que Brasil presenta un 5,8% en esa categoría, luego Cuba tiene un 5,5% , Paraguay un 5,2%, Uruguay y Chile presentan el mismo valor 5 %; Perú 4,8%. Inclusive Costa Rica, República Dominicana, Colombia y Argentina obtuvieron un 4,7%. Asimismo, con esto se evidencia que este trastorno va en aumento, así pues según el presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría para el 2020 este tendrá mayor impacto, incluso más que las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

En tanto que Sausa (2015) menciona que el Instituto Nacional de Salud Mental - INSM refirió que en Perú se han presentado entre 1 a 3 suicidios por día, de los cuales el 9% del valor total, ha pensado en quitarse la vida, lo que estaría relacionado en un 95% con algún trastorno mental, a lo que el psiquiatra del

centro refiere que un 70% son pacientes con depresión y en menor porcentaje trastornos de personalidad o adicciones, señalo “que dos tercios de los pacientes tienen la idea de no continuar viviendo , pero no intentan suicidarse”.

Veliz, Suclupe, Aquino, Martell, Egusquiza, Yupanqui, Valdivia, y Benítes (2014) mencionaron en el análisis de la situación de salud hospitalaria del Hospital de San Juan de Lurigancho que en el 2013, las causas de atención en consultorios externos, en adolescentes eran desde de los 10 a 19 años comprendiendo 8,449 casos. Entre los que se halla en primer lugar los trastornos de acomodación con 484 casos, en un segundo lugar se halla el trastorno de ansiedad con 464 casos, en el tercer lugar se coloca el episodio depresivo con 358 casos, el cuarto lugar le correspondió al trastorno neurológico- epilepsia con 291 casos y el quinto lugar es el síndrome del maltrato con 250 casos, estas fueron las cinco causas de morbilidad en adolescentes relacionados con problemas de salud mental que equivale al 21.9% de las atenciones en este ciclo de vida.

Los factores que ocasionan en los adolescentes síntomas depresivos, es a causa de que han sido víctimas de violencia intrafamiliar, soporte familiar inadecuado, la pérdida repentina de un padre o por acoso escolar. El rechazo social entre sus pares llega a asilar al adolescente por su falta de habilidades sociales o por una condición física que pueda presentar, en el que se ve afectado su autoestima, existen casos en los que recurren al coutting como una forma de “alivio” para el dolor emocional que presentan. Por lo tanto se debe tener en cuenta que este trastorno en su fase más grave lleva al suicidio y aunque tiene tratamientos eficaces no son una cura, solamente ayudan a que el afectado lleve una mejor calidad de vida, sin embargo no todos lo reciben por un diagnóstico erróneo y la falta de personal especializado en el tema.

Por lo expuesto anteriormente, se evidencia la importancia de contar con un instrumento que mida sintomatología depresiva en adolescentes adaptado para nuestra realidad, que presente validez y confiabilidad para una exploración más exacta en este ciclo de vida que es etiquetada como la más complicada.

## 1.2. Trabajos previos

### Antecedentes internacionales

Miranda, Laborín , Chávez ,Sandoval y Torres (2016) efectuaron un estudio con el fin de obtener las propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo , la muestra estuvo conformada por 557 escolares de quinto y sexto año de primaria distribuidos en veinte escuelas con un rango de edad entre 9 a 13 años, en los resultados se obtuvieron por el método de consistencia interna por el análisis estadístico del alfa de cronbach un puntaje de 0.82 de confiabilidad y se determinó la pertinencia de realizar análisis factorial siendo de cuatro, por lo que se halló en la medida de adecuación muestral KMO un puntaje de 0.85, entonces mediante el análisis factorial se halló cuatro factores En conclusión, el instrumento es adecuada y confiable para la población sonoreNSE.

Peréz, Guerra, Mengana, Noblega y Grau (2014) realizaron una investigación con el objetivo de adaptar el Inventario de depresión infantil de Kovacs en adolescentes de 12 a 15 años. La muestra estuvo conformada por 394 adolescentes de la provincia de Villa clara en Cuba. Los resultados se obtuvieron a través de la consistencia interna, que se determinó a través del análisis estadístico alfa de cronbach obteniendo un puntaje de 0.89 alcanzando un alto nivel de confiabilidad, mientras que se evaluó la validez de contenido considerándose estudios efectuados sobre la prueba a nivel mundial, la de constructo fue realizado mediante el análisis de componentes principales categóricos que determinó una sola dimensión como la más dominante y divergente mediante el Inventario de Autoevaluación depresión rasgo-estado infantil (IDEREN) , llegando a la conclusión de que el instrumento posee sólidas propiedades psicométricas, de validez y confiabilidad en el estudio realizado.

Lee, Krishnan y Park (2012) desarrollaron un estudio que tuvo como fin investigar las propiedades psicométricas del inventario de depresión infantil: Un análisis de la teoría de la respuesta del artículo a través de la edad en una muestra no clínica, longitudinal, adolescente, en la que se evaluó estudiantes de

escuelas intermedias y secundarias de los suburbios al noroeste de los Estado Unidos de 8 º y 12 º grados, que comprenden edades entre 13 a 15 años con una muestra de 314 en octavo grado, así como de 246 en doceavo grado. A través de los resultados hallados mediante el modelo de Rasch examinado las estadísticas de uso de categoría es decir frecuencias de categoría y medidas de promedio , que al ser basados en PCA se halló un 54,7% de varianza en el octavo grado, mientras que en el doceavo grado se explica un 59,6% en el que se determina unidimensionalidad y mediante una medida de fiabilidad utilizada por el modelo midiendo el grado en el que la escala diferencia a las personas sobre las variables de medida y es equivalente al alfa de cronbach , en el octavo grado se halló un 0.79 y en el doceavo grado un 0,74, en conclusión el uso de puntos de corte clínico pueden ser todavía algo precisos en la demarcación de adolescentes que sufren o no de depresión.

Segura, Posada, Ospina y Gómez (2010) realizó un estudio que tuvo como propósito la estandarización del Inventario CDI en niños y adolescentes entre 12 y 17 años de edad del Municipio de Sabaneta del departamento de Antioquia-Colombia , el instrumento fue aplicado a una muestra aleatoria conformada por 533 niños y jóvenes. En los resultados se determinó la confiabilidad de la prueba por el método de consistencia interna , mediante el estadístico alfa de cronbach, dando como resultado un 0.84, además de utilizarse procedimientos estadísticos como la media, desviación estándar y varianza, puntuaciones mínimas y máximas para la escala, arrojando un nivel de confianza entre el 95%. Por lo que se llegó a la conclusión de que el inventario es válido y confiable en la población, cumpliendo con las propiedades estadísticas.

### **Antecedentes nacionales**

Ríos (2015) realizó una investigación que tuvo como objetivo determinar las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en escolares de secundaria de dos colegios nacionales. La muestra estuvo conformada por 371 adolescentes entre 12 y 15 años del distrito del Porvenir. En los resultados se halló una confiabilidad aceptable, por el método de consistencia

interna a través del estadístico alfa de cronbach de 0.83 y la validez fue comprobada por el análisis factorial confirmatoria, en el cual resultó siendo la estructura bifactorial con mejor ajuste, mientras que por validez de criterio en estudios se encontró una comorbilidad mayor del CDI, en el que se obtuvo una correlación de 0,60 debido a criterios diagnósticos de la variable según expertos en el área clínica. En conclusión, el instrumento presenta confiabilidad y validez para la población estudiada.

León (2013) su investigación se enfocó en la adaptación del Inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI) en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana, la cual estuvo constituida por una muestra no probabilística de 417 alumnos de instituciones emblemáticas de 4 to de primaria a secundaria, de edades entre 9 a 13 años y se utilizó un diseño no experimental de tipo descriptivo. En los resultados se determinó su confiabilidad, por el método de consistencia interna mediante el uso del análisis estadístico alfa de cronbach obteniéndose un 0.78, mientras que para la validez se utilizó la de criterio concurrente con la prueba de Escala de Depresión de Adolescentes de Reynolds (EDAR), mientras que la validez divergente se realizó con el (Inventario de ansiedad estado- rasgo para niños - STAIC) y la de constructo a través de la medida de adecuación muestral de Kaiser Meyer Olkin (KMO), obteniéndose un valor de 0.83 procediendo al análisis factorial en el que se obtuvo 9 factores que explican el 54 % de la varianza, pero que al extraer solo dos según el modelo propuesto se halló un 23 %, llegando a la conclusión de que el inventario alcanza niveles aceptables de confiabilidad y validez.

Ramírez (2009) realizó un estudio que tuvo como propósito la adaptación del Inventario de depresión Infantil de Kovacs para la zona urbana de Cajamarca, en una muestra que estuvo conformada por 623 niños y adolescentes, entre 7 y 15 años, que se encontraban cursando 2do de primaria a 4to de secundaria, siendo un estudio de tipo descriptivo. Para los resultados se halló la confiabilidad del instrumento por el método de consistencia interna , a través del estadístico alfa de cronbach en el cual se obtuvo un 0.70, mientras que para evaluar la pertinencia de realizar análisis factorial se usó la medida de adecuación muestral

KMO obteniendo un puntaje de 0.83 en el que mediante el análisis factorial se delimitó a dos factores que explicaron el 23% de la varianza, pero que arroja 8 factores que con un 49% y la validez de criterio concurrente empleando la Escala de Depresión de Adolescentes de Reynolds (EDAR), obteniendo en ambos una correlación positiva de 0.424, así como la validez divergente mediante el Inventario de autoevaluación de la ansiedad estado /rasgo (STAIC), con lo que se llegó a la conclusión que el instrumento tiene adecuadas propiedades psicométricas que lo hacen válido y confiable para la población en estudio.

Arévalo (2008) en su investigación tuvo como finalidad la adaptación y estandarización del CDI, para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura, que diagnostique síntomas depresivos en la niñez y adolescencia. La muestra estuvo conformada por 10,345 estudiantes de nivel primario y secundaria de las tres ciudades. En los resultados para el análisis de confiabilidad, se utilizó el método de consistencia interna mediante el estadístico alfa de Cronbach obteniéndose un puntaje elevado de 0.91 y por el método de dos mitades de Guttman, además la validez se estableció en relación con el contenido que fue comprobada por expertos con más de 10 años de experiencia, en conclusión se determinó que el instrumento es fiable para diagnosticar y pronosticar la conducta depresiva, a partir de ello desarrollar programas de prevención.

### **1.3. Teorías relacionadas al tema**

En el marco teórico se consideraron los siguientes conceptos y orígenes de la depresión.

En la evolución histórica del concepto de depresión y sus trastornos relacionados Chinchilla (2008) nos refiere que los trastornos en el estado de ánimo o afectivos, siempre se ha encontrado vigente en la vida de las personas desde años atrás. Además Galeno describió la melancolía y estableció como factor causante de ese problema al exceso de bilis negra en la persona.

Mientras que en el período de la medicina grecolatina Areteo de Capadocia, determinó la melancolía y manía como dos extremos de una misma enfermedad, además de su relación entre ambas. Aristóteles lo define como el

causante de la depresión, la “bilis negra” que ocasiona que el individuo sea más frío y cuando es proporcionada en grandes cantidades, ocasiona que el cuerpo presente una serie de síntomas como, parálisis, rigidez, depresión y estados de ansiedad. Por otro lado Esquirol incluyó a la melancolía en la lipomanía que son los estados depresivos en general, que tiene una marcada diferencia con la manía y demencia que se caracteriza porque en ellos se da estados de paranoia. Mientras que Kraepelin da una clasificación sobre los síntomas de los diversos problemas mentales, diferenciando los estados afectivos. Para luego introducir el concepto de locura maniaco-depresiva, entonces Heinroth en 1918 empezó con la utilización de la palabra depresión como sinónimo de astenia.

Sin embargo, Hipócrates en sus escritos mencionaba que los trastornos eran ocasionados por desórdenes sobrenaturales, entonces él consideraba que la melancolía, era una depresión anormal que se da por la bilis negra. Por lo que se empezó a pensar en implantar un enfoque evolutivo de la depresión, que surgen por las suposiciones o ideas, que surgen de la teorías que tenían Freud y Abraham (Chinchilla, 2008, p .89).

Yapko (2006, p.20), nos explica que el origen de la depresión se encuentra en la psicología, biología y sociología. Por lo que los modelos psicológicos que han sido desarrollados por distintos teóricos. Son los siguientes:

### **El Modelo Psicodinámico**

Klein (1940) menciona “que el niño experimenta sentimientos depresivos que llegan a su culminación antes, durante y después del destete. Este un estado mental en el niño que denominó “posición depresiva ” (p.126).

Asimismo cuando el infante pasa por el proceso de destete, esto lo lleva a una fase de duelo, por lo que representaba el pecho de la madre y la leche durante ese periodo en la mente del mismo como la seguridad, bondad y amor, por lo que al sentir que pierde todo empiezan a surgir en él sentimientos de culpa, llegando a pensar que eso ocurre como resultado de su incontrolable voracidad.

Entonces en un proceso de desarrollo normal estos sentimientos de miedo desaparecerían, por lo tanto si se le brinda externamente lo que el niño ha perdido por medio de experiencias felices en las que él pueda experimentar amor, confianza y la disminución de sus miedos, esto ayudará al niño progresivamente a salir de esa fase de depresión y sentimiento de pérdida que esta experimentando. Ya que la relación que establece el niños con sus padres o el resto de personas se produce por el proceso de internalización, con el que va construyendo un mundo interno en su inconsciente con experiencias reales, aunque distorsionado por sus fantasías, pero que al encontrarse rodeado en un entorno en el que las personas se encuentren en paz unas con otras y con su yo, esto dará como resultado una integración de armonía interior y un sentimiento de seguridad.

Sin embargo, existe una frecuente ansiedad que el niño presenta relacionado con la madre externa, en discrepancia con la madre interna, puesto que en el inconsciente del niño la madre interna y externa están relacionados, pero la madre interna se encuentra alterada por el proceso de internalización, ya que la imagen se encuentra influenciada por fantasías y experiencias internas. Por lo tanto cuando las situaciones externas se internalizan , lo que ocurre desde los primeros días en adelante en el que se sigue el mismo patrón , creándose dobles internamente de las situaciones reales , que luego son alteradas por la misma razón.

Además (Klein,1940) explica que cuando los objetos internalizados (personas, situaciones y acontecimientos) del mundo interno del niño que esta construyendo se hace inaccesible a su observación, no logrando percibirlo en el exterior esto sería significativo en la naturaleza fantaseada de su mundo interno, por lo que las dudas actúan como incentivo en el niño para observar el mundo externo del cual surge el interno, siendo que la madre real le da características de como es la interna , logrando refutar las ansiedades que sienta en relación con su realidad interna es diferente en cada individuo , el cual se considera como criterio para juzgar la normalidad. Ya que algunos niños se encuentran tan dominados por su mundo interno, sus angustias, las cuales no pueden ser contrarrestadas

aún con su relación agradable con su entorno, son inevitables serios trastornos mentales.

Puesto que el niño comprueba su realidad interior a través de la externa, entonces al sentirse amado y la alegría que evidencia en relación con el mundo, fortaleciendo la confianza en su bondad, esto aumenta su esperanza de que los objetos buenos pueden preservarse y disminuye sus miedos a la destrucción del mundo interno, en cambio las experiencias desagradables y la falta de contacto con sus seres amados genera mayor ambivalencia, disminuye la confianza y confirma sus miedos de la aniquilación interna, que ocasiona que se detenga el proceso que lograba una seguridad interna. Mientras adquiere conocimientos cada experiencia se debe ajustar a la realidad psíquica que se ve influida gradualmente por el conocimiento continuo de la realidad exterior, que es paralelo al establecimiento de objetos internos buenos, que es utilizado por el yo para vencer su posición depresiva.

Por consiguiente las primeras posiciones depresivas aparecen durante la fase de neurosis infantil, siendo superadas gradualmente y que caracteriza los primeros años de vida, por el cual atraviesan los niños, asimismo llega a una buena relación con la realidad y el mundo, que solo es posible cuando el individuo ha luchado contra su caos interior (la posición depresiva), estableciendo objetos internos. Así que en el niño los procesos de introyección y proyección, que son dominados por la ansiedad y agresión presentando luego temores de persecución, a lo que se le agrega el miedo a la pérdida de los objetos amados y de esta forma se origina la posición depresiva.

Klein (1940, p.128) refiere que:

“el concepto de posición depresiva es la introyección de todos los objetos amados que originan preocupación por temor de que sean destruidos (por los objetos “malos” y el ello) y de que los temores paranoides y sus defensas, lo constituyen”.

Ya que en el deseo del niño por vencer a sus padres, este fantasea en que llegue el momento en el que será fuerte, mientras que sus padres se convertirán por la edad en personas débiles, el éxito que consigue a través de sus fantasías que significaría el dañar al otro, siendo que la reparación de los objetos amados

que viene hacer los mismos sobre los que se triunfa, entonces se frustra y el sentimiento de culpa permanece , que lo conduce a la desconfianza y a sentimientos de persecución , que puede dar paso a una depresión o un aumento en las defensas maniacas , lo que influye en la posición depresiva infantil.

Bleichmar (2005) sostiene que: ‘La depresión aunque se han considerado de origen orgánico, eso no significa que las ideas que presenta el paciente, no se encuentren en su vida en episodios significativos del mismo’ (p.31).

Por lo tanto el factor de la depresión no va ser encontrado en la tristeza del afectado, sino en el tipo de idea que presenta y el mismo que define como irrealizable un deseo, siendo este el que conforma el pensamiento del depresivo, puesto que la tristeza estaría desencadenado por este pensamiento, asimismo la repuesta agresiva contra sí mismo por la frustración del deseo. Ya que existen otras dos teorías en el Psicoanálisis enfocadas en: la depresión por descenso de la autoestima referido por Fenichel o Briding y como consecuencia de los impulsos agresivos (Bleichmar, 2005).

Para Freud, citado por Yapko (2008, p.21) menciona que la depresión es “la vuelta de agresión hacia sí mismo”. Lo que está relacionado con sucesos ocurridos durante la infancia, como el deceso de uno de nuestros padres o el alejamiento. Puesto que en la niñez son dependientes a los padres y cuando sienten que son abandonados por ellos les causa coraje, hacia ellos que no pueden expresar en su contra por el temor que tienen de ser abandonados, entonces terminan desvalorizándose a sí mismos, entonces presenta relevancia los acontecimientos ocurridos en el pasado del individuo, que ocasionarían que proyecten en sí mismos, el enojo o ira que sienten hacia otra persona por el temor de ser abandonados por esta.

Chinchilla (2008) refiere que existen factores predisponentes que influyen en la aparición de la sintomatología depresiva, como son las experiencias tempranas. Las primeras hipótesis surgen de Freud, que introdujo un enfoque evolutivo de la depresión. Por lo que ciertas perdidas en edades tempranas que se dan en la etapa oral de su desarrollo comienzan a introducir la sintomatología depresiva.

## **El Modelo conductista**

Las emociones son a las que varias veces las personas les atribuye como la causa de un determinado comportamiento, siendo que se considera que al sentir “miedo” huimos y nos deprimimos por el “dolor”, que a la vez son atribuidas a acontecimientos presentes a cosas que nos asustan o entristecen. Ya que, el comportamiento, la emoción y el suceso externo anterior conforman los tres enlaces de la cadena causal familiar, considerando que el segundo puede ser psíquico o fisiológico, entonces cuando es psíquico, es por un acontecimiento externo hace que el individuo reaccione emocionalmente y que esto lo lleve luego a realizar la acción, por lo consiguiente en lo fisiológico no se ha logrado distinguir un patrón particular de respuestas por cada emoción en las glándulas (Skinner, 1965).

Mientras que las respuestas formadas por los músculos faciales y posturales usualmente expresan la emoción mediante la secreción de lágrimas, por lo tanto las expresiones emocionales son imitadas por el comportamiento operante que es modificada por el entorno social ajustándose a la cultura, puesto que cuando se dice que una persona expresa cierta emoción (enojo o tristeza) se dice que tiene predisposición para actuar de cierta manera. Asimismo se evidencia que cualquier privación extrema actuaría como una operación emocional, entonces si cambiamos el entorno de un individuo lo hace también parte de su conducta y deseara regresar a su anterior entorno, bajo la privación le hablará a cualquiera de su antiguo ambiente, puesto que la nostalgia es una condición emocional caracterizado por un debilitamiento general una “depresión” que no es resultado de lo que se ha restringido.

Skinner (1965) aclara que ansiedad surge cuando a un estímulo le antecede un refuerzo positivo por un intervalo de tiempo, ya que si el individuo recibió un correo con malas noticias luego al recibir un sobre parecido le generará ansiedad, entonces el comportamiento de evitación es reforzado por las malas noticias recibidas previamente en el sobre, predisposición emocional en la que también se encuentra en igual oposición polar la depresión, pues el efecto de los estímulos que particularmente anteceden a un reforzador puede convertir en crónico en el que “malas” cosas suceden con frecuencia.

Skinner (1991) nos refiere: “La función que ejercen los sentimientos en el análisis de la conducta. Siendo el sentimiento un acto sensorial que no es comparable con la depresión, ya que la persona no reconoce que le produce depresión” (p.17).

Puesto que resulta lógico pensar que las personas se comportan de determinada forma a causa de los sentimientos que pueden experimentar, pero esto no sería una causa desencadenante, entonces el autor señala que el origen de la tristeza no es porque se llora, sino esto sucede porque ocurrió algo responsable de lo que uno hace y siente, encontrándose en el pasado remoto. Por lo tanto las personas obtienen consecuencias por sus actos y si están no son adecuadas para modificar su conducta, pero en ocasiones si se deja que la conducta se mantenga, aunque sea negativa recibiendo beneficios por esta, se estaría promoviendo en una persona depresiva que no busque el cambio. Ya que una persona deprimida puede buscar la atención familiar o del resto, que solo obtiene cuando se encuentra en ese estado, entonces dejara de realizar actividades que le ocasionen bienestar.

### **El Enfoque Racional-Emotivo**

Ellis (2003) refiere desde su punto de vista que: “Los individuos no tienden a reaccionar directamente de una forma emocional o conductual ante una situación de su vida, ya que primero ellos crean las reacciones que tendrán, mediante la interpretación que le dan a la situación experimentada ” (p.17).

Por lo tanto este modelo se basa en la percepción que tiene la persona del acontecimiento para luego formar la emoción o conducta que expresará a su entorno.

La aparición de la depresión es repentina y uno de los aspectos cognitivos predominante es el relacionado con el estado de ánimo disfórico es el recuerdo selectivo de experiencias, ya que al estar deprimido tiende a recordar momentos desagradables bloqueando sentimientos positivos, considerándose merecedora de las ofensas de los que la rodean .Además nos presenta el esquema A-B-C, refiriendo que se da primero la experiencia activadora que se da de forma

inesperada, en el punto B son las creencias irracionales que presenta el sujeto ,el punto C es la consecuencia que se expresa de forma emocional o conductual (Ellis, 2003).

Entonces analiza lo ocurrido antes, para luego determinar su forma de reaccionar ante el mismo. Lo que se puede deber a un evento que ocasionaría dicha reacción o sin la necesidad de que el acontecimiento haya sucedido, aún podría el individuo presentar creencias erróneas que lo lleven hacia la depresión , siendo que las personas presentan creencias o pensamientos (B), acerca de los eventos activadores (A), pero B ejerce influencia en las consecuencias (C) cognitivas , conductuales y emocionales , encontrándose como mediador el B , no como el causante directo de C, puesto que el esquema presenta ambos como causantes de C , pues en general no se experimenta B y C sin la A , en el cual se debe tomar en cuenta que el punto B de las personas adoptan formas muy diferentes por el gran número de cogniciones que presenta, en el cual se encuentran creencias racionales que lo conducirán hacia conductas de autoayuda o de creencias irracionales que lo conduzcan hacia conductas autodestructivas.

Ya que cuando el individuo convierte sus deseos en una necesidad exagerada, surgen las creencias irracionales, que originan perturbación utilizando frases como “debería o es necesario”, que generan una distorsión en la forma de pensar y actuar.

### **El Modelo Cognitivo**

Beck (1967) explica que la depresión es una condición que anteriormente ha sido descrita bajo la clasificación de melancolía , en el cual Arateus describe al paciente melancólico como triste, consternado, que en una etapa más avanzada se queja de insignificancias presentando pensamientos suicidas , en los que se manifiesta los siguientes atributos: Una alteración en el estado de ánimo , un concepto negativo de sí mismo , deseos regresivos, de muerte y cambios vegetativos (insomnio, cambio en el nivel de actividad –retraso o agitación).

El término de depresión se usa a menudo para designar a un patrón de desviaciones en los sentimientos, la cognición y el comportamiento, que es considerado como un síndrome, que suele aparecer como un concomitante de trastorno psiquiátrico o la manifestación de una enfermedad orgánica, siendo que el término está calificado de una forma particular, siendo depresión reactiva, depresión agitada o reacción psicótica –depresiva. Ya que al pesar del tormento experimentado como resultado de sus ideas autodestructivas, las personas no son fácilmente influenciados por evidencia objetiva o evidencia lógica de la irracionalidad de sus ideas.

Es así que las interpretaciones erróneas acerca de una situación o acontecimiento, siendo que incluso la persona deprimida hace proyecciones a largo plazo de que su sufrimiento actual continuará indefinidamente. Ya que el modelo cognitivo explica los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos (Beck, Rush, Shaw y Mery, 1979, p.11)

Entre los síntomas descritos, se encuentran los síntomas motivacionales que están conformados por la parálisis de voluntad, deseos de evasión que se manifiestan como consecuencias de las cogniciones negativas, así mismo el aumento de la dependencia por la desvalorización que presenta de sí mismo, al buscar ayuda a quienes considera más capaces. Además se explican los síntomas físicos de la depresión, como la apatía, como el resultado de una creencia irracional que presenta la persona, puesto que una visión negativa del futuro puede llevarlo a la “inhibición psicomotora”.

Beck, Rush, Shaw y Mery (1979) refieren que el modelo teórico ofrece una hipótesis sobre la predisposición a la depresión, proponiendo que experiencias tempranas son las que proporcionan la base para la formación de conceptos negativos, entonces estos esquemas pueden estar latentes, pero ser activados por situaciones específicas que son similares a las experiencias responsables de alojar la actitud negativa. Por lo consiguiente, las situaciones de vida adversas no producen una depresión, a menos que la persona sea particularmente afectado a una situación específica debido a su organización cognitiva, siendo que el pensamiento de la persona propensa a presentar depresión es restringida y

desarrolla ideas negativas sobre cada aspecto de su vida , así mismo existen estudios que fundamentan la presencia de déficits cognitivos específicos en personas deprimidas.

Por lo consiguiente, las construcciones negativas que distorsionan la realidad son postulados como el origen en una serie de síntomas, entre los que se consideran como predominantes el dolor psíquico, agitación y pérdida de energía, siendo que un conjunto de distorsiones cognitivas o errores de procesamiento, formadas en un suceso anterior se activa cuando la depresión se precipita, al originarse por desequilibrio bioquímico, estrés psicológico, entre otros. Entonces, se podría decir que en la persona deprimida se presenta una organización cognitiva distorsionada en la forma de interpretar la realidad, en la cuales sus creencias e ideas parecen ser una representación verídica.

Beck, Rush, Shaw y Mery (2010) indican los tres tipos de cogniciones que tenemos, conocida como tríada cognitiva en el que la persona: tiene un pensamiento negativo de sí mismo, del mundo y sobre el futuro.

En el primero el individuo tiende a desvalorizarse encontrándose algún defecto, por el cual no consigue alcanzar la felicidad, pero en el segundo piensa que el mundo está contra él, que le exige demasiado colocándole obstáculos para que no logre su objetivo y en el tercero se centra en pensar que por cada proyecto que se plantee va a fracasar, formulándose todas las dificultades inevitables que traerá consigo el realizarlo.

Beck, Rush, Shaw y Emery (2010, p.13) señalan “que cuando existe presencia de esquemas irracionales están surgen de experiencias tempranas, que ocasionaran la triada cognitiva”. Ya que la terapia creada por Beck se basa en reconocer los pensamientos de la persona en las sesiones terapéuticas, identificando las “distorsiones cognitivas”, mediante una reevaluación de la mismas.

#### Errores en el procesamiento de la información

Los errores existentes en el pensamiento de la persona, son los que determinan que estos se mantengan que son:

1. Inferencia arbitraria, es cuando se adelanta una conclusión, aunque exista ausencia de la evidencia que la afirme.
2. Abstracción selectiva, se da cuando se conceptualiza toda experiencia de acuerdo a un segmento de la situación, sin tomar en cuenta otros datos del mismo.
3. Generalización excesiva, consiste en generalizar una situación a partir de haber vivido anteriormente hechos parecidos.
4. Maximización y minimización, esta determinado en la evaluación de la magnitud de una situación, que evidencian una distorsión.
5. Personalización, es cuando la persona se atribuye a sí mismo alteraciones externas ocurridas, sin que exista evidencia del mismo.
6. Pensamiento dicotómico, en este el individuo se enfoca en solo colocar en dos categorías a una experiencia o para describirse, un paciente con depresión escoge el extremo negativo.

Por consiguiente la persona siempre cuando está en la fase depresiva tiende a tener pensamientos negativos de sí mismo y en el tratamiento no se le presta atención a acontecimientos sucedidos durante la infancia, se centra en problemas que pasan en el presente.

### **Modelo Biológico**

González (2004) menciona que existen modelos biológicos que explican la presencia de la depresión en el individuo:

Puesto que hace mención que el origen de la depresión es más predominante en psiquiatría tradicional siendo de corte médico, que se caracteriza por atribuir como fuente de la depresión a alguna enfermedad de carácter orgánico.

Los modelos dan como punto de inicio a tres sistemas neurotransmisores cerebrales que ocasionan sintomatología depresiva: serotoninérgico, dopaminérgico y noradrenérgico. Entonces la depresión se originaría por

alteraciones bioquímicas que provocan un descenso en la serotonina, dopamina y noradrenalina en los espacios presinápticos de determinadas zonas cerebrales, que induciría a la aparición de síntomas que sirven para realizar el diagnóstico (González, 2004).

Álvarez y Gastó (2008) menciona que tres de los síntomas principales de la depresión estaría relacionado con la disminución serotoninérgica (5HT) en el sistema nervioso central, que se observa en la siguiente Tabla.

Tabla 1

*Cambios químicos en la depresión .Posibles consecuencias y correlaciones con la sintomatología convencionalmente descrita.*

Cambio químico	Síntoma nuclear	Repercusión	Síntomas clínicos
Hipofunción 5HT			
Serotonina	Baja resistencia al dolor	Malestar físico insoportable: cefaleas, lumbalgias y distensión abdominal.	Somatización
	Baja resistencia al estrés		Síntomas hipocondríacos
Melatonina	Alteración de los ritmos circadianos.	Incapacidad para tomar decisiones, desesperanza y angustia intensa.	Tristeza.
	Dificultad para experimentar sensaciones placenteras.		Pesimismo hacia el futuro.
		Baja eficiencia del sueño.	Sentimiento de culpa.
			Insomnio
			Sensación de agotamiento
Hipofunción catecolaminérgica			
Dopamina	Poca activación general del SNC.	Perdida del interés en el área familiar, laboral, etc.	Desinterés por la vida Baja autoestima
Noradrenalina	Disfunción cognitiva.	Activación disminuida de atención y concentración.	Fatiga Bajo rendimiento académico Inhibición

*Nota:* extraído de Álvarez y Gastó (2008)

Asimismo, se debe tener en cuenta la predisposición genética que pueden presentar algunos individuos que lo hacen más vulnerable a presentarlo.

Los factores que hacen te hacen más propenso a tener depresión son los genes, porque existe un posibilidad de que sean heredados, la personalidad también es determinante si eres rígida, te sobrecargas de trabajo puedes esconder una depresión, el estilo de pensamiento que se minimizan así mismos, enfermedades crónicas el sentir que dependes del resto, estrés o un suceso de duelo, enfermedad física cuando ya se es adulto mayor , administrarse algunos fármacos que presenta efectos secundarios en el estado de ánimo, así como las sustancias psicoactivas (San y Arranz ,2010).

Puesto que cuando se está en tratamiento se busca que disminuya el malestar, obteniendo estabilidad a través de ello, por el bienestar del individuo que padece el síndrome depresivo.

### **Descripción clínica**

En la descripción clínica de la depresión se utilizaron los manuales más empleados en el área clínica para la detección de enfermedades mentales, por lo consiguiente:

Para el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1992) la depresión se presenta con una variedad de síntomas, que se dan de forma distinta para cada episodio y en cada individuo, que no suele responder a cambios ambientales. Para realizar un diagnóstico de episodio depresivo según su nivel de gravedad, se requiere que presenten una duración de dos semanas, pero en casos excepcionales este período disminuye.

El individuo suele presentar una pérdida de la capacidad para disfrutar, disminución de su vitalidad, entonces reduce su actividad y exhibe un cansancio exagerado .También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- La disminución de la atención y concentración.
- La pérdida de la confianza de sí mismo.
- Las ideas de culpa y se sentirse inútil (incluso en episodios leves).
- Una perspectiva sombría del futuro.

- Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Los trastornos del sueño.
- La pérdida del apetito.

En el episodio depresivo leve, para el diagnóstico se debe tener en cuenta la pérdida de la capacidad para disfrutar actividades y el aumento de fatiga, de los cuales se deben presentar dos o tres para diagnosticar al individuo en ese nivel, además de que estén presentes al menos dos de los síntomas enumerados anteriormente, sin que se den en un grado intenso, entonces sólo se les dificulta realizar su actividad laboral y social, sin dejarlas por completo. Que se pueden presentar sin o con síntomas somáticos.

En cambio, en el episodio depresivo moderado deben de presentarse dos o tres de los síntomas del episodio leve, además al menos tres o cuatro de preferencia del resto de síntomas. En este nivel el individuo, suele tener grandes dificultades para desarrollarse en actividades sociales, laborales o domésticas, el cual también se puede dar sin o con síntomas somáticos.

Por otro lado, en el episodio depresivo grave se presenta sin o con síntomas psicóticos que se caracteriza por una pérdida de estima, sentimientos de culpa y existe riesgo de suicidio en casos graves, por lo que los síntomas somáticos en este episodio, suelen estar presentes, entonces cuando se da el episodio depresivo grave sin síntoma psicótico, deben de presentarse tres de los síntomas mencionados en el episodio depresivo moderado, además cuatro del resto de síntomas, con una intensidad grave. El diagnóstico se puede realizar con una duración menor de dos semanas, por ser particularmente graves o de inicio muy rápido. Mientras que en el episodio grave con síntoma psicótico, se presentan los síntomas anteriormente mencionados en el episodio sin síntoma psicótico y se manifiestan ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo.

En la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del (DSM-V, 2013) menciona que para realizar un diagnóstico de trastorno de depresión mayor se debe tener en cuenta, los síntomas que se suele presentar, en un episodio único o recurrente, la gravedad, la manifestación de características psicóticas y el estado de remisión.

En la categoría de trastornos depresivos se encuentran: El trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, en el cual se realiza el primer diagnóstico a partir de los seis años hasta los 18 años, por lo que su aparición se da en la niñez o durante la adolescencia temprana. En el trastorno de depresión mayor, para su diagnóstico en uno de los criterios hace énfasis que en los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y que los síntomas presentados ocasionan un deterioro en lo social, laboral u otras áreas.

Además, en el trastorno depresivo persistente (distimia) es una nueva categoría que agrupa el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV, en el cual se considera que la duración de un estado de ánimo irritable durante la niñez y la adolescencia, se debe dar mínimo por un periodo de un año; asimismo, existen criterios para un trastorno de depresión mayor que aún pueden estar presentes por dos años. Entonces dentro de dicha categoría existe una diversidad de trastornos, los cuales presentan un listado de síntomas, entre ellos el que más prevalece es el estado de ánimo deprimido.

Ha existido distintos debates, en cuanto a la duración del trastorno en la niñez y en la adolescencia, se planteaba que es transitorio o duradero, así mismo estudios longitudinales demuestran que la depresión infantil tiene probabilidad de una alta duración, pues que al relacionar sintomatología depresiva a lo largo del tiempo suele ser alto - recurrente y que en los niños que exhiben trastornos durante esa etapa, aún continúan presentándolo en su etapa adulta ( Del Barrio y Carrasco, 2013, p.24 ).

Al profundizar en la historia del Inventario encontramos que el test ha pasado por diversos cambios desde su origen, entre ellos tenemos:

Del Barrio y Carrasco (2013, p.71) señala, que el instrumento a utilizar, ha sido creado por María Kovacs basada en la Teoría de Beck en el instrumento diseñado por el mismo para adultos. El inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI) fue el primer instrumento más usado para medir sintomatología depresiva en niños y adolescentes y el primero de origen americano (Canadá). La primera

forma fue en 1977 con la autoría de María Kovacs y Aron Beck, aunque hasta 1992 se empezó su distribución formalmente.

La primera investigación en el cual se estandarizó el instrumento a Perú, fue en la de Reátegui en 1994, pero primero se realizó una adaptación lingüística la cual fue aplicada a una muestra piloto para verificar la comprensión de los ítems, para la muestra planteada de 685 sujetos con un diagnóstico clínico y otra sin problemas clínicos, categorizándolos entonces según su nivel socio-económico y los que presentan problemas de aprendizaje, al final se logró adecuar a la población en estudio, demostrando su fiabilidad y confiabilidad del instrumento.

Además, luego se realizó la adaptación española del test por Victoria del Barrio y Miguel Ángel Carrasco en 2004, con un rango de edad para la aplicación de los 7 a 15 años con la que se diferencia con la versión original en la que se toma en cuenta entre los 8 a 17 años, que ha sido muy utilizado para realizar investigaciones sobre las propiedades del instrumento y en adaptación de dos de los antecedentes nacionales presentados en este trabajo.

Pero posteriormente se adaptó e estandarizó en Trujillo, Chiclayo y Piura la prueba por Arévalo en el 2008, el cual será utilizado para el estudio, que cuenta con una muestra total de 10,345 estudiantes de primaria y secundaria, mientras que en el 2009 se realizó una adaptación de la prueba por Ramírez en una población conformada por 623 niños-adolescentes y en un estudio en el 2013 se adaptó para la UGEL 02 de Lima Metropolitana el instrumento, con una muestra de 417 alumnos de instituciones emblemáticas expuestos en una revista, pero sin colocar el protocolo adaptado ni los baremos hallados, después del procesamiento de los datos encontrados en esa investigación. Luego se analizaron las propiedades del test en el 2015 en un estudio que comprobó su validez con el análisis factorial confirmatorio entre otros.

Entonces en el siguiente apartado se menciona la línea de investigación con sus respectivos procedimientos estadísticos que determinan la confiabilidad y validez de un instrumento de medición.

## **Psicometría**

Se le atribuyen diversas definiciones. Entre ellos que a través de teorías, métodos y técnicas relacionados con el desarrollo de los tests, mide de forma indirecta fenómenos psicológicos, para de este modo realizar descripciones, explicaciones que orienten al psicólogo a tomar una decisión, para intervenir en el comportamiento del paciente (Meneses, Barrios, Bonillo, Cosculluela, Lozano, Turbany y Valero, 2013).

Martínez (2013) refiere que este término abarca un conjunto de modelos formales que hacen posible la medición de las diversas variables psicológicas, centrándose en las condiciones que posibilitan llevar a cabo el proceso de medición y establecer las bases para que se desarrollen de forma correcta.

## **Test**

El término “test ” ha sido adaptado internacionalmente para ser nombrado así el examen que es utilizado en psicología y educación, siendo un reactivo que al aplicarlo al sujeto revela del tipo de aptitud que posee, su forma de ser, entre otros .Por lo tanto estos reactivos están conformados por preguntas, tareas , situaciones, etc.

Para Yela (Citado por Martínez, 2013) señala que un test es una situación problemática anteriormente estudiada, que el sujeto responde mediante instrucciones y cuyas respuestas se comparan con las de un grupo normativo, criterio o grado de algún aspecto de su personalidad.

## **Clasificación de los tests**

Martínez (2013) menciona que existen una variedad de tests que se dividen en test psicométricos y proyectivos, los cuales se caracterizan:

Por Método:

Test psicométricos.- Que evalúan las repuestas cuantitativamente, ya que sus elementos se valoran de forma numérica, midiendo características psicológicas.

Test proyectivos.- En su evaluación se siguen criterios cualitativos, que miden características generales de la personalidad.

Por la finalidad:

Se refiere a la utilización que se da a la prueba, ya que en ambos contextos puede servir el instrumento.

De investigación.- Suele aplicarse para obtener medidas, analizar diferencias, calcular estadísticos.

De diagnóstico.- Cuando mediante su utilización se desea evaluar alguna conducta del individuo.

Por el planteamiento del problema:

Las pruebas están conformados por una muestra de conductas que presenta un planteamiento del problema, por lo cual dicha respuesta será interpretada como:

De ejecución máxima.- En la prueba la situación de cada reactivo plantea un problema que el evaluado debe resolver utilizando sus capacidades. Entre estos test se encuentran la de inteligencia, rendimiento, aptitudes.

De ejecución típica.- La prueba plantea reactivos con situaciones usuales de la vida corriente, cuya respuesta refleja la conducta típica del evaluado en las situaciones planteadas.

El proceso de inferencia psicométrica:

Martínez (2013, p.35) define que:

“En la medida psicológica, el objetivo es describir una característica de un sujeto por medio de una puntuación, que puede ser “abierta” siendo conductas directamente observables o “encubierta” como es el caso de la mayor parte de las variables psicológicas”.

Por lo tanto a las conductas abiertas se las puede registrar mediante la observación y asignarles una puntuación, en cambio con las encubiertas se administra test, inventarios o cuestionarios.

## **Fiabilidad**

Meneses et al., (2013), se “refiere a la consistencia y precisión de un test, de esta forma los resultados son exactos, siendo confiables”. Para conseguir la fiabilidad de un test se debe tener en cuenta al analizarlo, el grado de relación que existe entre las puntuaciones observadas y verdaderas, que luego de aplicaciones repetidas de la prueba, a esta correlación se le denomina índice de fiabilidad del test (Martínez, 2013, p.78).

### **Tipos de fiabilidad**

#### **Método de las formas paralelas**

Martínez (2013) menciona que para establecer fiabilidad se debe determinar la consistencia en las que se mantienen en una misma posición, por ello son examinados con dos medidas paralelas, para calcular la correlación entre ambos. Por lo tanto se denomina coeficiente de fiabilidad a la correlación entre las puntuaciones obtenidas con los tests paralelos.

En cuanto al método, Meneses et al. (2013, p.82) refieren que reside en calcular el coeficiente de correlación de Pearson con las puntuaciones de la muestra, en dos formas paralelas, ya que al existir diferencias entre las puntuaciones de los mismos participantes en ambas formas serían errores de medida de la prueba.

#### **Método test – retest**

Consiste en la medición en diferentes momentos la misma prueba, con los participantes a los cuales se les aplicó anteriormente, que es calculado por el valor del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson y debe ser luego de un período largo la segunda aplicación del test (Meneses et al., 2013, p.84).

Martínez (2013) refiere que en este procedimiento se estudia la correlación entre ambas puntuaciones obtenidas en las dos ocasiones, ya que si el evaluado consigue la misma puntuación en ambas aplicaciones, esto indicaría una fiabilidad

perfecta, siendo una forma para determinar el coeficiente de fiabilidad y que refleja la estabilidad entre las puntuaciones.

### **Consistencia Interna**

Meneses et al. (2013) señala que la consistencia interna “hace referencia al grado en que cada una de las partes de las que está compuesta es igual al resto” (p.84).

Método de las dos Mitades.- Es cuando se correlacionan las puntuaciones obtenidos por el grupo, en el que se divide el test en ítems pares e impares (Meneses et al., 2013).

Martínez (2013) menciona que luego de la aplicación, antes de corregirlos, se divide los ítems en dos, el cual está conformado cada uno por la mitad del test original, para crear dos mitades que sean lo más paralela posible.

Spearman Brown.- La cantidad de reactivos que componen la prueba elevan la confiabilidad de la misma, ya que si medimos la fiabilidad dividiéndolos en el total de las puntuaciones de los ítems pares e impares, existiría un sesgo. Por lo que para obtener la confiabilidad del total de la prueba, se debe de realizar la corrección para conseguir la confiabilidad, aunque se ha eliminado o agregado reactivos (Meneses et al., 2013, p.86).

Martínez (2013) agrega que es el método más utilizado para comprobar la fiabilidad del test, cuando está dividido en dos mitades. Ya que calcula separadamente la puntuación de cada una de las partes y el coeficiente de correlación entre ambas puntuaciones.

### **Covariación Entre Los Ítems**

Coeficiente Alfa De Cronbach.- Se da cuando la covarianza de los ítems es alta en relación con el total del instrumento, más subirá su valor (Meneses et al., 2013).

## **Validez**

Es cuando el instrumento mide lo que se pretende, así mismo la validación influye en todo el proceso y no es considerada como la etapa final en la construcción de una prueba (Santisteban, 2009, p.210).

### **Tipos de Validez**

#### **Validez de constructo**

Para Santisteban (2009) Es “lo que es capaz de especificar acerca de la naturaleza del constructo psicológico que subyace a las mediciones, que a demostrar que un test mide aquello que se supone que mide ”.

Es la fundamentación conceptual del constructo en el cual deben estar incluidos otros constructos psicológicos y conexiones con el mismo, brindando aportes a la teoría (Santisteban, 2009).

Martínez (2013) menciona que la validación de constructo son el conjunto de evidencias que apoyan la puntuación del test son indicadores del constructo, ya establecida la validez se pueden realizar interpretaciones de la prueba.

#### **Validez en relación con el Contenido**

Se hace énfasis en la relevancia del contenido. Para establecerla se debe conocer el constructo y solo un experto puede concluir cumple con este tipo de validez (Santisteban, 2009, p.217).

Martínez (2013) menciona que para este tipo de validez se debe saber en que grado los ítems son adecuados en el dominio de la conducta estudiada, ya que para la validación existe dos aspectos que se toman en cuenta (la relevancia y la representatividad), se dice que es relevante cuando todos los reactivos están orientados a evaluar la variable en estudio, pero para demostrar la validez, los ítems deben representar una muestra del universo.

Además, Santisteban (2009, p.216) señala que este “ se introduce desde el inicio del proceso de construcción de la prueba mediante la elección de los ítems adecuados”.

Evidencias de validez convergente y discriminante:

Se da cuando se relaciona puntuaciones del test con otras variables. En la validez convergente la relación se establece con pruebas que midan la misma variable en estudio, pero en la discriminante se relacionan con constructos diferentes (Santisteban, 2009, p.219).

En la validez convergente se correlaciona las medidas de un mismo constructo utilizando diferentes métodos, pero en la validez discriminante la correlación se da con dos constructos diferentes entre sí, en el cual se puede utilizar el mismo método para ambos o diferentes (Martínez, 2013, p.352).

Validez en los procesos de respuesta:

Se refieren a los procesos psicológicos que deben estar inmersos en el sujeto cuando está respondiendo el test, los cuales deben estar utilizando en teoría, puesto que si no estaría dando puntuaciones no válidas para los investigadores que crearon la prueba (Santisteban, 2009, p.221).

Validez en relación con el criterio:

Santisteban (2009) menciona que con este tipo de validez " Se indica cual es la eficacia del test en la predicción de algún comportamiento futuro del sujeto en situaciones específicas ".

El criterio suele ser la variable de interés, siendo una medida directa e independiente que explica lo que el test pretende inferir, por lo tanto antes de tomar decisiones según los resultados del test es necesario que exista relación entre ambos (Martínez, 2013, p.341).

Por lo tanto cuando se da la medición de la variable a través del criterio y a la misma vez la de predictor (test), correlacionándose entonces se obtiene la validez concurrente. Por otro lado, cuando se realiza en diferentes momentos se llama validez predictiva. Se diferencian en cuanto a su objetivo, en el concurrente está orientado al diagnóstico, mientras que el otro solo predice resultados futuros del sujeto (Santisteban, 2009).

Validez de la estructura interna del test:

Santisteban (2009, p.223) menciona que para comprobar la validez de un test se debe tener en cuenta que la estructura del test, coincida con la distribución en la que se ha basado el constructo teóricamente.

## **Las puntuaciones de los test**

### **Puntaje bruto**

Es un número que representa una cuantificación de la variable a medir, siendo el resultado final de la medición, pero gran parte de los test de medición obtiene este puntaje mediante el conteo de los números asignados a cada respuesta de los ítems (Fernández, Cayssials y Pérez, 2010, p.79)

### **Percentil**

Es una medida de posición por lo consiguiente nunca es mayor a 99 y es fácil de interpretar, entonces al hacer un listado de puntajes brutos en el que se les asigna un centil, que es presentado en un tabla se le llama Baremo (Fernández, Cayssials y Pérez, 2010).

Fernández et al. (2010) explica que los puntajes transformados son denominados medidas de posición que se establecen en las frecuencias acumuladas porcentuales las cuales son: el percentil, decil y cuartil.

Siendo los deciles puntajes semejantes a los percentiles, pero tiene un rango de nueve posiciones a diferencia del mismo, por lo consiguiente los instrumentos que desean mayor precisión se utiliza los centiles, en cambio los cuartiles que no es usual en medición psicológica divide los resultados en cuatro grupos con la misma cantidad de datos, siendo de utilidad para el trabajo con datos estadísticos que en la construcción de tests (Fernández et al., 2010).

Existen diversos conceptos planteados por diversos autores que definen la variable y unidad de análisis:

Retamal (1998, p.9) señala que: “La depresión es uno de los tipos de alteración, que ocasiona una variación en el estado de ánimo, por lo cual prevalece la

disminución del mismo, lo que produce que la persona presente problemas para experimentar placer en las actividades habituales y falta de interés”.

Podemos distinguir hasta tres usos técnicos del término depresión según Redondo, Galdós & García (2008, p.278):

“El primero es el humor depresivo, es un estado psicológico no patológico, el segundo es un síndrome depresivo formado por una serie de síntomas, el tercer nivel es conceptual se refiere a la depresión clínica, que debe cumplir ciertos ítems”.

San y Arranz (2010) definen la depresión “es la exageración persistente de los sentimientos habituales de tristeza, es una enfermedad grave, de varias semanas o meses de duración, y que afecta tanto el cuerpo como a la mente” (p.9).

La depresión es una enfermedad de causa no conocida, aunque se ha demostrado su origen biológico, siendo de carga hereditaria, ya que en ciertos casos no existen factores estresantes que lo originen, produciéndose por alteraciones en los neurotransmisores cerebrales que los hace predisponentes a adquirirlo (Ministerio de Salud [MINSA], 2006).

Bernardo (2004, p.95) menciona que:

“En la adolescencia la depresión presenta aspectos variables, como expresiones comportamentales (llanto, pesimismo, cólera), en otras personas pueden surgir, en cambio actitudes inhibidas (mutismo, aislamiento), en otros individuos el trastorno puede estar encubierto por trastornos psicósomáticos o conductas riesgosas”.

Asimismo, se considera a los adolescentes dentro de un grupo mentalmente “sano” (jóvenes de 10 a 19 años), pero en ocasiones su muerte se da de forma temprana debido a un accidente automovilístico, por un crimen, suicidios, inconvenientes en un embarazo precoz y enfermedades que se pudieron prevenir o tratar, si hubieran sido diagnosticados a tiempo (OMS, 2016).

Cumsille, Loreto, Rodríguez y Darling (2015) mencionan que durante la adolescencia temprana es la etapa sensible en la que pueden aparecer síntomas depresivos, ya que se inician cambios relacionados con la autonomía y aparecen

conflictos entre padres e hijos, existen estudios que confirman que a mayor calidez de los padres es un factor protector para ellos, ya que una emocionalidad negativa en la infancia provoca que a largo plazo se aumente el riesgo de presentar depresión en la adolescencia temprana.

En la Convención sobre los Derechos del niño que entro en vigencia desde 1990, explica que se denomina como niño a todo ser humano menor de dieciocho años, a menos que este haya alcanzado antes su mayoría de edad según la ley.

### **Diagnóstico cuantitativo dimensional**

Para el diagnóstico de la depresión Infantil se tomaron en cuenta los siguientes indicadores que evalúan la presencia de la variable en estudio.

Del Barrio y Carrasco (2013) menciona, que para realizar un diagnóstico de este tipo, se utilizan cuestionarios, autoinformes, los cuales son construidos de listados de síntomas de depresión. Los cuales son ordenadas en categorías relacionadas a las respuestas emocionales, con las respuestas conductuales, cognitivas y somáticas, que acompañan habitualmente la enfermedad.

### **Respuestas conductuales**

Son las respuestas que son observables en niños y jóvenes con sintomatología depresiva: alteraciones en el lenguaje (tono de voz, silencios prolongados), oposicionismo, onicofagia, llantos, soledad, agresiones, consumo de sustancias psicoactivas y realizar conductas de riesgo.

### **Respuestas cognitivas**

Se presenta la sintomatología depresiva de forma interiorizada y que no es observable para el resto. Sólo se puede acceder a ella a través de la información que el sujeto proporcione de forma verbal y también por medio de un cuestionario que presentan preguntas que te dan indicadores de ideas suicidas, tristeza, baja autoestima, sentimientos de culpa y disforia.

## Respuestas somáticas

Se da de forma variada y suelen presentarse temblores, astenia u otras que son originadas por una alteración orgánica, a la cual solo se tiene acceso por procedimientos técnicos.

Entonces Chinchilla (2008) refiere que existen características clínicas que suelen permanecer en el niño y el adolescente, de las cuales las que destacan son:

- El bajo rendimiento escolar.
- No presenta interés por realizar actividades lúdicas.
- Alteraciones de la conducta
- Sensación de fatiga, que suele estar acompañado con minusvalía.
- Existe riesgo de conductas suicidas.
- Incrementa el riesgo del consumo excesivo de sustancias, depresión precoz o crónica.

Por lo que al hablar de depresión los podemos dividir por fases por las que pasa el niño y el adolescente: En la etapa adolescente se presenta cambios en la conducta, con tendencia a ser irritable o a tener disforia. Pero se enfatizara como característica propia de esta etapa la impulsividad, que puede ocasionar la deserción escolar por bajo rendimiento, existe perdida de motivación intrínseca y extrínseca. Presentando una baja autoestima, sentimientos de culpa e inferioridad. Se ve afectado el ciclo del sueño normal, puesto que suelen dormir en exceso o quedarse despiertos (insomnio).

Rohde et al.(2012) explicaron las características clave del trastorno depresivo mayor en la infancia, la adolescencia , la edad adulta temprana, y la edad adulta desarrollados en el proyecto de depresión adolescente en Oregón, que comparan las cuatro etapas de vida . Los resultados obtenidos refieren que el trastorno depresivo mayor durante la infancia tiene menor incidencia, pero tienen la posibilidad de presentar una mayor duración en el episodio, sin embargo en el adolescente si se exhibe una alta tasa de intentos de suicidio aunque sean de corta duración, que también se observan en la adultez en menor proporción y

como recomendación en este último se requiere un estudio de esta etapa de forma individual.

#### **1.4. Formulación del problema**

¿El Inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI) es adaptable para ser aplicado en adolescentes de instituciones públicas del distrito de San Juan de Lurigancho?

#### **1.5. Justificación del estudio**

Por conveniencia, el trabajo contribuirá para posteriores investigaciones sobre el instrumento al ser adaptado e identificara si el instrumento es confiable y válido para detectar sintomatología depresiva, lo que beneficiara a los psicólogos clínicos, para la detección e intervención temprana de la depresión en el distrito de San Juan de Lurigancho.

En la relevancia social, se evidencia que es una enfermedad mental que va en aumento, entonces se aportara a través de los resultados que se obtengan, a la comunidad científica con un instrumento que mida sintomatología depresiva en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho, ya que de este modo se pueden prevenir casos de suicidio a través de la implementación de programas en las instituciones educativas.

La utilidad metodológica del estudio es que a través de los resultados obtenidos de la adaptación del inventario se podrá conseguir datos más exactos acerca de la variable aplicada en la población, que serán de ayuda para el servicio de psicología de cada institución educativa, siendo un instrumento útil en el área clínica para un diagnóstico válido de indicadores de sintomatología depresiva.

En el valor teórico de la investigación es la revisión de teorías con respecto a la variable de estudio y a la línea de investigación psicométrica, poniendo énfasis en la teoría cognitiva de Aron Beck creador de un instrumento de depresión para adultos, en la que se basó la autora de la versión original del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI). El estudio busca que los resultados de la investigación sean un complemento en la teoría en la que se

fundamenta el estudio y se cuenta con un instrumento adaptado para esta etapa de vida.

La utilidad práctica del estudio, es que sirva de tamizaje para identificar en el adolescente el riesgo de sufrir depresión, por lo que los resultados obtenidos luego de analizar las propiedades psicométricas del instrumento adaptado, determinaran la posibilidad de planificar el desarrollo de programas que reduzcan la cantidad de estudiantes con este trastorno y fortalezcan su autoestima.

## **1.6. Objetivos de la investigación**

### **1.6.1. Objetivo general**

Adaptar el Inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho.

### **1.6.2. Objetivos específicos**

#### **Objetivo específico 1:**

Adaptación lingüística del Inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho.

#### **Objetivo específico 2:**

Comprobar la validez de contenido del Inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI) mediante el V de Aiken.

#### **Objetivo específico 3:**

Hallar la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente de alfa de cronbach del Inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes de instituciones públicas del distrito de San Juan de Lurigancho.

#### **Objetivo específico 4:**

Explicar el análisis de correlación ítem-test del inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho.

**Objetivo específico 5:**

Estimar la validez de constructo del inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho.

**Objetivo específico 6:**

Elaborar los baremos en escala de percentiles según muestra total del Inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho.

## **II. MÉTODO**

## 2.1. Diseño de investigación

El estudio presenta un diseño no experimental, ya que no se manipula deliberadamente la variable, en el cual sólo se observa el fenómeno para posteriormente analizarlo (Hernández et al, 2014).

Por consiguiente es un diseño de corte transversal que busca establecer el estado actual de un acontecimiento en un momento del tiempo (Alarcón, 2013, p.232).

El nivel de investigación es descriptivo se busca especificar las características para realizar un análisis, ya que solo se recoge información de la variable luego de haberla medido y posteriormente la describe (Hernández, et.al, 2014, p.92).

El diseño descriptivo no busca realizar un análisis formal de relación entre variables, solo presentar un resumen de lo observado previamente (Delgado y Prieto, 2007).

Siendo un estudio de tipo instrumental – descriptivo, de corte transversal y con un diseño no experimental de enfoque cuantitativo. Se determina que es una investigación instrumental, ya que está orientada a la creación de pruebas en el cual también está incluido la adaptación, así como el estudio de las propiedades psicométricas del mismo (Montero y León, 2007)

Por lo consiguiente, es de tipo tecnológico ya que se demuestra la validez de técnicas en las cuales se aplican nociones científicas que determinan su eficacia en la modificación de un hecho (Sánchez y Reyes, 2015, p.47).

Entonces, al ser de tipo psicométrico está relacionado con la construcción y adaptación de instrumentos, que miden fenómenos psicológicos (Alarcón, 2013). Por lo que está relacionado con el análisis de la validez y confiabilidad de un test, por estar involucrado en su desarrollo.

## **2.2. Variable**

Para Hernández, Fernández y Baptista (2014, p.105) señalan que “es una propiedad que tiende a variar y por lo tanto puede medirse u observarse, en torno a ello gira toda la investigación”.

La variable de estudio es sintomatología depresiva, que es de naturaleza cualitativa, ya que presenta características abstractas que no son medibles, pero al operacionalizarlas, asignándoles un valor numérico a sus ítems establecidos, llegan a ser medibles.

Delgado y Prieto (2007) menciona que la variable cuantitativa se diferencia según la cantidad, ya que toma en cuenta si tienen más o menos del atributo.

Alarcón (2013) explica que la variable es discreta siendo comprendidos por números enteros, no admiten valores intermedios.

La depresión según Kovacs (2003) es una etapa que debe ser analizada con cuidado, ya que cuando la persona se aísla y no quiere saber sobre el mundo externo, esto puede ser visto como una reacción transitoria y con necesidad de acogida y confort.

Mientras que para Arévalo (2008) es una enfermedad muy frecuente, incluso en progresivo aumento. La relevancia de su frecuencia cobra un significado mayor si se tiene en cuenta que genera una discapacidad funcional importante, superior a la mayoría de las enfermedades médicas crónicas.

### **Operacionalización de variable**

#### **Identificación de la variable**

Sintomatología depresiva

#### **Definición conceptual**

Se medirá la variable sintomatología depresiva a través del Inventario de Depresión Infantil (CDI) que ha sido adaptado y estandarizado, según Arévalo (2008) .El cual utilizó el modelo de Weinberg que estableció sólo dos

sintomatologías como causa de la depresión, las cuales son las siguientes dimensiones:

Estado de ánimo disfórico.- Se manifiesta en el individuo presentando indicadores de tristeza, soledad, desdicha, indefensión o pesimismo, por lo tanto su estado de ánimo sufre cambios repentinos, siendo complicado complacerle por la postura negativista e irritable, que manifiesta.

Ideas de auto desprecio.-Se presentan sentimientos de irritabilidad, incapacidad, fealdad y culpabilidad, entonces el individuo tiene ideas de persecución, escapa de su hogar, intenta suicidarse, manifiesta deseos de muerte.

Entonces para medir tanto las variables como las dimensiones anteriormente mencionadas se utilizará el instrumento adaptado por Arévalo (2008), el Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI).

### **Definición operacional**

Es el conjunto de procedimientos que se desarrollan para medir la variable y sirve para recopilar datos de la misma, especificando que operaciones se llevaran a cabo para medir la variable e interpretarla (Hernández, et.al, 2014, p.120).

El nivel de sintomatología depresiva está determinado por el puntaje alcanzado que es convertido a centiles en el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI), entonces se clasifican en categorías diagnósticas, la presencia de sintomatología depresiva que es:

Presencia de síntomas depresivos leve = 5 – 30

Presencia de síntomas depresivos moderado = 35 -75

Presencia de síntomas depresivos severo = 80 – 95

Tabla 2. Operacionalización de variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Sintomatología Depresiva</b>	Estado de ánimo disfórico	-Tristeza -Soledad -Desdicha -Indefensión -Pesimismo	1-2-3-4-6-10-11 -12-16-17-18- 19-20-21-22- 26-27	Likert  Puntaje de calificación:
	Ideas de autodesprecio	-Irritabilidad -Incapacidad -Fealdad -Culpabilidad	5-7-8-9-13-14- 15-23-24-25	Nada = 0 Poco = 1 Bastante = 2

Fuente: adaptado de Arévalo (2008)

### Escala de medición

La escala de medición es de tipo ordinal ya que la variable, tiene un puntaje de calificación que evalúa la respuesta asignándole una numeración del 0 al 2, clasificándola en categorías diagnósticas, la presencia de sintomatología depresiva según el rango asignado por su puntaje obtenido.

Por lo tanto los números ordinales no presentan cantidades, solo posiciones de rango (primero, segundo, tercero, etc...) en la prueba, no toma en cuenta la distancia entre uno y otro (Coolican, 2005).

En la escala ordinal los numerales que se le asignan, reflejan el orden que le corresponde determinado por la magnitud de la variable que se mide y que cada evaluado posee (Alarcón, 2013).

Además en la escala de tipo Likert se observan afirmaciones favorables y desfavorables acerca del objeto actitudinal o de estudio, que suelen estar representados en cinco alternativas, sin ser necesario que el ítem se relacione con el objeto actitudinal, siendo factible tomarlo en cuenta para el diagnóstico si las respuestas obtenidas hacia él se correlacionan con las respuestas en general. Ya que todo reactivo contribuye para la medición del estudio (Coolican, 2005).

## 2.3. Población y muestra

### Población

La población es el grupo que cumple con determinados criterios, sobre el que se generalizan los resultados (Hernández et al., 2014, p.174).

Lo conforman todos los miembros existentes de esa categoría, siendo demasiado grande para investigar cada caso que hay en la misma. Por lo que se elige de este grupo una muestra. Otro término usado es el marco de muestreo, el cual también se refiere a la población, sin embargo es una denominación más específica de la muestra, ya que este término también es conocido como población meta (Coolican, 2005, p.25).

Por lo tanto está conformado por 30326 estudiantes entre 11 a 15 años de ambos sexos de Lima Este, teniéndose en cuenta la Estadística de la calidad educativa (ESCALE), perteneciente al distrito para obtener el valor exacto de alumnos que se encuentran cursando el 1ero, 2do y 3 er grado de secundaria en instituciones educativas públicas, que se obtuvo a través de la base de datos del Ministerio de Educación (MINEDU, 2016).

Tabla 3. *Población de colegios estatales pertenecientes a la UGEL 05*

Nivel Secundaria	Instituciones Públicas
Primer grado	11 043
Segundo grado	10 077
Tercer grado	9 206

*Fuente:* Ministerio de Educación (MINEDU, 2016)

### Muestra

Hernández et al., (2014, p.175) señala que “una muestra, es un subgrupo representativo de la población”.

Alarcón (2013) menciona que en una encuesta piloto, el cuestionario y los procedimientos del estudio, son sometidos a prueba previamente, para luego generalizar su uso. Por lo tanto la aplicación se realiza a una pequeña muestra con características similares a la población en la que se efectuara la investigación (p. 231).

La prueba piloto está conformado por 100 estudiantes, sobre el que se realizará un análisis estadístico de las propiedades psicométricas del test, para comprobar si es factible generalizarlo o debe ser reformulado algunos ítems.

Entonces al elegir el tamaño de la muestra tiene que ser lo más representativa posible, para poder generalizar los resultados significativos encontrados a la población en la que se enfocó el estudio en un principio. Por lo tanto las poblaciones de las que se extrae la muestra, deben presentar variedad en las características, buscando realizar una representación de la población total (Coolican, 2005).

Por lo que la misma está compuesta por estudiantes de 1ero, 2do y 3 ero de secundaria de las instituciones educativas públicas, que estuvo conformada por 390 estudiantes de colegios públicos del distrito de San Juan de Lurigancho.

## **Muestreo**

Alarcón (2013) señala que la encuesta por muestreo sigue un esquema, en el que primero se analiza un grupo de sujetos, que ha sido seleccionado de una población, para luego que los resultados sean generalizados, ya que sabemos las características que posee la población por medio de la muestra (p.235).

Se aplicó un tipo de muestreo no probabilístico, puesto que la selección de los que participaran en el estudio, está orientado a ciertos criterios que debe cumplir para ser parte de la investigación (Hernández et al, 2014, p.176). Siendo no probabilístico, puesto que existen criterios de inclusión e exclusión, ya que no se le aplicará a toda la población el instrumento, sólo a los que se encuentran dentro del rango de edad determinado para la aplicación de la prueba.

Para este tipo de muestreo las posibilidades de ser escogidas son inciertas, ya que no se fija el tamaño de muestra, pero esto no significa que no sea una muestra representativa. Además, que el muestreo intencional o de conveniencia busca obtener su muestra, mediante la inclusión de grupos típicos (García, López, Jiménez, Ramírez, Lino y Reding ,2014).

Se encontrará conformada por un grupo de individuos que el investigador estime representativos de la población en que está interesado siendo un muestreo intencionado (Alarcón, 2013, p.246).

En la investigación se manejarán los siguientes criterios de clasificación:

**Criterios de inclusión:**

Que sean estudiantes del distrito de San Juan de Lurigancho de ambos sexos, con edades entre 11 a 15 años, que se encuentran cursando el 1°, 2° y 3° de secundaria.

**Criterios de exclusión:**

Son estudiantes del nivel secundario que no pertenezcan al distrito y que cuyas edades sea mayor a 15 años.

**Criterios de eliminación:**

Se procederá con este criterio cuando el estudiante deje preguntas sin contestar y marquen dos alternativas en la misma pregunta.

Por lo tanto, la muestra estuvo conformada por 390 estudiantes de 1°, 2° y 3° de secundaria.

Asimismo, de acuerdo a los objetivos de la investigación se seleccionó a los sujetos del estudio siguiendo los criterios mencionados anteriormente, teniendo acceso a dos Instituciones Educativas Públicas que reúnen características similares, lo que supone que representan al conjunto de colegios estatales del distrito.

## 2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

### Técnica

Se utilizó la técnica de la encuesta para la recopilación de los datos, mediante el cual se evaluó las propiedades psicométricas del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI).

La encuesta es un conjunto de preguntas estructurada con reactivos que sirven para medir la variable que nos interesa en el estudio, para que sean respondidos por la muestra, con el fin de obtener de forma sistemática información sobre la variable en la que se enfoca la investigación (Alarcón, 2013).

### Instrumentos

La variable de estudio es sintomatología depresiva que va ser medida, a través del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI), que ha sido adaptada y estandarizada para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura, por Arévalo (2008), con el fin de determinar la presencia de síntomas depresivos, que presentan los estudiantes de 1ero, 2do y 3ero de secundaria.

Los inventarios a diferencia de cuestionario se centran en identificar datos sobre características específicas, siendo menos extenso encontrándose orientado a evaluar un aspecto determinado (Sánchez y Reyes, 2015, p.165).

Alarcón (2013) menciona que el fin de la construcción o adaptación de un test, es de desarrollar instrumentos de medición que cumplan con la “validez” y “confiabilidad”, siendo buenos predictores de la conducta (p.224).

### Ficha Técnica:

Nombre original:	Children´s Depression Inventory C.D.I
Nombre en español:	Inventario de Depresión Infantil C.D.I
Autora:	Maria Kovacs
Aparición:	1977

Procedencia:	Canáda
Adaptación e estandarización:	Edmundo Arévalo Luna (2008)
Administración:	Individual y colectiva
Ámbito de aplicación:	Niños y adolescentes de 8 a 16 años
Finalidad:	Evaluar sintomatología depresiva en los niños y adolescentes.
Áreas que mide:	El inventario de depresión infantil permite examinar dos dimensiones teóricas presentadas dentro de los síntomas de depresión que son:  Estado de ánimo disfórico  Ideas de autodesprecio
Normas de calificación:	Para la calificación de la prueba se tiene en cuenta las puntuaciones directas que se han obtenido de las dimensiones, teniendo de base las siguientes puntuaciones: Marca la letra A puntúa como 0; Marca la letra B puntúa 1 punto; Marca la letra C se puntúa como 2 puntos.
Duración:	Tiempo aproximado de 15 a 20 minutos

Además se utilizó para la validez de criterio la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR), que ha sido adaptada para los estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana, por Ugarriza y Ecurra (2002) siendo de utilidad para atribuir la severidad del síntoma depresivo, que se encuentra conformado por 30 ítems de tipo Likert de cuatro alternativas: casi nunca, rara vez, algunas veces y casi siempre.

**Ficha Técnica:**

Nombre original:	Reynolds Adolescent Depression Scale
Nombre en español:	Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR)
Autor:	William Reynolds
Aparición:	1987
Adaptación e estandarización:	Nelly Ugarriza y Miguel Escurra (2002)
Administración:	Individual y colectiva
Ámbito de aplicación:	Adolescentes de 12 a 18 años de edad.
Finalidad:	Evaluar la sintomatología depresiva en adolescentes.
Áreas que mide:	Los ítems se basaron en la sintomatología descrita en el DSM III y son congruentes con el criterio de Weinberg que especifica en dos dimensiones:  Estado de ánimo disfórico  Pensamientos de no ser apreciado
Normas de calificación:	El formato de respuestas evalúa la frecuencia de los síntomas depresivos que son positivos para denotar depresión asignando un puntaje por cada alternativa que va desde el 1 al 4, pero siete de los ítems se califican de modo inverso.

## **Validez y confiabilidad**

La validez del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI) por el autor de la adaptación utilizada para el estudio, fue comprobada a través de la validez de contenido, que fue aprobada por criterio de jueces con más de 10 años de experiencia. También se realizó la validez de constructo que fue determinado por el análisis ítem-test en la muestra, que constó de 10,200 niños y adolescentes en la ciudad de Trujillo, Chiclayo y Piura. Así mismo se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, que cumplió con el criterio mayor a 0.31 para ser aceptado cada ítem.

Por otro lado los métodos que se utilizaron para comprobar su fiabilidad fue mediante el análisis por el método de dos mitades de Guttman, que consistió en hallar el coeficiente de correlación de Pearson entre las dos mitades de cada factor y luego corregir los resultados con la fórmula de Spearman Brown. Por lo que los resultados de las dos muestras del nivel primario y secundario de las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura, tuvieron índices de confiabilidad adecuados, por el método de consistencia interna mediante el estadístico alfa de cronbach se obtuvo un puntaje superior de 0.91 que fueron aplicados en las tres ciudades.

También se efectuó un análisis del error típico de estimación de medida para precisar su fiabilidad, en el cual se obtuvo en la primera dimensión de Disforia un puntaje de 4.75, que significa que el puntaje alcanzado variaría en un 4.70. Por lo que cuanto menos amplios sean los límites en los que se encuentra la puntuación, la prueba es fiable.

En cuanto a la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) la autora de la adaptación, por el método de consistencia interna mediante el coeficiente alfa de cronbach obtuvo por la muestra total 0.87 y por el método de dos mitades fue de 0.85, asimismo en un análisis de test- retest que fue tomado luego de transcurrido dos semanas con una muestra de 142 alumnos se hallaron en el coeficiente de confiabilidad un puntaje de 0,70 para los 60 estudiantes de 1 ero a 2do grado y 0.89 para los 82 adolescente de 3 ero a 5 to de nivel secundario.

Además al evaluarse la viabilidad de realizar análisis factorial, mediante la medida de adecuación muestral de Kaiser Meyer Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Barlett, obtuvo un puntaje de 0.92, por consiguiente se procedió a realizar el análisis de factores por componentes principales, con rotación ortogonal a través del método Varimax, estimado por la muestra total que da una varianza explicada de 44 % por seis factores, luego se procedió a realizar un análisis factorial exploratorio de segundo orden repitiendo el procedimiento anterior, en el cual se obtuvieron dos componentes que explican el 66% de la varianza y también al realizarse el análisis factorial confirmatorio de segundo orden determinó que el modelo propuesto funciona adecuadamente, estableciendo baremos de la muestra total, por lo tanto presenta confiabilidad y validez desde el punto de vista teórico.

#### Análisis de la validez y confiabilidad del Inventario

La validez del instrumento es comprobada a través de la de contenido, que fue aprobada por criterio de jueces por el coeficiente V de Aiken. Además se realizó el análisis de correlación ítem-test para determinar si los ítems deben ser reformulados, en el piloto de la prueba que está conformado por 100 adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho.

Los métodos que se utilizaron para comprobar la consistencia interna se usó el coeficiente de alfa de Cronbach y su fiabilidad por el método de dos mitades de Guttman en la muestra total, por el mismo procedimiento se halló por cada dimensión.

También se realizó para determinar la validez de constructo, al medida de Kaiser Meyer Olkin (KMO) y por la prueba de esfericidad de Barlett, para determinar si es factible realizar análisis factorial exploratorio, entonces de acuerdo al número de factores obtenidos se considera el realizar un análisis exploratorio de segundo orden. Además al realizar la validez de criterio, primero se determina mediante la prueba de ajuste de normalidad, la prueba paramétrica o no paramétrica a utilizar para correlacionar ambos instrumentos.

## 2.5. Método de análisis de datos

Una vez obtenidos los protocolos, se realizó la depuración de los mismos, teniendo en cuenta los criterios de rango de grados y la ausencia de respuestas o de datos personales.

Se utilizó el software de hojas de cálculo de Microsoft Excel y el paquete estadístico para ciencias sociales SPSS versión 22. Para luego realizar los siguientes procedimientos en el procesamiento de los datos, primero se realizó un análisis descriptivo de los ítems, luego para demostrar la confiabilidad del instrumento se usó el método de consistencia interna utilizando el estadístico alfa de cronbach y el método por dos mitades de Guttman, en la que se halló valores por la prueba completa y por cada dimensión.

Posteriormente para determinar la validez de constructo se realizó un análisis factorial exploratorio, por lo tanto se efectuó el test de Kaiser-Meyer – Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Barlett para establecer la factibilidad de realizarlo. Asimismo para realizar la validez de criterio se halló la correlación del instrumento con la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR), empleándose para el análisis de la muestra la estadística inferencial mediante las pruebas de normalidad, que determinó el uso del estadístico no paramétrico RHO de Spearman para hallar la correlación entre ambos instrumentos

## 2.6. Aspectos éticos

Los principios éticos y legales que se encuentran inmersos en la presente investigación, están diseñados para alcanzar tres objetivos planteados por la Asociación Americana de Psicología (APA, 2010), las cuales con:

- Afirmar la exactitud del conocimiento científico
- Proteger los derechos y las garantías de los participantes en la investigación y
- Preservar los derechos de la propiedad intelectual

Entonces el primer objetivo hace referencia al citado de trabajos previos, a no manipular la información, ni falsear los datos obtenidos en el proceso de investigación y brindar la información necesaria a otro investigador para que pueda ser replicado ,asimismo verifique los resultados hallados.

Además se debe proteger la identidad de los participantes del estudio, esto se realizó mediante un consentimiento firmado y con la carta de presentación dirigida al director de la institución educativa .Asimismo para proteger los derechos de propiedad intelectual, se debe adjudicar créditos a los autores de las publicaciones utilizadas tanto información bibliográfica, como tablas o gráficos.

### **III. RESULTADOS**

### 3.1 Análisis de las propiedades psicométricas de la versión original del Inventario

#### Análisis de ítems

Tabla 4

#### Análisis descriptivo de los ítems

Ítems	FR			M	DE	g <sup>1</sup>	g <sup>2</sup>	IHC	ID	h <sup>2</sup>	Aceptable
	0	1	2								
D1	85,1	9,6	5,3	,20	,520	2,57	5,68	,692	,067	,651	No
D2	46,8	50,0	3,2	,56	,560	0,31	-0,89	,535	,002	,721	Si
D3	74,5	23,4	2,1	,28	,495	1,55	1,49	,515	,188	,672	Si
D4	55,3	42,6	2,1	,47	,543	0,54	-0,89	,117	,154	,759	No
D5	89,4	8,5	2,1	,13	,394	3,27	10,8	,531	,139	,812	No
D6	54,3	42,6	3,2	,49	,563	0,60	-0,67	,397	,019	,654	Si
D7	87,2	10,6	2,1	,15	,414	2,88	8,17	,613	,343	,564	No
D8	74,5	22,3	3,2	,29	,521	1,63	1,84	,503	,055	,732	Si
D9	55,3	39,4	5,3	,50	,600	0,76	-0,37	,551	,002	,733	Si
D10	76,6	16,0	7,4	,31	,605	1,82	2,15	,606	,039	,642	Si
D11	80,9	17,0	2,1	,21	,461	2,08	3,70	,513	,218	,653	No
D12	81,9	13,8	4,3	,22	,511	2,27	4,42	,123	,270	,525	No
D13	53,2	43,6	3,2	,50	,563	0,55	-0,72	,349	,008	,651	Si
D14	68,1	30,9	1,1	,33	,495	1,01	-0,35	,538	,001	,669	Si
D15	46,8	51,1	2,1	,55	,541	0,20	-1,12	,492	,000	,597	Si
D16	61,7	36,2	2,1	,40	,535	0,82	-0,47	,438	,048	,553	Si
D17	74,5	21,3	4,3	,30	,545	1,68	1,96	,530	,009	,555	Si
D18	73,4	26,6	0,0	,27	,444	1,08	-0,86	,634	,013	,572	Si
D19	56,4	41,5	2,1	,46	,542	0,59	-0,84	,189	,007	,789	Si
D20	61,7	35,1	3,2	,41	,557	0,92	-0,17	,479	,002	,648	Si
D21	66,0	31,9	2,1	,36	,526	1,03	-0,03	,167	,076	,700	No
D22	73,4	25,5	1,1	,28	,473	1,32	0,52	,133	,025	,793	No
D23	40,4	56,4	3,2	,63	,548	0,07	-0,87	,413	,000	,584	Si
D24	58,5	36,2	5,3	,47	,599	0,89	-0,17	,528	,002	,609	Si
D25	84,0	14,9	1,1	,17	,405	2,27	4,52	,600	,171	,625	No
D26	61,7	37,2	1,1	,39	,513	0,69	-0,98	,443	,009	,760	Si
D27	88,3	10,6	1,1	,13	,366	2,92	8,45	,438	,343	,642	No

FR=frecuencia de respuesta, M=media, DE=desviación estándar, g<sup>1</sup>=coeficiente de asimetría de Fisher, g<sup>2</sup>=coeficiente de curtosis, ID = índice de discriminación, IHC=índice de homogeneidad, h<sup>2</sup>=comunalidades

En la tabla se observa que mediante este proceso se determina que reactivos de la prueba son óptimos para medir la variable en estudio, de acuerdo al coeficiente de asimetría de Fisher y curtosis hallado entre -1.5 a +1.5, sin embargo también se toma en cuenta el índice de homogeneidad en el que se percibe que existen cinco ítems que deberían eliminarse, por presentar una correlación menor a 0.20, sin embargo esto no incrementaría significativamente el coeficiente de alfa de cronbach y solo alteraría la estructura original del instrumento.

## Confiabilidad de la versión original del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI)

Tabla 5

*Análisis por consistencia interna a través del índice Alfa de cronbach de las dimensiones del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI) - Piloto*

	Coeficiente de dos mitades de		N de elementos
	Alfa de Cronbach	Guttman	
Prueba completa	,883	,861	27
Estado de ánimo disfórico	.793	,749	17
Ideas de autodesprecio	,798	,769	10

Se aprecia que el valor hallado mediante el estadístico alfa de cronbach de la prueba completa es de 0.883 y a través del coeficiente de dos mitades de Guttman se obtuvo 0.861, por lo tanto evidencia puntajes óptimos para el estudio.

Además al realizar el mismo análisis con el estadístico alfa de cronbach a las dimensiones del instrumento, se obtuvo en la Dimensión estado de ánimo disfórico un 0.793. Mientras que en la Dimensión ideas de autodesprecio se halló un valor de 0.798, siendo en ambas dimensiones un puntaje aceptable.

Asimismo se observa que en el análisis de dos mitades en la Dimensión Estado de ánimo disfórico se obtuvo un 0.74 en ambas mitades y en la segunda Dimensión autodesprecio se halló que en un 76% ambas mitades se parecen, por lo cual se verifica que es confiable.

Kerlinger y Lee (2002), menciona que diversos investigadores establecieron el valor de 0.70 para como el límite para una confiabilidad aceptable, pero no existe evidencia que apoye esta regla, ya que un valor bajo de confiabilidad puede ser aceptado si el instrumento posee una validez alta

## Validez de constructo por la versión original del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI)

Tabla 6

### *KMO y Test de esfericidad de Barlett*

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,778
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	991,990
	gl	351
	Sig.	,000

Se observa que el índice de KMO es de .778, presentando un buen nivel de adecuación muestral y en el test de esfericidad de Barlett se tiene resultados estadísticamente significativos ( $p < .001$ ) indicando que la matriz de correlaciones difiere de la matriz de identidad. Por lo que ambos análisis indican que es pertinente realizar modelo factorial.

Para el análisis factorial se usará como método de extracción el de componentes principales, mientras que el método de rotación será el de Varimax.

Tabla 7

*Validez basada en la estructura interna (análisis factorial exploratorio)*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	7,633	28,269	28,269	7,633	28,269	28,269	3,463	12,826	12,826
2	2,103	7,788	36,057	2,103	7,788	36,057	3,090	11,446	24,272
3	1,763	6,528	42,585	1,763	6,528	42,585	2,958	10,957	35,229
4	1,583	5,863	48,449	1,583	5,863	48,449	2,002	7,416	42,646
5	1,378	5,103	53,551	1,378	5,103	53,551	1,954	7,238	49,883
6	1,220	4,519	58,070	1,220	4,519	58,070	1,677	6,212	56,095
7	1,113	4,124	62,194	1,113	4,124	62,194	1,374	5,090	61,186
8	1,071	3,967	66,160	1,071	3,967	66,160	1,343	4,975	66,160
9	,963	3,565	69,725						
10	,806	2,984	72,709						
11	,756	2,801	75,510						
12	,693	2,568	78,078						
13	,682	2,524	80,602						
14	,625	2,314	82,916						
15	,583	2,159	85,075						
16	,528	1,957	87,032						
17	,488	1,809	88,840						
18	,462	1,713	90,553						
19	,430	1,593	92,146						
20	,389	1,441	93,587						
21	,366	1,354	94,941						
22	,319	1,180	96,121						
23	,296	1,097	97,217						
24	,250	,926	98,143						
25	,225	,834	98,978						
26	,154	,569	99,547						
27	,122	,453	100,000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Se aprecia que el modelo de dos factores propuesto por el autor que adaptó el Inventario de depresión infantil de Kovacs en Trujillo, Chiclayo y Piura explica el 36,057 % de la varianza.

Tabla 8

*Matriz de componente rotado del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI)*

Ítems	Componente	
	1	2
I1	,558	
I2	,643	
I3	,680	
I4		,295
I5		,454
I6		,470
I7	,563	
I8	,626	
I9	,558	
I10		,647
I11		,581
I12		,428
I13		,551
I14		,483
I15	,667	
I16		,569
I17		,455
I18	,601	
I19	,256	
I20	,411	
I21		,421
I22		,119
I23	,723	
I24	,708	
I25		,561
I26	,534	
I27		,524

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

Se observa que a través del análisis por rotación de factores, la matriz obtenida por medio de la misma, no es similar a la propuesta en el instrumento adaptado para Trujillo, Chiclayo y Piura.

### 3.2. Análisis de las propiedades psicométricas de la versión adaptada del Inventario

#### Análisis de ítems

Tabla 9

#### Análisis descriptivo de los ítems

Ítems	FR			M	DE	g <sup>1</sup>	g <sup>2</sup>	IHC	ID	h <sup>2</sup>	Aceptabl e
	0	1	2								
D1	80,5	16,7	2,8	,22	,480	2,07	3,58	,478	,032	,592	No
D2	48,5	48,2	3,3	,55	,561	0,38	-0,85	,527	,000	,531	Sí
D3	80,0	17,9	2,1	,22	,462	1,96	3,10	,571	,000	,562	No
D4	53,6	43,8	2,6	,49	,550	0,51	-0,86	,375	,001	,407	Sí
D5	88,5	9,5	2,1	,14	,399	3,05	9,12	,431	,130	,644	No
D6	46,9	49,2	3,8	,57	,568	0,36	-0,80	,341	,001	,685	Sí
D7	88,2	7,9	3,8	,16	,458	3,00	8,24	,618	,005	,605	No
D8	80,5	16,4	3,1	,23	,487	2,09	3,62	,542	,002	,532	Sí
D9	57,7	39,7	2,6	,45	,547	0,68	-0,65	,477	,000	,481	Sí
D10	77,2	18,7	4,1	,27	,529	1,85	2,52	,527	,026	,530	No
D11	80,3	16,4	3,3	,23	,495	2,08	3,54	,566	,247	,505	No
D12	76,4	21,8	1,8	,25	,475	1,63	1,72	,490	,000	,518	No
D13	49,2	46,7	4,1	,55	,575	0,46	-0,73	,435	,000	,436	Sí
D14	70,5	26,7	2,8	,32	,525	1,34	0,81	,504	,000	,447	Sí
D15	49,2	46,4	4,4	,55	,579	0,48	-0,70	,383	,000	,537	Sí
D16	63,8	31,5	4,6	,41	,578	1,09	0,19	,486	,000	,530	Sí
D17	73,6	22,3	4,1	,31	,543	1,60	1,63	,472	,013	,504	No
D18	72,8	23,6	3,6	,31	,534	1,53	1,41	,400	,003	,465	No
D19	49,7	43,1	7,2	,57	,624	0,61	-0,57	,135	,003	,484	Sí
D20	69,7	25,9	4,4	,35	,561	1,38	0,93	,599	,000	,582	No
D21	65,4	32,1	2,6	,37	,534	1,03	0,01	,425	,000	,646	Sí
D22	69,7	28,5	1,8	,32	,504	1,19	0,30	,485	,002	,357	No
D23	55,1	43,1	1,8	,47	,534	0,49	-1,02	,495	,000	,636	Sí
D24	56,9	39,0	4,1	,47	,576	0,76	-0,42	,483	,000	,514	Sí
D25	86,4	11,3	2,3	,16	,425	2,73	7,06	,647	,189	,622	No
D26	60,8	37,9	1,3	,41	,517	0,67	-0,93	,375	,000	,397	No
D27	91,5	7,2	1,3	,10	,337	3,68	13,91	,556	,299	,600	No

FR=frecuencia de respuesta, M=media, DE=desviación estándar, g<sup>1</sup>=coeficiente de asimetría de Fisher, g<sup>2</sup>=coeficiente de curtosis, ID = índice de discriminación, IHC=índice de homogeneidad, h<sup>2</sup>=comunalidades

Se aprecia que se considera al ítem como aceptable para medir la variable, considerando que el coeficiente de asimetría de Fisher, así como en el coeficiente de curtosis el valor oscila entre + 1.5 a -1.5 y que en el análisis las comunalidades sea mayor 0.40. Mientras que en el índice de homogeneidad solo se observa un ítem menor a 0.30, pero en el análisis por comunalidades si se encuentra dentro del rango presentando un valor superior a 0.30, demostrando que el ítem si es aceptable para el estudio, evidenciando que no se debe de eliminar el reactivo.

## Confiabilidad

Tabla 10

*Análisis por consistencia interna a través del índice Alfa de Cronbach y por el método de dos mitades del CDI.*

	Alfa de Cronbach	Coefficiente de dos mitades de Guttman	N de elementos
Prueba completa	,896	,858	27
Estado de ánimo disfórico	,834	,817	17
Ideas de autodesprecio	,795	,754	10

Se observa que al realizar de la prueba completa, el análisis de consistencia interna mediante el estadístico alfa de cronbach, se halló un valor de 0.896 y a través del coeficiente de dos mitades de Guttman se obtuvo 0,858, evidenciando por ambos procesamientos estadísticos puntajes aceptables para el estudio.

Asimismo el puntaje hallado mediante el coeficiente alfa de cronbach de la Dimensión estado de ánimo disfórico, es de 0.834. Mientras que en la Dimensión ideas de autodesprecio se halló un valor de 0.795, siendo en ambas dimensiones un puntaje aceptable.

Por otro lado, se aprecia que en el análisis de dos mitades en la Dimensión estado de ánimo disfórico se obtuvo un 0.81 en ambas mitades y en la segunda Dimensión ideas de autodesprecio se halló que en un 75% ambas mitades se parecen, lo cual verifica su confiabilidad.

## Validez de constructo

Tabla 11

*Prueba de KMO y Test de esfericidad de Barlett del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI)*

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,920
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	3143,797
	gl	351
	Sig.	,000

Se observa que el índice de KMO es de .920, presentando un buen nivel de adecuación muestral y en el test de esfericidad de Barlett se tiene resultados estadísticamente significativos ( $p < .001$ ) Por lo que ambos análisis indican que es factible realizar modelo factorial.

Para el análisis factorial se usará como método de extracción el de componentes principales, mientras que el método de rotación será el de Varimax.

Validez basado en la estructura interna (análisis factorial exploratorio)

Tabla 12

*Método de Kaiser para la determinación de número de factores*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	7,855	29,093	29,093	7,855	29,093	29,093	3,550	13,148	13,148
2	1,532	5,672	34,765	1,532	5,672	34,765	2,786	10,319	23,466
3	1,404	5,201	39,966	1,404	5,201	39,966	2,574	9,532	32,998
4	1,324	4,905	44,871	1,324	4,905	44,871	2,085	7,724	40,722
5	1,167	4,322	49,193	1,167	4,322	49,193	1,943	7,198	47,920
6	1,069	3,958	53,151	1,069	3,958	53,151	1,412	5,231	53,151
7	,953	3,528	56,679						
8	,904	3,348	60,027						
9	,875	3,240	63,268						
10	,855	3,165	66,433						
11	,778	2,883	69,316						
12	,732	2,710	72,025						
13	,695	2,573	74,598						
14	,655	2,427	77,026						
15	,606	2,245	79,271						
16	,580	2,149	81,419						
17	,559	2,072	83,491						
18	,554	2,053	85,544						
19	,523	1,936	87,480						
20	,501	1,856	89,336						
21	,485	1,796	91,132						
22	,469	1,739	92,870						
23	,444	1,644	94,514						
24	,393	1,457	95,972						
25	,385	1,427	97,399						
26	,368	1,363	98,761						
27	,334	1,239	100,000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

El método usado para determinar el número de factores encontrados en el instrumento es el método Kaiser, que establece el valor para considerar que existe un factor en el inventario es a partir de 1.00. Como se observa en la Tabla, en el cual se halló un factor principal que es mayor a 1.00, siendo el primero de 7.855 y los otros cinco factores se encuentran dentro del rango anteriormente establecido.

Tabla 13

*Matriz de componentes rotados por el Método Varimax con Kaiser*

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
I1	,731					
I3	,387					
I7	,650					
I9	,604					
I10	,525					
I14	,476					
I20	,617					
I25	,620					
I2		,472				
I4		,567				
I12		,634				
I21		,778				
I22		,454				
I27		,522				
I15			,701			
I23			,760			
I24			,634			
I26			,464			
I13				,480		
I16				,630		
I17				,543		
I18				,627		
I19				,474		
I5					,721	
I8					,441	
I11					,478	
I6						,766

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.<sup>a</sup>

a. La rotación ha convergido en 18 iteraciones.

Se encontraron seis factores en los cuales se encuentran distribuidos los ítems, sin embargo para ser considerado un factor óptimo para medir sintomatología depresiva debe de poseer al menos cinco ítems por cada uno.

Tabla 14

*Análisis de componentes principales con rotación Varimax*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	7,855	29,093	29,093	7,855	29,093	29,093	5,167	19,135	19,135
2	1,532	5,672	34,765	1,532	5,672	34,765	4,220	15,630	34,765

Método de extracción: análisis de componentes principales

Se aprecia que el modelo de dos factores propuesto por el autor de la adaptación en Trujillo, Chiclayo y Piura del Inventario de depresión infantil de Kovacs explica el 34,765 % de la varianza. Por lo que luego de realizado el análisis factorial se obtiene que en el primer componente se obtuvo el 29% y en el segundo se explica el 34,7%.

Tabla 15

*Matriz de componente rotado del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI)*

	Componente	
	1	2
I1	,460	
I2		,499
I3	,512	
I4	,574	
I5	,573	
I6	,273	
I7	,609	
I8	,578	
I9		,460
I10	,532	
I11	,576	
I12	,620	
I13		,548
I14		,435
I15		,607
I16		,537
I17		,487
I18		,471
I19		,168
I20	,561	
I21	,559	
I22	,459	
I23		,682
I24		,592
I25	,619	
I26		,467
I27	,669	

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.<sup>a</sup>

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Se consideró a través del método de rotación de factores una matriz factorial que varía de la estructura adaptada del instrumento para Trujillo, Chiclayo y Piura.

En la estructura original están conformados la dimensión 1 estado de ánimo disfórico de los ítem: 1,2,3,4,6,10,11,12,16,17,18,19,20,21,22,26,27.

La dimensión 2 ideas de autodesprecio lo conforman los reactivos: 5, 7, 8, 9, 13, 14,15, 23, 24, 25.

### ***Análisis de componentes de segundo orden***

Tabla 16

#### ***Prueba de KMO y Test de esfericidad de Barlett del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI)***

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,870
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	772,052
	gl	15
	Sig.	,000

Se observa que el índice de KMO es de .870, presentando un buen nivel de adecuación muestral y en el test de esfericidad de Barlett se tiene resultados estadísticamente significativos ( $p < .001$ ) Por lo que ambos análisis indican que es factible realizar modelo factorial.

Validez basado en la estructura interna (análisis factorial exploratorio)

Tabla 17

*Número de factores determinado por el Método de extracción por componentes*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de	%	Total	% de	%	Total	% de	%
		varianza	acumulado		varianza	acumulado		varianza	acumulado
1	3,299	54,990	54,990	3,299	54,990	54,990	2,142	35,705	35,705
2	,672	11,206	66,195	,672	11,206	66,195	1,829	30,490	66,195

Método de extracción: análisis de componentes principales.

El método usado para determinar el número de factores encontrados en el instrumento es el método Kaiser, entonces al delimitar la variable sintomatología depresiva en dos componentes se explicaría su contenido en un 66 %, hallándose que el primer componente es el más predominante con un 54,99% y el segundo que ya no es considerado un factor explica el 11,2%.

Tabla 18

*Análisis de ambas dimensiones del instrumento versión original*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de	%	Total	% de	%
		varianza	acumulado		varianza	acumulado
1	1,785	89,257	89,257	1,785	89,257	89,257
2	,215	10,743	100,000			

Método de extracción: análisis de componentes principales.

En la Tabla 18 se observa, que al realizar el análisis con los ítems agrupados por cada dimensión, propuestos por el autor se evidencia que como se señaló anteriormente la variable se explica en un 89,2% en el primer componente siendo este el principal, que no confirma la característica bifactorial del instrumento.

## Validez de criterio

Tabla 19

### *Pruebas de bondad de ajuste de normalidad*

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
Sintomatología depresiva	,159	390	,000
Estado de ánimo disfórico	,151	390	,000
Ideas de autodesprecio	,167	390	,000

Se aprecia que para la variable sintomatología depresiva, en las dimensiones estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio se obtuvieron valores (sig. > 0.05), lo que determina que la distribución es no paramétrica.

Por ende para realizar la prueba de normalidad, se utilizará el estadístico no paramétrico RHO de Spearman, para identificar el grado de relación que existe entre la variable y las dimensiones.

Tabla 20

*Correlación inter-escalas del Inventario del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI)*

			Sintomatología depresiva	Estado de ánimo disfórico	Ideas de autodespre cio
Rho de Spearman	Sintomatología depresiva	Coeficiente de correlación	1,000	,933**	,858**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000
	Estado de ánimo disfórico	Coeficiente de correlación	,933**	1,000	,631**
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000
		N	390	390	390
	Ideas de autodesprecio	Coeficiente de correlación	,858**	,631**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.
		N	390	390	390

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

En la tabla, se percibe la existencia de correlación positiva y altamente significativa, de los componentes del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI). La dimensión que más se correlaciona es la dimensión estado de ánimo disfórico, mientras que la segunda dimensión de ideas de autodesprecio hay una menor correlación.

Tabla 21

*Correlación inter-escalas de ambos instrumentos de medición*

			Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI)	Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR)
	Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI)	Coeficiente de correlación	1,000	,430**
		Sig. (bilateral)		,000
Rho de Spearman	Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR)	Coeficiente de correlación	,430**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	
		N	70	70

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

La prueba estadística arrojó un valor (  $r = 0,430$  ) y un nivel de significación p de .000, por lo tanto  $p < 0.5$ , en conclusión existe correlación entre el puntaje obtenido en el Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI) y puntaje alcanzado en la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR), lo que es evidencia de que ambos instrumentos tienden a medir el mismo constructo teórico, en este caso la variable sintomatología depresiva en estudiantes de 1<sup>ero</sup> a 3<sup>ero</sup> del nivel secundario.

## Validez de contenido

Tabla 22

*Validez de contenido por criterio de jueces por V. de Aiken –versión original*

ITEM	1º JUEZ			2º JUEZ			3º JUEZ			4º JUEZ			5º JUEZ			ACIERTOS	V. DE AIKEN
	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14	93
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14	93
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	12	80
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
15	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	93
16	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	93
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14	93
19	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	93
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14	93
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
26	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	93
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
<b>Nota:</b>	No = 0			Sí = 1			P = Pertinencia			R = Relevancia			C = Claridad				

Entonces se determinó que en el coeficiente V de Aiken se encuentra un  $V > .80$  en todos ellos. También se observa que el ítem 12 es el único ítem que presenta un valor 0.80, por lo consiguiente los reactivos del instrumento cumplen con este tipo de validez.

Tabla 23

*Validez de contenido por criterio de jueces por V. de Aiken- versión adaptada*

ITEM	1º JUEZ			2º JUEZ			3º JUEZ			4º JUEZ			5º JUEZ			ACIERTOS	V. DE AIKEN
	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14	93
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14	93
4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	13	87
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	13	87
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	14	93
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
12	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	12	80
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
14	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	93
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
21	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	93
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14	93
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14	93
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
<b>Nota:</b>	No = 0			Sí = 1			P = Pertinencia						R = Relevancia			C = Claridad	

Se aprecia que en el coeficiente V de Aiken se encuentra un  $V > .80$  en todos ellos. Dado que se considerará como valor límite inferior  $V = .75$ , entonces se concluye que todos los ítems satisfacen los requerimientos de este tipo de evidencia de validez.

*Relación de jueces expertos versión original*

Expertos	Especialidad
Dr. Ponce Díaz ,Carlos	Docencia universitaria e investigación
Mgtr. Olivas Ugarte, Orlando Lincol	Docencia universitaria e investigación
Mgtr. Pomahuacre Carhuayal ,Walter	Docencia universitaria y terapia cognitivo conductual
Dr. Luna Caller ,Juan Bautista	Psicología educativa
Dr. Ignacio de Loyola ,Díaz Pérez	Docencia universitaria

*Relación de jueces expertos versión adaptada*

Mgtr. Serpa Barrientos , Antonio	Docencia universitaria en psicometría
Mgtr. Trujillo Cabrera, Danny	Docencia universitaria y terapia cognitivo conductual
Salazar Ramírez, Patricia	Psicóloga clínica
Wendy Pariacuri Torres, Deysi	Psicóloga clínica y terapia cognitivo conductual
Salinas Granza, Jany Lucy	Psicóloga clínica
Promedio porcentual de Validación del instrumento	97%

Por consiguiente, podemos afirmar con certeza que nuestra prueba es válida para medir el constructo teórico de sintomatología depresiva

Asimismo de acuerdo a las observaciones realizadas por los jueces y el análisis de correlación ítem –test (índice de homogeneidad) de la versión presentada por el autor en esta se observaban cinco ítems que debían ser reformulados para no alterar la estructura del instrumento, cambiándose los términos en los siguientes reactivos:

Tabla 24

*Adaptación lingüística del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI)*

<b>Nº</b>	<b>Versión de Arévalo (2008)</b>	<b>Versión adaptada</b>
4	B. Me divierten algunas cosas.	B. Algunas cosas me divierten.
	A. Me gusta estar con otras personas.	A. Me gusta estar con la gente.
12	B. Muchas veces no me gusta estar con otras personas.	B. Muchas veces no me gusta estar con la gente.
	C. Yo no quiero estar con otras personas.	C. Nunca me gusta estar con la gente
	A. No me preocupan dolores ni enfermedades.	A. No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
19	B. Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades.	B. Varias veces me preocupa el dolor y la enfermedad.
	C. Todo el tiempo me preocupan dolores y enfermedades.	C. Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.
	A. Siempre me divierto en el colegio.	A. Me divierto en el colegio muchas veces.
21	B. Solo de vez en cuando me divierto en el colegio.	B. Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
	C. Nunca me divierto en el colegio.	C. Nunca me divierto en el colegio.
22	B. Tengo muchos amigos, pero quisiera tener más.	B. Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.

---

	A. Generalmente hago caso en lo que me dicen.	A. Generalmente hago caso a lo que me dicen.
26	B. Muchas veces no hago caso en lo que me dicen.	B. Muchas veces no hago caso a los que me dicen.
	C. Nunca hago caso en lo que me dicen.	C. Nunca hago caso a lo que me dicen.

---

	A. Me llevo bien con los demás.	A. Me llevo bien con la gente.
27	B. Muchas veces me peleo con los demás.	B. Me peleo muchas veces.
	C. Todo el tiempo me peleo con los demás.	C. Me peleo siempre.

---

### 3.3 Baremos

Tabla 25

*Normas percentiles del CDI, en adolescentes de nivel secundario*

		Sintomatología depresiva	Estado de ánimo disfórico	Ideas de autodesprecio
N	Válido	390	390	390
	Perdidos	0	0	0
	5	1,55	1,00	0,00
	10	3,00	2,00	0,00
	15	3,00	2,00	1,00
	20	4,00	2,00	1,00
	25	5,00	3,00	1,00
	30	5,00	3,00	2,00
	35	6,00	4,00	2,00
	40	7,00	4,00	2,00
	45	7,00	4,95	3,00
Percentiles	50	8,00	5,00	3,00
	55	9,00	6,00	3,00
	60	9,00	6,00	4,00
	65	10,00	6,15	4,00
	70	11,00	7,00	4,00
	75	12,00	8,00	5,00
	80	14,00	8,80	5,00
	85	15,35	10,00	6,00
	90	17,00	11,00	7,00
	95	20,90	14,00	9,00

De acuerdo a los puntajes percentiles calculados se tienen los siguientes niveles:

Por lo tanto ,se considera que hasta 5 puntos existe presencia de síntomas en un nivel leve de síntomas depresivos , entre 6 y 12 puntos existiría presencia de síntomas en un nivel moderado, cuando alcanza de 13 a más puntos existe presencia de síntomas depresivos en un nivel severo.

## **IV. DISCUSIÓN**

En la presente investigación se tuvo como objetivo adaptar el inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI) para su aplicación en adolescentes del distrito San Juan de Lurigancho. Por lo tanto, en este apartado se comparan los principales resultados con los antecedentes y el marco teórico vigente que sustenta el estudio.

Sin embargo, cabe señalar que Kovacs (2003) menciona que la depresión es una etapa que debe ser analizada con cuidado, ya que es cuando la persona se aísla y no quiere saber sobre el mundo externo que puede ser vista como una reacción transitoria y con necesidad de acogida y confort. Desde otro punto de vista, Arévalo (2008) al adaptar la prueba estableció que para la aparición de los síntomas depresivos se da por dos componentes el estado de ánimo disfórico (tristeza, soledad, indefensión o pesimismo) e ideas de autodesprecio (incapacidad, fealdad y culpabilidad). Por lo consiguiente el autor de la prueba adaptada y estandarizada a Trujillo, Chiclayo y Piura consideró dos dimensiones que fueron distribuidos de la siguiente manera: estado de ánimo disfórico conformado por 17 ítems e ideas de autodesprecio que fue de 10 ítems, que estructuran las 27 preguntas de la prueba.

Por consiguiente en la adaptación y estandarización del instrumento se halló en el coeficiente de alfa de cronbach un puntaje de 0.91, que contrasta con lo obtenido actualmente, en cuanto a confiabilidad por consistencia interna de 0.89, además las investigaciones previas internacionales, así como una nacional se encuentran dentro del rango de 0.80 a 0.89 que comprueba que el instrumento es consistente a través del tiempo, pero cabe resaltar que el estudio realizado por Pérez, Guerra, Mengana, Noblega y Grau (2014) en adolescentes con una muestra de 394 estudiantes en Cuba, obtuvo el mismo valor que la investigación actual en el análisis estadístico alfa de cronbach. Lo que corrobora la consistencia interna del inventario de depresión infantil en adolescentes del nivel secundario.

Por lo tanto en la validez de constructo, se verifica que al delimitar la extracción del número de factores, a la estructura propuesta por el autor del instrumento en dos factores, que explica un 34% de la varianza acumulada, que al ser comparados con los estudios de nacionales de León (2013) y Ramírez

(2009) ambos obtuvieron en cambio un valor de 23 % siendo un puntaje bajo, que por recomendación de Pérez, Guerra, Mengana, Noblega y Grau (2014) para un diagnóstico de depresión, se requiere la combinación de diversas fuentes de información , así como otras técnicas diagnósticas que complementen los resultados obtenidos, siendo el CDI una herramienta necesaria .Pero hay que enfatizar que el instrumento mide la presencia o no de sintomatología depresiva.

Mientras que en el análisis factorial, se analiza la pertinencia del mismo mediante la medida de adecuación muestral KMO y el test de esfericidad de Barlett en el cual se obtuvo un puntaje aceptable por ambos análisis siendo factible realizarlo con un valor de 0.92, que coincidiría con el estudio de León (2013) en estudiantes de primaria a secundaria pertenecientes a la UGEL 02 de Lima Metropolitana y con el de Ramírez (2009) que aplicó la prueba en la zona urbana de Cajamarca, evidenciándose que en ambos se obtuvo un valor de 0.83 en el mismo.

Posteriormente se realizó el análisis factorial obtenido mediante el método de extracción de componentes principales, mediante rotación Varimax que no confirmó que el instrumento se divida en dos factores para medir la variable, atribuyéndole seis componentes que explican el 53% de la varianza, que al ser contrastado con la investigación realizada por León (2013) que llegó a obtener hasta nueve componentes que explicaron el 54% de la varianza, en el que se aprecia una diferencia en el número de factores obtenidos, teniendo en cuenta el método Kaiser que determina el autovalor  $> 1.00$  para considerarlo como un factor.

Por lo que, al realizar un análisis factorial exploratorio de segundo orden se obtuvo que el primer factor es el más predominante que explica el 54,9% de la varianza acumulada siendo un puntaje aceptable y el segundo según el método Kaiser anteriormente visto, este ya no es considerado un factor, presentando similitud con el estudio cubano de Pérez, Guerra, Mengana, Noblega y Grau (2014) en las que expone que los resultados encontrados mediante el análisis de componentes principales categóricos avalan una estructura unifactorial , en el cual está incluido tanto ambas dimensiones propuestas por el autor del instrumento,

en la que se observa que la primera dimensión es la más fuerte , en el que afirma que en la región central de Cuba ,sería suficiente una dimensión para evidenciar depresión o descartarla.

Para determinar la validez del instrumento, como una evidencia más de que la prueba estaría midiendo el constructo se realizó la validez por criterio, entonces se aplicó Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR), que también mide sintomatología depresiva. Para ello se realizó la prueba de normalidad, en el cual se determinó utilizar el estadístico no paramétrico RHO de Spearman, que dio como resultados una correlación positiva entre ambas pruebas, pero en un nivel moderado y que se debería a la aplicación simultánea de ambos instrumentos .Este tipo de validez ha sido utilizada en investigaciones nacionales previas acerca del instrumento, como en el estudio de Ramírez (2009) en el que se obtuvo entre ambos una correlación positiva, así mismo en la investigación de León (2013) se halló una correlación positiva considerable de 0,424 significativa , lo que corroboraría el puntaje hallado de 0.430 actualmente demostrando que ambos instrumentos tienden a medir el mismo constructo.

En síntesis el análisis estadístico de los datos, permite verificar que el inventario reúne los requisitos de validez y confiabilidad, lo que garantiza su aplicación en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho. Sin embargo sería oportuno replicar esta investigación en contextos similares para brindar mayor consistencia a estos hallazgos.

## **V.CONCLUSIONES**

De acuerdo de los objetivos planteados, el presente estudio ha determinado que el Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI), posee adecuadas propiedades psicométricas de validez y confiabilidad, por lo tanto las conclusiones finales de esta investigación son:

- El inventario logró ser adaptado para la población de estudiantes entre 11 a 15 años del distrito de San Juan de Lurigancho, demostrando su adecuación en adolescentes de esta zona.
- En la validez de contenido se obtuvo un 97%, con el que se afirma que la prueba es válida para medir el constructo teórico de sintomatología depresiva.
- La consistencia interna del inventario es alta, ya que mediante el estadístico alfa de cronbach se halló 0.89 y el coeficiente de dos mitades de Guttman se obtuvo 0.85, siendo valores estadísticamente significativos.
- En el análisis de correlación ítem-test se hallaron que los reactivos son adecuados en su mayoría, luego de modificar los ítems que obtuvieron en el análisis de los datos del piloto una correlación menor a 0.20, sin embargo el ítem 19 aún presenta una baja correlación.
- En relación a la validez de constructo se determinó que a través del análisis factorial exploratorio, se obtuvieron seis factores que delimitado a dos factores explica un 34% de la varianza, por lo que se procedió a realizar una segunda rotación a los componentes en la que se obtuvo 54 % de la varianza total, que no confirmó la estructura bifactorial del modelo planteado por el autor. Posteriormente, se reafirmó al realizar la validez de criterio con la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR), en el que se halló un valor de 0.43, lo que evidencia que entre ambos instrumentos tienden a medir el mismo constructo.
- Se establecieron baremos percentilares del inventario; para la muestra total, que asignan el nivel de presencia de síntomas depresivos que presentan los estudiantes de 1<sup>ero</sup> a 3<sup>ero</sup> del nivel secundario.

## **VI.RECOMENDACIONES**

- Se sugiere realizar más estudios de corte psicométrico, puesto que existen escasos instrumentos que estén adaptados para el distrito de San Juan de Lurigancho, a pesar de ser el más poblado de Lima.
- En cuanto a la validez, se recomienda la adición de nuevos ítems en la dimensión que presenta un menor porcentaje de varianza total, así mismo tener en cuenta el análisis descriptivo de los ítems para eliminar los ítems que no contribuyan a medir el constructo.
- Realizar estudios comparativos con una muestra clínica para corroborar las propiedades psicométricas del instrumento.
- Desarrollar nuevas investigaciones tomando como referencia el instrumento adaptado en contextos similares para brindar mayor consistencia a los resultados hallados.

## **VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Alarcón Napuri, R. (2013). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Lima, Perú: Universitaria
- Álvarez, E. & Gastó, C. (2008). Sintomatología depresiva en atención primaria. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=9Yf9xIPEYB8C&pg=PA42&dq=MODELO+MEDICO+DE+LA+DEPRESION&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjw9YCg9dzTAhXDLyYKHSfIAu8Q6AEITAA#v=onepage&q=MODELO%20MEDICO%20DE%20LA%20DEPRESION&f=false>
- American Psychological Association. (2010). Manual de publicaciones de la American Psychological Association (3a ed.). D.F, México: Manual Moderno
- Arévalo Luna, E. (2008). Inventario de Depresión Infantil (CDI): Adaptación Y estandarización del CDI, para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura. Recuperado el 10 de setiembre del 2016, de: <https://es.scribd.com/doc/50593062/Manual-Del-Cdi>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013, 18 de Mayo). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V. Recuperado el 9 de Noviembre del 2016 en <http://www.adaptacionescurriculares.com/Teoria%208%20DSMV.pdf>
- Beck, A. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia, Pennsylvania: University of Pennsylvania Press Philadelphia
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, E.E.U.U: The Guilford Press
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19<sup>a</sup>ed.). Bilbao, España: Desclée de Brower
- Bernardo, G. (2004). La depresión adolescente. *Psicoperspectivas*, 3(1), pp.95-127. Recuperado el 11 de noviembre del 2016, de: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/14/14>

- Bleichmar, H. B. (2005). *La depresión: un estudio psicoanalítico* (11<sup>a</sup> ed., reimp.). Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en psicología* (3<sup>a</sup>ed.). México: Manual moderno
- Cumsille, P; Loreto Martínez, M; Rodríguez, V. & Darling, N. (2015). Predictores individuales y familiares de diferentes trayectorias de sintomatología depresiva en adolescentes chilenos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(), 208-216. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33741175004>
- Cumsille, P; Loreto Martínez, M; Rodríguez, V. & Darling, N. (2015). Parental and individual predictors of trajectories of depressive symptoms in Chilean adolescents . *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(), 208-216. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33741175004>
- Chinchilla Moreno, A. (2008). *La depresión y sus máscaras aspectos terapéuticos*. Buenos Aires, Argentina: Médica panamericana
- Del Barrio, V. & Carrasco, M. (2013). *Depresión en niños y adolescentes*. Madrid, España: Síntesis
- Delgado, A. R. & Prieto, G. (2007). *Introducción a los métodos de investigación de la psicología*. Madrid, España: Ediciones pirámide
- Ellis, A. & Roussell G. (2003). *Manual de Terapia Racional – Emotiva* (9<sup>a</sup>ed.). Bilbao, España: Desclée de Brower
- El mostrador (15 de abril de 2016). Altos índices de depresión y suicidios de niños en Chile levantan alerta de la OMS. *El País*. Recuperado de: <http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2016/04/15/altos-indices-de-depresion-y-suicidios-de-ninos-en-chile-levantan-alerta-de-la-oms/>
- Fernández, M., Cayssials, A. N. & Pérez, M. A. (2010). *Curso básico de psicometría: Teoría clásica*. Buenos Aires, Argentina: Lugar editorial

- García, J.A., López J.C, Jiménez, F., Ramírez, Y., Lino, L. & Reding, A. (2014). *Metodología de la investigación, bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud* (2ª ed.). D.F, México: Mc Graw Hill
- Gerrig, R. J. & Zimbardo, P. G. (2005). *Psicología y vida* (17ª ed.) .México: Prentice Hall México
- González García, J.L. (2005). *La depresión: entre la necesidad y el negocio*. Madrid, España: Fundamentos
- Hernández Sampieri, R., Fernández C., & Baptista P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). México: McGraw Hill Education
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento* (4a ed.). México, DF.: McGraw-Hill.
- Kovacs, M. J. (2003). *Educação para a norte: temas e reflexões*. Sao Paulo, Brasil: Casa do psicólogo
- Kovacs, M. J. (2004). *Inventario de depresión infantil (CDI)*. Madrid, España. TEA: Ediciones
- Klein, M. (1940). *El duelo y su relación con los Estados maniaco-depresivos*. *Revista Internacional de Psicoanálisis*, 21, 125-153.
- La Oficina de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (1990). *Convención sobre los derechos del niño* .Recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>
- León, M. (2013). Adaptación del inventario infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana .*Revista PsiqueMag*, 1(1), 27-44 .Recuperado el 18 de setiembre del 2016 de: <http://ojs.ucvlima.edu.pe/index.php/minds/article/download/4/4>.
- Martínez Arias, R. (2013). *Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid, España: Síntesis
- Meneses, J., Barrios, M., Bonillo, A., Cosculluela, A., Lozano, L., Turbany J., & Valero S. (2013). *Psicometría*. Barcelona, España: UOC

- Ministerio de Educación (2016). Censo escolar .Recuperado de:[http://escale.minedu.gob.pe/magnitudesportlet/reporte/cuadro?anio=22&cuadro=396&forma=U&dpto=15&prov=1501&dist=150132&dre=&tipo\\_ambito=ambito-ubigeo](http://escale.minedu.gob.pe/magnitudesportlet/reporte/cuadro?anio=22&cuadro=396&forma=U&dpto=15&prov=1501&dist=150132&dre=&tipo_ambito=ambito-ubigeo)
- MINSA (2006). *Guía de práctica clínica en depresión* .Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM6482006%20Salud%20Mental%20y%20Psiquiatria.pdf>
- Miranda, I., Laborín, J., Chavéz, A., Sandoval, S. & Torres, N. (2016).Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México. *Psicología y salud*, 26(2) ,273-282.Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2203/3941>
- Montero, I. & León, O. G. (2007).A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847-862 .Recuperado de: [http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07\\_es.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (1992) .Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades. Madrid, España: Meditor
- OMS (2016). *Prevención del suicidio: Un imperativo global*. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/es/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/)
- OMS (2016). *Depresión* .Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- OMS (2016).Salud de los adolescentes. Recuperado de: [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/)
- Pérez, Y., Guerra, V., Mengana, K., Noblega, M. & Grau, R. (2014). Adaptación del inventario de depresión Infantil de Kovacs en adolescentes de 12 a 15 años. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 11(1).Recuperado el 18 de setiembre del 2016, de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=50108>
- Ramírez, R. (2009). *Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca* (Tesis para obtener Licenciatura en psicología con especialización en psicología clínica).Universidad Católica del

Perú, Lima .Recuperado de <http://myslide.es/documents/adaptacin-del-inventario-de-depresin-infantil-de-kovacs-en-escolares-de-la-ciudad-de-cajamarca.html>

Redondo, C. G.; Galdós, G. & García, M. (2008). *Atención al adolescente*. Recuperado el 24 de setiembre del 2016, de: [https://books.google.com.pe/books?id=uqJt5tN3sDYC&pg=PA278&dq=definicion+DE+depresion+adolescente&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj4\\_YGFn67MAhXHHR4KHV6bCY0Q6AEIlzAA#v=onepage&q=definicion%20DE%20depresion%20adolescente&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=uqJt5tN3sDYC&pg=PA278&dq=definicion+DE+depresion+adolescente&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj4_YGFn67MAhXHHR4KHV6bCY0Q6AEIlzAA#v=onepage&q=definicion%20DE%20depresion%20adolescente&f=false)

Retamal, P. (1998). *Depresión* (2ª ed.). Santiago de Chile, Chile: Universitaria

Ríos, M. (2015). *Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión infantil de Kovacs de educación secundaria de dos colegios nacionales* (Tesis para obtener Licenciatura en psicología). Universidad César Vallejo, Trujillo .Recuperado de <http://myslide.es/documents/propiedades-psicometricas-del-inventario-de-depresion-infantil-de-kovacs.html>

Rohde, P., Lewinsohn, P., Klein, D., Seeley, J. & Gau, J. (2012). Características clave del trastorno depresivo mayor en la infancia, la adolescencia, la edad adulta temprana y la edad adulta. *Ciencia Psicológica Clínica*, 1(1) ,41-53. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2167702612457599>

Rohde, P., Lewinsohn, P., Klein, D., Seeley, J. & Gau, J. (2012). Key characteristics of major depressive disorder occurring in childhood, adolescence, emergency adulthood and adulthood. *Clinical Psychological Science*, 1(1) ,41-53. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2167702612457599>

Sánchez, H. & Reyes, C. (2015). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima, Perú: Business Support Aneth

Salud (24 de febrero de 2017). Depresión en Colombia es más alta que el promedio en el mundo. *El Tiempo*. Recuperado de

<http://www.eltiempo.com/vida/salud/cifras-sobre-depresion-en-colombia-y-en-el-mundo-segun-la-oms-61454>

Sausa, M. (19 de setiembre 2015). Tres personas se suicidan al día en el Perú y el 70% lo hace por depresión. *Perú 21*. Recuperado el 24 de setiembre del 2016, de: <http://peru21.pe/actualidad/tres-personas-se-suicidan-al-dia-peru-y-70-lo-hace-depresion-2227864>

Santisteban, C. (2009). *Principios de Psicometría*. Madrid, España: Síntesis

San Molina, L. & Arranz Martí, B. (2010). *Comprender la Depresión*. Barcelona, España: Amat

Segura Camacho, S; Ospina, M. L.; Posada Gómez, S. & Ospina Gómez, H. A. (2010). Estandarización del Inventario CDI en niños y adolescente entre 12 y 17 años de edad, del Municipio de Sabaneta del Departamento de Antioquia - Colombia. *International Journal of Psychological Research*, 3(2) 63-73. Recuperado el 18 de setiembre del 2016, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023506008>

Solís, F. (2009). *Aportes al análisis de la validez y confiabilidad del Inventario de Depresión para Niños de Kovacs, como herramienta de tamizaje para la evaluación de los indicadores de riesgo de depresión, en una muestra de niños costarricenses, escolarizados de edades comprendidas entre los 7 y 12 años, de población no clínica* (Tesis para obtener el grado de especialista en Psicología clínica). Universidad de Costa Rica .Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis3.pdf>

Skinner, B. F. (1965). *Science and human behavior*. New York, EE.UU The free press

Skinner, B. F. (1991). *El análisis de la conducta: una visión retrospectiva*. México: Limusa

Veliz, M., Suclupe S., Aquino, N., Martell, C., Egusquiza, L., Yupanqui, E., Valdivia, E. & Benítes, Y. (2014). Análisis de la situación de salud hospitalaria. Recuperado de

<http://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Epidemiologia/ASIS/ASISHO2014.pdf>

Ugarriza N. & Escurra M. (2002). Adaptación de la Escala de depresión de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana. *Persona* 5(1), 83-130. Recuperado el 20 de Mayo del 2017 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118132004>

Yapko, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión*. México: Pax México

Lee, Y.S., Krishnan, A., & Park, Y.S. (2012). Propiedades psicométricas del inventario de la depresión de los niños: Un análisis de la teoría de la respuesta del artículo a través de la edad en una muestra no clínica, longitudinal, adolescente. *Medición y Evaluación en Consejería y Desarrollo*, 45 (2), 84-100. DOI: 10.1177 / 0748175611428329

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

INVENTARIO C.D.I

(ADAPTACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN: EDMUNDO ARÉVALO LUNA - 2008)

GRADO:..... SECCIÓN:..... COLEGIO:.....

SEXO: M F EDAD: .....

**INSTRUCCIONES:** Ese es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge de cada grupo, una oración, la que mejor diga como te has portado, como te has sentido o que has sentido en las **ÚLTIMAS DOS SEMANAS**, luego coloca una marca como una "X" en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti. Aquí tienes un ejemplo:

- A. Siempre leo libros
- B. Algunas veces leo libros
- C. Nunca leo libros

Nº	ÍTEMS	Nº	ÍTEMS
1	A. Rara veces me siento triste <input type="checkbox"/> B. Muchas veces me siento triste <input type="checkbox"/> C. Me siento triste todo el tiempo <input type="checkbox"/>	2	A. Las cosas me van a salir bien <input type="checkbox"/> B. No estoy seguro si las cosas me van a salir bien <input type="checkbox"/> C. Nada me va a salir bien <input type="checkbox"/>
3	A. Hago la mayoría de las cosas bien <input type="checkbox"/> B. Hago muchas cosas mal <input type="checkbox"/> C. Todo lo hago mal <input type="checkbox"/>	4	A. Muchas cosas me divierten <input type="checkbox"/> B. Algunas cosas me divierten. <input type="checkbox"/> C. Nada me divierte <input type="checkbox"/>
5	A. Rara veces soy malo <input type="checkbox"/> B. Soy malo muchas veces <input type="checkbox"/> C. Soy malo todo el tiempo <input type="checkbox"/>	6	A. Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas <input type="checkbox"/> B. Me preocupa que puedan pasarme cosas malas <input type="checkbox"/> C. Estoy seguro que me pasarán cosas malas <input type="checkbox"/>
7	A. Me gusto a mí mismo <input type="checkbox"/> B. No me gusto a mí mismo <input type="checkbox"/> C. Me odio a mí mismo <input type="checkbox"/>	8	A. Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas <input type="checkbox"/> B. Tengo la culpa de muchas cosas malas <input type="checkbox"/> C. Tengo la culpa de todas las cosas malas <input type="checkbox"/>
9	A. Nunca he pensado en matarme <input type="checkbox"/> B. A veces pienso en matarme pero no lo haría <input type="checkbox"/> C. Quiero matarme <input type="checkbox"/>	10	A. Rara vez tengo ganas de llorar <input type="checkbox"/> B. Muchos días me dan ganas de llorar <input type="checkbox"/> C. Siento ganas de llorar todos los días <input type="checkbox"/>

<b>11</b>	A. Rara vez me molesta algo B. Las cosas me molestan muchas veces C. Las cosas me molestan todo el tiempo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>12</b>	A. Me gusta estar con la gente. B. Muchas veces no me gusta estar con la gente. C. Nunca me gusta estar con la gente.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>13</b>	A. Me decido fácilmente por algo cuando quiero B. Es difícil para mí decidirme por algo C. No puedo decidirme por algo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>14</b>	A. Me veo bien B. Hay algunas cosas malas en mi apariencia C. Me veo horrible	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>15</b>	A. Hacer las tareas del colegio no es problema B. Muchas veces me cuesta esfuerzo hacer las tareas del colegio C. Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer tareas del colegio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>16</b>	A. Duermo muy bien B. Varias noches tengo problemas Para dormir C. Todas las noches tengo problemas para dormir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>17</b>	A. Rara vez me siento cansado B. Muchos días me siento cansado C. Todo el tiempo me siento cansado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>18</b>	A. Como muy bien B. Varios días no tengo ganas de comer C. La mayoría de los días no tengo ganas de comer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>19</b>	A. No me preocupa el dolor ni la enfermedad. B. Varias veces me preocupa el dolor y la enfermedad. C. Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>20</b>	A. No me siento sólo B. Muchas veces me siento solo C. Todo el tiempo me siento solo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>21</b>	A. Me divierto en colegio muchas veces B. Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando. C. Nunca me divierto en el colegio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>22</b>	A. Tengo muchos amigos B. Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más. C. No tengo amigos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>23</b>	A. Mi rendimiento en el colegio es bueno B. Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes C. Mi rendimiento en el colegio es malo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>24</b>	A. Soy tan bueno como otros alumnos B. Puedo ser tan bueno como otros alumnos, si yo quisiera C. Nunca podre ser tan bueno como otros alumnos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>25</b>	A. Estoy seguro que hay personas que me quieren B. No estoy seguro si alguien me quiere C. Nadie me quiere realmente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>26</b>	A. Generalmente hago caso a lo que me dicen B. Muchas veces no hago caso a lo que me dicen C. Nunca hago caso a lo que me dicen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>27</b>	A. Me llevo bien con la gente. B. Me peleo muchas veces. C. Me peleo siempre.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Gracias por completar el cuestionario.

## Sobre mí mismo

Por William M. Reynolds

GRADO:..... SECCIÓN:..... COLEGIO:..... SEXO: M F EDAD: .....

### Instrucciones

A continuación se presenta una lista de oraciones sobre cómo te sientes. Lea cada una y decida sinceramente cuán a menudo te sientes así: *Casi nunca, rara vez, algunas veces o Casi siempre*. Marca la respuesta que mejor describe cómo te sientes realmente. Recuerda, que no hay respuestas correctas ni equivocadas. Sólo escoge la respuesta que represente cómo te sientes generalmente.

	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre
1.Me siento feliz				
2.Me preocupa el colegio				
3.Me siento solo				
4.Siento que mis padres no me quieren				
5.Me siento importante				
6.Siento ganas de esconderme de la gente				
7.Me siento triste				
8.Me siento con ganas de llorar				
9.Siento que no le importó a nadie				
10.Tengo ganas de divertirme con los compañeros				
11.Me siento enfermo				
12.Me siento querido				
13.Tengo deseos de huir				
14.Tengio ganas de hacerme daño				
15.Siento que no les gusta a los compañeros				
16.Me siento molesto				
17.Siento que la vida es injusta				
18.Me siento cansado				
19.Siento que soy malo				
20.Siento que no valgo la pena				
21.Tengo pena de mí mismo				
22.Hay cosas que me molestan				
23.Siento ganas de hablar con los compañeros				
24.Tengo problemas para dormir				
25.Tengo ganas de divertirme				
26.Me siento preocupado				
27.Me dan dolores de estómago				
28.Me siento aburrido				
29.Me gusta comer				
30.Siento que nada de lo que hago me ayuda				

Nota: Extraído de Ugarriza y Ecurra (2002)

## ANEXO 2

### Validación de los instrumentos



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

#### Certificado de validez de contenido del instrumento que mide sintomatología depresiva Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI)

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 1: ESTADO DE ÁNIMO DISFÓRICO</b>							
1	A. Rara veces me siento triste B. Muchas veces me siento triste C. Me siento triste todo el tiempo	/		/		/		
2	A. Las cosas me van a salir bien B. No estoy seguro si las cosas me van a salir bien C. Nada me va a salir bien	/		/		/		
3	A. Hago la mayoría de las cosas bien B. Hago muchas cosas mal C. Todo lo hago mal	/		/		/		
4	A. <del>Muchas cosas</del> me divierten B. Me divierten algunas cosas C. Nada me divierte	/		/			/	
5	A. Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas B. Me preocupa que puedan pasarme cosas malas C. Estoy seguro que me pasarán cosas malas	/		/		/		



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

6	A. Rara vez tengo ganas de llorar B. Muchos días me dan ganas de llorar C. Siento ganas de llorar todos los días	✓	✓	✓	
7	A. Rara vez me molesta algo B. Las cosas me molestan muchas veces C. Las cosas me molestan todo el tiempo	✓	✓	✓	
8	A. Me gusta estar con otras personas B. Muchas veces no me gusta estar con otras personas C. Yo no quiero estar con otras personas	✓	✓	✓	
9	A. Duermo muy bien B. Varias noches tengo problemas para dormir C. Todas las noches tengo problemas para dormir	✓	✓	✓	
10	A. Rara vez me siento cansado B. Muchos días me siento cansado C. Todo el tiempo me siento cansado	✓	✓	✓	
11	A. Como muy bien B. Varios días no tengo ganas de comer C. La mayoría de los días no tengo ganas de comer	✓	✓	✓	
12	A. No me preocupan dolores ni enfermedades ? B. Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades C. Todo el tiempo me preocupan dolores y enfermedades	✓	✓	✓	



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

13	A. No me siento sólo B. Muchas veces me siento solo C. Todo el tiempo me siento solo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	A. Siempre me divierto en el colegio B. Solo de vez en cuando me divierto en el colegio C. Nunca me divierto en el colegio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15	A. Tengo muchos amigos B. Tengo muchos amigos, pero quisiera tener más C. No tengo amigos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	A. Generalmente hago caso en lo que me dicen B. Muchas veces no hago caso en lo que me dicen C. Nunca hago caso en lo que me dicen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	A. Me llevo bien con los demás B. Muchas veces me peleo con los demás C. Todo el tiempo me peleo con los demás	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N°	<b>DIMENSIÓN 2: IDEAS DE AUTODESPRECIO</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
18	A. Rara veces soy malo B. Soy malo muchas veces C. Soy malo todo el tiempo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	A. Me gusto a mí mismo B. No me gusto a mí mismo C. Me odio a mí mismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

20	A. Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas B. Tengo la culpa de muchas cosas malas C. Tengo la culpa de todas las cosas malas	✓	✓	✓	
21	A. Nunca he pensado en matarme B. A veces pienso en matarme pero no lo haría C. Quiero matarme	✓	✓	✓	
22	A. Me decido fácilmente por algo cuando quiero B. Es difícil para mí decidirme por algo C. No puedo decidirme por algo	✓	✓	✓	
23	A. Me veo bien B. Hay algunas cosas malas en mi apariencia C. Me veo horrible	✓	✓	✓	
24	A. Hacer las tareas del colegio no es problema B. Muchas veces me cuesta esfuerzo hacer las tareas del colegio C. Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer tareas del colegio	✓	✓	✓	
25	A. Mi rendimiento en el colegio es bueno B. Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes C. Mi rendimiento en el colegio es malo	✓	✓	✓	
26	A. Soy tan bueno como otros alumnos B. Puede ser tan bueno como otros alumnos, si yo quisiera C. Nunca podre ser tan bueno como otros alumnos	✓	✓	✓	



### Resultados de la validación por criterio de jueces

Nº	ítem	Porcentaje de aprobación	Resultado
1	A. Rara veces me siento triste B. Muchas veces me siento triste C. Me siento triste todo el tiempo	93	Aceptado
2	A. Las cosas me van a salir bien B. No estoy seguro si las cosas me van a salir bien C. Nada me va a salir bien	100	Aceptado
3	A. Hago la mayoría de las cosas bien B. Hago muchas cosas mal C. Todo lo hago mal	93	Aceptado
4	A. Muchas cosas me divierten B. Algunas cosas me divierten C. Nada me divierte	87	Aceptado
5	A. Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas B. Me preocupa que puedan pasarme cosas malas C. Estoy seguro que me pasaran cosas malas	100	Aceptado
6	A. Rara vez tengo ganas de llorar B. Muchos días me dan ganas de llorar C. Siento ganas de llorar todos los días	100	Aceptado
7	A. Rara vez me molesta algo B. Las cosas me molestan muchas veces C. Las cosas me molestan todo el tiempo	87	Aceptado
8	A. Me gusta estar con la gente B. Muchas veces no me gusta estar con la gente C. Nunca me gusta estar con la gente	100	Aceptado

9	<p>A. Duermo muy bien</p> <p>B. Varias noches tengo problemas para dormir</p> <p>C. Todas las noches tengo problemas para dormir</p>	93	Aceptado
10	<p>A. Rara vez me siento cansado</p> <p>B. Muchos días me siento cansado</p> <p>C. Todo el tiempo me siento cansado</p>	100	Aceptado
11	<p>A. Como muy bien</p> <p>B. Varios días no tengo ganas de comer</p> <p>C. La mayoría de los días no tengo ganas de comer</p>	100	Aceptado
12	<p>A. No me preocupan el dolor ni la enfermedad.</p> <p>B. Varias veces me preocupa el dolor y la enfermedad.</p> <p>C. Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad</p>	80	Aceptado
13	<p>A. No me siento sólo</p> <p>B. Muchas veces me siento solo</p> <p>C. Todo el tiempo me siento solo</p>	100	Aceptado
14	<p>A. Me divierto en colegio muchas veces</p> <p>B. Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.</p> <p>C. Nunca me divierto en el colegio</p>	93	Aceptado
15	<p>A. Tengo muchos amigos</p> <p>B. Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más</p> <p>C. No tengo amigos</p>	100	Aceptado
16	<p>A. Generalmente hago caso a lo que me dicen</p> <p>B. Muchas veces no hago caso a lo que me dicen</p>	100	Aceptado

---

C. Nunca hago caso a lo que me dicen			
17	A. Me llevo bien con la gente.	100	Aceptado
	B. Me peleo muchas veces.		
	C. Me peleo siempre.		
18	A. Rara veces soy malo	100	Aceptado
	B. Soy malo muchas veces		
	C. Soy malo todo el tiempo		
19	A. Me gusto a mí mismo	100	Aceptado
	B. No me gusto a mí mismo		
	C. Me odio a mí mismo		
20	A. Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas	100	Aceptado
	B. Tengo la culpa de muchas cosas malas		
	C. Tengo la culpa de todas las cosas malas		
21	A. Nunca he pensado en matarme	93	Aceptado
	B. A veces pienso en matarme pero no lo haría		
	C. Quiero matarme		
22	A. Me decido fácilmente por algo cuando quiero	100	Aceptado
	B. Es difícil para mí decidirme por algo		
	C. No puedo decidirme por algo		
23	A. Me veo bien	93	Aceptado
	B. Hay algunas cosas malas en mi apariencia		
	C. Me veo horrible		
24	A. Hacer las tareas del colegio no es problema	100	Aceptado
	B. Muchas veces me cuesta esfuerzo hacer las tareas del colegio		
	C. Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer tareas del colegio		

---

---

25	A. Mi rendimiento en el colegio es bueno	93	Aceptado
	B. Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes		
	C. Mi rendimiento en el colegio es malo		

---

26	A. Soy tan bueno como otros alumnos	100	Aceptado
	B. Puedo ser tan bueno como otros alumnos, si yo quisiera		
	C. Nunca podre ser tan bueno como otros alumnos		

---

27	A. Estoy seguro que hay personas que me quieren	100	Aceptado
	B. No estoy seguro si alguien me quiere		
	C. Nadie me quiere realmente		

---

### ANEXO 3

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es Jarumi Jaquelin Chauca Vergaray; identificada con DNI N° 75954915, estudiante de pre-grado de la escuela profesional de psicología de la UCV, para obtener el título profesional de licenciada en psicología, busco realizar una investigación titulada “ Adaptación del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho. Lima, 2017”.

La investigación tiene como finalidad determinar si el inventario es válido y confiable para la detección, derivación y prevención de la depresión, entonces si existieran algunas preguntas que no entienda y requiera explicación, solo tiene que hacérmelo saber para resolver su duda.

Los datos sobre su participación se tomaran de forma anónima, serán confidenciales, y solo para uso de la presente investigación.

Agradezco su participación y el apoyo brindado.

Muchas gracias.

---

Firma del participante

---

Firma del investigador



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO


**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**
**"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"**

San Juan de Lurigancho, 20 de abril del 2017

**CARTA N°009-2017-EP-PS-UCV-LE**

Dr.

**WILBERT ZEGARRA BERNAOLA**

I.E "JOSE MARIA ARGUEDAS"

Presente.-

**Asunto:** Autorización para aplicar un instrumento de investigación de la estudiante **Jarumi Jaquelin, Chauca Vergaray**

De mi consideración

Mediante la presente me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo solicitar a su despacho otorgue la autorización para que la Srta. **Jarumi Jaquelin, Chauca Vergaray**, estudiante el XI ciclo de la escuela Profesional de Psicología, pueda aplicar el Inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI)

Dicho instrumento corresponde a su Desarrollo de investigación: "Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho. Lima, 2017", el cual tiene como objetivo aportar un instrumento válido y confiable para la detección, derivación y prevención de la depresión en estudiantes de los primeros años de educación secundaria.

Sin otro particular, me despido de usted no sin antes expresarle los sentimientos de mi estima personal.

  
**Lic. Erik Huaman Sánchez**  
 Coordinador de la EP de Psicología  
 LIMA ESTE



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO



**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”**

San Juan de Lurigancho, 20 de abril del 2017

**CARTA N°009-2017-EP-PS-UCV-LE**

Dr.  
**JOSE OCTAVIO CASTRO VARGAS**  
 I.E “NICOLAS COPERNICO”  
 Presente.-

**Asunto:** Autorización para aplicar un instrumento de investigación de la estudiante **Jarumi Jaquelin, Chauca Vergaray**

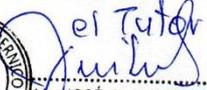
De mi consideración

Mediante la presente me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo solicitar a su despacho otorgue la autorización para que la Srta. **Jarumi Jaquelin, Chauca Vergaray**, estudiante el XI ciclo de la escuela Profesional de Psicología, pueda aplicar el Inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI)

Dicho instrumento corresponde a su Desarrollo de investigación: “Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho. Lima, 2017”, el cual tiene como objetivo aportar un instrumento válido y confiable para la detección, derivación y prevención de la depresión en estudiantes de los primeros años de educación secundaria.

Sin otro particular, me despido de usted no sin antes expresarle los sentimientos de mi estima personal.

  
**Lic. Erik Huamán Sánchez**  
 Coordinador de la EP de Psicología  
 UCV – LIMA ESTE

**ACEPTADO**  
 Previo acuerdo con  
 el Tutor del Aula  
  
 Lc. JOSÉ O. CASTRO VARGAS  
 DIRECTOR



## ANEXO 4

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TÍTULO:** “Adaptación del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho. Lima, 2017”

PROBLEMA GENERAL	PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
¿El Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI) es adaptable para ser aplicado en adolescentes de instituciones públicas del distrito de San Juan de Lurigancho?	No presenta la investigación por ser de línea de investigación en psicometría.	Adaptar el Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho.	<p>Objetivo Específico 1: Adaptación lingüística del Inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho.</p> <p>Objetivo Específico 2: Comprobar la validez de contenido del Inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI) mediante el V de Aiken.</p> <p>Objetivo Específico 3: Hallar la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente de alfa de cronbach del Inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes de instituciones públicas del distrito de San Juan de Lurigancho.</p> <p>Objetivo Específico 4: Explicar el análisis de correlación ítem-test del inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho.</p> <p>Objetivo Específico 5: Estimar la validez de constructo del inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho.</p> <p>Objetivo Específico 6: Establecer los baremos en escala de percentiles según muestra total del Inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho.</p>

**ANEXO 5**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIANTES DE NIVEL SECUNDARIO**

San Juan de Lurigancho: matrícula de educación secundaria por tipo de gestión, área geográfica y sexo, según forma de atención y grado, 2016

Concepto	Total	Gestión		Área		Sexo	
		Pública	Privada	Urbana	Rural	Masculino	Femenino
<b>Total Secundaria</b>	<b><u>74 550</u></b>	<b><u>47 574</u></b>	<b><u>26 976</u></b>	<b><u>74 550</u></b>	-	<b><u>37 603</u></b>	<b><u>36 947</u></b>
Primer grado	16 747	11 043	5 704	16 747	-	8 713	8 034
Segundo grado	15 905	10 077	5 828	15 905	-	8 130	7 775
Tercer grado	14 524	9 206	5 318	14 524	-	7 228	7 296
Cuarto grado	13 998	8 721	5 277	13 998	-	6 908	7 090
Quinto grado	13 376	8 527	4 849	13 376	-	6 624	6 752

Fuente: Ministerio de Educación (MINEDU, 2016)

ANEXO 6

BASE DE DATOS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL DE KOVACS (CDI)

ID	EDAD	SEXO	GRADO	COLEGIO	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	I19	I20	I21	I22	I23	I24	I25	I26	I27	TOTAL	DIMENSIÓN 1	DIMENSIÓN 2
1	12	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	5	3	2
2	12	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	11	7	4
3	13	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	7	4	3
4	12	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	10	5	5
5	12	2	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	2	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	19	12	7
6	12	1	1	1	1	2	1	2	0	2	2	2	1	2	2	1	1	2	0	0	0	1	2	2	2	0	1	2	2	0	0	33	20	13
7	12	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	12	9	3
8	12	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	4	1	3
9	12	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	2	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	10	8	2
10	12	1	1	1	1	1	0	0	0	2	0	0	1	0	2	1	0	0	1	0	1	0	1	2	0	1	0	1	1	1	0	17	13	4
11	12	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	10	7	3
12	12	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5	1	4
13	11	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	15	10	5
14	12	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	17	10	7
15	12	2	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	10	9	1
16	12	2	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	19	11	8
17	12	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	4	2
18	12	2	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	6	1
19	11	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	13	11	2
20	12	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	13	10	3
21	12	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	8	4	4
22	12	2	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	10	7	3
23	12	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	8	5	3
24	12	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	7	1
25	12	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	6	3	3
26	12	2	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	6	4	2
27	12	2	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	2	1	1	0	17	9	8
28	12	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	9	5	4
29	12	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	7	3	4
30	12	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
31	12	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0
32	12	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0
33	12	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2
34	12	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1
35	12	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2
36	11	2	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	17	11	6
37	12	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	10	5	5
38	12	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	4	4	0
39	12	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2

40	12	1	1	1	0	2	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	2	2	1	0	1	1	1	1	0	1	2	1	1	0	22	11	11	
41	12	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	9	7	2	
42	12	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	5	3	2		
43	12	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	2	0	1	1	1	2	1	0	0	15	8	7		
44	11	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2			
45	12	2	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	2			
46	14	2	1	1	2	1	1	1	0	0	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	28	17	11	
47	14	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	9	6	3		
48	12	2	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	2	0	1	1	1	0	0	10	7	3	
49	12	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	13	7	6	
50	12	2	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4	4	0	
51	12	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	10	6	4	
52	12	2	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	2	2	0	17	10	7		
53	12	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	2	1	0	0	0	1	0	0	12	9	3	
54	12	2	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	10	6	4		
55	11	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	4	4	0		
56	12	1	1	1	1	1	0	0	0	1	2	0	1	1	0	1	0	1	1	2	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	16	10	6		
57	12	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	9	3	6		
58	12	1	1	1	1	1	1	0	0	0	2	0	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	0	1	1	30	19	11	
59	12	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	6	5	1	
60	12	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	3	2		
61	12	2	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2		
62	12	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6	3	3		
63	12	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	2	1	0	0	0	1	0	0	1	2	1	0	0	19	8	11	
64	12	2	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	10	7	3		
65	12	2	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	9	4	5		
66	12	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	3	0	
67	12	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0	
68	12	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0
69	12	2	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0		
70	12	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0		
71	12	1	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	8	5	3		
72	13	1	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	7	4	3	
73	13	2	2	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	2	1	1	1	0	1	1	18	12	6	
74	13	2	2	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	2	1	1	24	13	11
75	13	2	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	12	7	5	
76	13	2	2	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	6	3	3	
77	14	2	2	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6	5	1		
78	14	2	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	6	4	2		
79	13	1	2	1	0	1	1	0	2	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	13	8	5
80	12	1	2	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	2	1	0	1	0	15	9	6	
81	13	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	1		
82	12	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	4	1	3	
83	13	1	2	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	7	5	2		
84	14	2	2	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	8	3	5		
85	14	2	2	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	18	12	6		
86	14	1	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	7	3	4			
87	13	2	2	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	17	13	4		







228	11	1	1	2	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	9	6	3		
229	12	2	1	2	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5	2	3		
230	12	2	1	2	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	9	9		
231	12	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3	2	1			
232	12	1	1	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	3	1			
233	11	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	7	4	3		
234	12	2	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	5	1	4		
235	12	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	2	1			
236	12	2	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0			
237	12	2	1	2	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	15	11	4
238	12	2	1	2	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	10	7	3
239	12	2	1	2	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	20	14	6	
240	12	2	1	2	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8	4	4		
241	12	2	1	2	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	11	7	4	
242	11	2	1	2	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	8	3	5
243	12	1	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	14	8	6
244	12	1	1	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	7	7	0	
245	12	2	1	2	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	9	6	3	
246	12	2	1	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	1	
247	11	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
248	12	2	1	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	5	5	0
249	12	2	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3	3	0
250	12	2	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	1	3
251	13	1	1	2	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	10	6	4	
252	12	2	1	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	4	1	
253	12	2	1	2	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	14	8	6	
254	12	1	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	7	2	5
255	12	2	1	2	1	1	1	1	0	2	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	17	13	4
256	12	1	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	
257	11	2	1	2	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	14	10	4	
258	12	1	1	2	1	2	0	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	0	2	2	0	0	2	1	2	0	0	1	1	1	34	22	12
259	12	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	8	4	4
260	12	1	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	
261	12	2	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0		
262	12	1	1	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	5	5	0	
263	12	2	1	2	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	10	6	4	
264	12	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	
265	12	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2		
266	12	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0
267	12	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0
268	12	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	1	
269	13	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	6	3	3		
270	13	1	2	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	8	7	1	
271	13	1	2	2	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	2	1	1	1	0	1	15	8	7	
272	13	2	2	2	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	7	4	3		
273	13	2	2	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	9	6	3	
274	13	1	2	2	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	10	6	4	



322	13	2	2	2	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	2	0	0	1	0	0	1	0	0	15	11	4
323	13	1	2	2	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8	5	3	
324	13	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3		
325	13	2	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1		
326	13	1	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	4	2		
327	13	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	4	1	3			
328	12	1	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	5	4	1			
329	13	2	2	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6	6	0		
330	12	2	2	2	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	10	8		
331	14	1	2	2	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	8	4	4		
332	13	2	2	2	0	1	1	2	2	2	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	17	11	6		
333	13	2	2	2	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	2	2	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	12	7	5		
334	14	2	3	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	6	3	3		
335	14	2	3	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	7	3	4			
336	14	1	3	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	2	1	1	1	0	1	1	18	13	5		
337	14	1	3	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	6	2		
338	14	2	3	2	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	12	8	4		
339	14	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0			
340	15	1	3	2	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	10	7	3		
341	14	1	3	2	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	11	7	4			
342	14	2	3	2	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	12	8	4			
343	14	2	3	2	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	12	9	3		
344	14	2	3	2	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	7	3	4		
345	14	2	3	2	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	7	5	2			
346	15	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	6	3	3		
347	13	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1		
348	14	1	3	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	3	0		
349	14	1	3	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1			
350	14	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0			
351	14	1	3	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	10	6	4		
352	15	2	3	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	8	5	3			
353	14	1	3	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	4	4	0			
354	15	1	3	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	4	3	1			
355	14	2	3	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	4	4	0			
356	13	2	3	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0			
357	14	1	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	6	3	3	
358	14	2	3	2	2	1	1	1	0	2	1	1	1	2	1	0	1	1	0	2	2	2	2	1	0	0	1	1	1	0	0	27	19	8		
359	14	1	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	8	6	2			
360	15	1	3	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	12	7	5			
361	14	2	3	2	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	11	7	4		
362	14	1	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	5	3	2		
363	13	2	3	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1			
364	14	1	3	2	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	8	4	4			
365	14	2	3	2	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	13	8	5			
366	13	2	3	2	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	14	8	6			
367	15	1	3	2	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	2	0	1	0	0	2	0	0	2	1	0	1	1	16	8	8			
368	13	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1			



ANEXO 7

BASE DE DATOS DE LA VALIDEZ DE CRITERIO

*Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI)*

ID	EDAD	SEXO	GRADO	COLEGIO	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	I19	I20	I21	I22	I23	I24	I25	I26	I27	TOTAL	DIMENSIÓN 1	DIMENSIÓN 2	
1	12	2	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	2	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	19	12	7	
2	12	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	12	9	3	
3	12	2	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	10	9	1	
4	12	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	4	2	
5	12	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	13	10	3	
6	12	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	9	5	4
7	11	2	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	17	11	6	
8	12	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	10	5	5	
9	12	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	2	0	1	1	1	2	1	0	0	15	8	7	
10	11	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	
11	14	2	1	1	2	1	1	1	0	0	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	28	17	11	
12	12	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	13	7	6	
13	12	1	1	1	1	1	0	0	0	1	2	0	1	1	0	1	0	1	1	2	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	16	10	6	
14	12	2	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	
15	12	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	3	3	
16	12	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	0	0	0	1	0	0	1	2	1	0	0	19	8	11	
17	14	2	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	6	4	2		
18	13	1	2	1	0	1	1	0	2	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	13	8	5	
19	12	1	2	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	2	1	0	1	0	15	9	6		
20	13	1	2	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	7	5	2		
21	14	2	2	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	18	12	6	
22	13	2	2	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	13	8	5	
23	13	2	2	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1	0	1	0	9	7	2	
24	13	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	15	8	7	
25	13	1	2	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	11	6	5	
26	14	1	2	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	10	7	3	
27	13	1	2	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	7	6	1		
28	13	1	2	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	15	8	7	
29	13	1	2	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	10	4	6	
30	15	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	1	
31	13	1	2	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	12	9	3	
32	14	1	2	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	15	7	8	
33	13	1	2	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	11	9	2	
34	13	1	2	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	20	14	6	
35	13	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	5	3	2	
36	13	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	4	2	2	
37	13	2	2	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	11	8	3	
38	13	2	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	7	4	3	



Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR)

EDAD	SEXO	GRADO	COLEGIO	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	I19	I20	I21	I22	I23	I24	I25	I26	I27	I28	I29	I30	TOTAL	
12	1	1	1	2	2	2	2	3	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	3	2	1	2	2	1	2	51	
12	2	1	1	1	3	2	3	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	3	2	1	3	1	1	2	2	1	2	49	
12	2	1	1	1	3	1	1	1	1	3	3	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	3	1	1	1	3	2	3	2	1	49	
12	1	1	1	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	1	4	2	1	4	4	4	3	1	4	3	4	1	4	1	4	1	4	3	4	94	
12	1	1	1	1	3	3	1	3	1	1	1	1	1	1	2	4	3	2	1	3	3	2	1	1	3	1	1	1	1	1	2	2	1	52	
13	2	2	1	1	3	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	3	2	4	1	3	2	2	49
14	2	2	1	1	4	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	3	1	1	2	1	2	2	4	1	2	1	2	1	2	2	3	1	1	51	
13	2	2	1	1	4	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	4	1	41	
13	2	2	1	2	3	2	3	1	1	2	2	2	1	2	2	2	3	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	3	2	2	1	2	52	
13	1	2	1	1	3	1	1	3	1	1	2	1	1	1	2	2	3	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	3	1	3	1	2	2	49	
13	1	2	1	1	3	1	1	2	1	1	2	1	1	3	1	1	1	3	2	1	2	4	2	1	3	1	2	1	2	1	3	2	1	51	
13	1	2	1	1	3	1	1	2	2	3	2	1	1	3	1	3	2	1	3	2	3	1	1	1	2	1	1	1	2	3	2	1	1	52	
13	2	2	1	2	4	2	1	3	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	3	3	52	
13	1	2	1	1	1	3	1	2	1	3	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	3	3	1	1	1	1	2	1	2	1	2	49	
13	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	3	1	1	1	3	1	3	1	1	1	40	
14	2	3	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	37	
13	2	3	1	1	4	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	39	
14	1	3	1	1	3	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	2	3	2	1	1	3	3	1	2	1	2	2	2	2	51	
14	2	3	1	1	3	2	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	1	2	3	1	1	1	3	2	3	1	2	52	
15	1	3	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	2	3	2	2	2	3	2	49	
14	1	3	1	1	3	2	4	4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	45	
14	2	3	1	1	3	1	1	1	1	3	3	1	1	2	1	1	1	2	2	1	3	2	1	1	1	2	3	1	2	3	3	3	1	52	
12	2	1	2	1	4	2	1	3	1	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	2	1	1	3	3	2	1	1	49	
12	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	4	2	2	3	2	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	50	
12	2	1	2	1	3	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	3	1	2	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	2	45	
12	2	1	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	36	
12	1	1	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	3	1	4	42	
12	2	1	2	1	3	3	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	2	1	3	1	1	1	3	1	3	51	
12	2	1	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	3	1	1	1	1	3	3	3	1	1	45	
12	2	1	2	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	4	2	1	1	1	3	1	3	3	1	1	3	2	1	1	3	3	3	1	1	52	
12	2	1	2	1	1	3	3	1	1	3	3	3	1	1	1	2	3	1	1	2	1	1	1	1	2	1	3	1	1	2	1	1	3	50	
13	1	1	2	1	4	1	2	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	4	1	1	1	4	1	1	1	51	
12	1	1	2	3	3	4	2	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	113	
12	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	3	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	4	51	
13	2	2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	3	2	1	1	40	
13	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	3	2	2	2	2	1	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	49	
14	2	2	2	1	3	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	3	1	1	4	1	1	3	1	3	50	
13	1	2	2	1	3	2	1	1	1	2	2	1	4	2	4	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	3	50	
13	1	2	2	2	4	3	1	2	1	1	2	1	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	3	1	1	49	
13	1	2	2	1	3	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	4	2	1	1	2	1	3	3	49	
13	1	2	2	1	3	1	1	2	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	37	
13	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	3	3	1	1	3	2	3	1	2	2	3	1	2	1	2	50	
12	2	2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	2	1	2	1	1	2	1	1	41	

13	1	2	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	3	1	1	1	1	1	3	1	1	39		
14	1	2	2	1	3	2	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	2	2	3	3	1	1	1	4	1	2	1	2	50		
14	2	2	2	2	3	1	1	2	3	3	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	42			
12	1	2	2	1	4	1	1	3	1	3	3	1	1	1	1	1	3	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	46			
14	2	2	2	1	3	1	3	2	1	3	1	1	1	4	2	3	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1	2	1	1	3	1	3	51		
15	1	3	2	1	3	3	1	2	1	3	3	2	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	4	2	1	3	1	2	2	2	52		
14	1	3	2	1	3	1	2	1	3	1	2	1	1	1	1	1	2	1	4	1	3	1	3	2	4	1	1	3	1	2	1	1	51		
15	1	3	2	1	3	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	3	1	2	50	
14	1	3	2	2	1	2	1	3	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	51	
15	1	3	2	1	3	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	3	1	3	2	2	1	2	45		
14	2	3	2	1	1	2	1	3	1	1	1	2	1	3	1	1	1	2	1	3	1	1	1	3	1	3	1	1	3	1	1	1	45		
13	2	3	2	1	3	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	1	41		
14	1	3	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35		
13	2	3	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	43		
14	1	3	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	3	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	3	45	
14	2	3	2	1	3	1	3	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	4	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	43		
14	2	3	2	1	3	3	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	3	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	3	4	3	2	3	52		
12	2	1	1	3	3	2	1	2	1	2	4	1	4	2	4	2	1	1	2	1	1	1	1	3	3	1	3	1	2	2	2	2	57		
14	1	1	1	1	4	2	2	2	3	3	2	2	1	2	2	3	2	2	1	1	3	2	2	2	1	1	1	1	3	2	3	1	2	57	
13	2	2	1	2	4	3	3	1	2	3	4	4	2	2	1	2	2	2	1	3	1	1	2	2	2	2	2	4	1	3	3	4	2	3	68
12	2	2	1	2	4	3	3	2	3	2	2	4	1	1	4	1	3	3	1	3	2	1	1	1	1	4	1	3	2	4	2	3	65		
13	1	2	1	1	4	3	3	1	2	3	2	4	1	2	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	1	2	65	
14	2	3	1	1	2	1	2	2	2	1	3	2	2	2	1	1	2	2	3	1	3	2	1	1	4	2	4	2	2	1	3	2	2	57	
15	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	4	3	4	4	3	3	4	4	3	4	4	3	3	4	1	4	4	4	3	4	94	
14	2	3	1	1	3	1	1	2	1	2	4	1	1	2	1	1	1	1	2	3	4	2	1	1	4	3	4	1	2	2	3	1	1	56	
15	1	3	2	2	2	2	4	2	1	3	3	2	2	1	1	1	2	3	2	2	1	1	2	1	3	2	4	2	2	2	2	2	2	59	
14	2	3	2	1	4	3	2	1	1	3	3	1	2	3	1	1	2	1	2	3	3	1	1	1	2	2	2	1	3	3	2	2	1	57	

## **ADAPTACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL DE KOVACS (CDI) EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO**

Jarumi Jaquelin Chauca Vergaray

### **RESUMEN**

La investigación tuvo como objetivo adaptar el Inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho. La teoría en la que se basó el trabajo fue en el modelo cognitivo de Beck. El estudio fue de tipo instrumental y diseño no experimental, de corte transversal. La muestra fue de tipo no probabilístico, conformada por 390 estudiantes de 1<sup>ero</sup> a 3<sup>ero</sup> de secundaria de instituciones educativas públicas, con edades comprendidas entre los 11 a 15 años, pero previamente se le aplicó un piloto con 100 escolares. Los resultados obtenidos demuestran que el instrumento cuenta con validez de contenido mediante el criterio de jueces, con puntajes  $V$  de Aiken mayor a 0.80, además de presentar una alta consistencia interna por el coeficiente alfa de cronbach de 0.89 por la prueba. Mientras que por la validez de constructo al ser delimitado a dos factores explica un 34% de la varianza, por lo que se procedió a una rotación de segundo orden en la que se obtuvo 54% de la varianza total, que determina una estructura unifactorial del instrumento, por lo que se realizó la validez de criterio con la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) hallándose que existe correlación entre ambos instrumentos, evidenciando que miden el mismo constructo. En conclusión el Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI) posee adecuadas propiedades psicométricas de validez y confiabilidad, por lo tanto se sugiere estudios con una muestra clínica para corroborar los resultados obtenidos.

Palabras clave: sintomatología depresiva, inventario, propiedades psicométricas

### **ADAPTATION OF THE KOVACS INFANT DEPRESSION INVENTORY (CDI) IN ADOLESCENTS OF THE SAN JUAN DE LURIGANCHO DISTRICT**

#### **ABSTRACT**

The objective of the research was to adapt the inventory of Kovacs' childhood depression (CDI) in adolescents in the district of San Juan de Lurigancho. The theory on which the work was based was on the cognitive model of Beck. The study was of instrumental type and non-experimental design, cross section. The sample was of non-probabilistic type, comprised of 390 students of 1<sup>st</sup> to 3<sup>rd</sup> of secondary of public educational institutions, with ages from 11 to 15 years, but previously a pilot was applied with 100 schoolchildren. The results show that the

instrument has validity of content through the criterion of judges, with scores  $V$  of Aiken greater than 0.80, in addition to presenting a high internal consistency by the coefficient alpha of cronbach of 0.89 by the test. While by the validity of construct when delimited to two factors explains 34% of the variance, so it proceeded to a second order rotation in which obtained 54% of the total variance, which determines a unifactorial structure of the instrument, so the validity of criterion was carried out with the Depression scale for adolescents of Reynolds (WWTP) Finding that there is correlation between the two instruments, evidencing that they measure the same construct. In conclusion Kovacs ' childhood Depression Inventory (CDI) has adequate psychometric properties of validity and reliability, therefore studies with a clinical sample are suggested to corroborate the results obtained.

Key words: depressive symptomatology, inventory, psychometric properties

## **INTRODUCCIÓN**

En las instituciones educativas se le da poca relevancia a los cambios en el estado de ánimo que se presentan en los adolescentes, puesto que se piensa que es parte de su desarrollo, los cuales prevén que van a desaparecer pasada esa etapa y que ellos sólo se están viendo afectados por esa etapa de la vida, caracterizado por cambios psicológicos, fisiológicos, cognitivos y sociales. Por lo tanto, este estudio tiene como propósito de brindar un instrumento para medir la sintomatología depresiva en estudiantes de los primeros años de secundaria del distrito de San Juan de Lurigancho, que sea válido y confiable para lograr resultados precisos sobre la situación actual de los adolescentes, de modo que facilite la intervención temprana a los que lo requieran, evitando de este modo que se incremente la tasa de suicidios que cada año se torna más alarmante.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS,2016), la depresión es una enfermedad mental caracterizado por la presencia de tristeza, anhedonia, sensación de agotamiento, falta de concentración, sentimientos negativos hacia sí mismo, perturbaciones en el apetito y desórdenes de sueño. La Guía de consulta de los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V, 2013) nos refiere que existen criterios para considerar un trastorno de depresión mayor, el cual está incluido en la categoría de los trastornos depresivos. Entre ellos tenemos un estado de ánimo abatido que en la niñez y adolescencia se puede exhibir como irritabilidad, desinterés por realizar actividades que antes le causaban placer, aumento o disminución del apetito, insomnio, fatiga casi todo el tiempo, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse e intentos de suicidio, de los que se deben presentar cinco durante dos semanas y ocasionar un cambio repentino del funcionamiento normal del individuo (p.104).

El Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10,1992) refiere que la depresión se puede presentar de forma atípica durante la adolescencia, ésta suele presentarse encubierta por otros síntomas, es así que para establecer un adecuado diagnóstico, los criterios señalan una permanencia de dos semanas, que varía según la gravedad, presentando una pérdida de interés por actividades que frecuentaba disfrutar, sentimiento de culpa e inferioridad, pensamientos suicidas entre otros. (p.153). Por consiguiente, si el síndrome depresivo no es detectado a tiempo y recibe un adecuado tratamiento, el cual ayude al adolescente este puede llegar a atentar contra su vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), la depresión afecta a 350 millones de habitantes, lo que da como efecto una tasa de suicidios al año de aproximadamente 800, 000 personas, siendo la segunda causa de fallecimientos entre adolescentes y jóvenes, que se encuentran entre los 15 a 29 años; lo que es aún más alarmante es el hecho de que existen indicios que por cada vez que un adulto se suicida, seguramente otros 20 pretendieron realizarlo. Aunque se puede prevenir, todavía no se ha realizado una estrategia para dar solución a lo planteado anteriormente. Desde otra perspectiva, existe una elevada tasa de mortalidad, a causa de la depresión. Es así que, en Asia, Corea del Sur los indicadores revelan un 17% de suicidios, mientras que en Latinoamérica, Chile presenta una tasa parecida de suicidios, que cada período se eleva aún más en niños y adolescentes.

Sin embargo, un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud en el artículo de Salud (2017) brinda nuevos datos de la prevalencia de depresión en América Latina revelando que Brasil presenta un 5,8% en esa categoría, luego Cuba tiene un 5,5% , Paraguay un 5,2%, Uruguay y Chile presentan el mismo valor 5 %; Perú 4,8%. Inclusive Costa Rica, República Dominicana, Colombia y Argentina obtuvieron un 4,7%. Asimismo, con esto se evidencia que este trastorno va en aumento, así pues según el presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría para el 2020 este tendrá mayor impacto, incluso más que las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

En tanto que Sausa (2015) menciona que el Instituto Nacional de Salud Mental - INSM refirió que en Perú se han presentado entre 1 a 3 suicidios por día, de los cuales el 9% del valor total, ha pensado en quitarse la vida, lo que estaría relacionado en un 95% con algún trastorno mental, a lo que el psiquiatra del centro refiere que un 70% son pacientes con depresión y en menor porcentaje trastornos de personalidad o adicciones, señaló “que dos tercios de los pacientes tienen la idea de no continuar viviendo , pero no intentan suicidarse”.

Veliz, Suclupe, Aquino, Martell, Egusquiza, Yupanqui, Valdivia, y Benítez (2014) mencionaron en el análisis de la situación de salud hospitalaria del Hospital de San Juan de Lurigancho que en el 2013, las causas de atención en consultorios externos, en adolescentes eran desde de los 10 a 19 años comprendiendo 8,449 casos. Entre los que se halla en primer lugar los trastornos de acomodación con 484 casos, en un segundo lugar se halla el trastorno de ansiedad con 464 casos, en el tercer lugar se coloca el episodio depresivo con 358 casos, el cuarto lugar le correspondió al trastorno neurológico- epilepsia con 291 casos y el quinto lugar es el síndrome del maltrato con 250 casos, estas fueron las cinco causas de morbilidad en adolescentes relacionados con problemas de salud mental que equivale al 21.9% de las atenciones en este ciclo de vida.

Los factores que ocasionan en los adolescentes síntomas depresivos, es a causa de que han sido víctimas de violencia intrafamiliar, soporte familiar inadecuado, la pérdida repentina de un padre o por acoso escolar. El rechazo social entre sus pares llega a asilar al adolescente por su falta de habilidades sociales o por una condición física que pueda presentar, en el que se ve afectado su autoestima, existen casos en los que recurren al *cutting* como una forma de “alivio” para el dolor emocional que presentan. Por lo tanto se debe tener en cuenta que este trastorno en su fase más grave lleva al suicidio y aunque tiene tratamientos eficaces no son una cura, solamente ayudan a que el afectado lleve una mejor calidad de vida, sin embargo no todos lo reciben por un diagnóstico erróneo y la falta de personal especializado en el tema.

Por lo expuesto anteriormente, se evidencia la importancia de contar con un instrumento que mida sintomatología depresiva en adolescentes adaptado para nuestra realidad, que presente validez y confiabilidad para una exploración más exacta en este ciclo de vida que es etiquetada como la más complicada.

Siendo de importancia determinar si ¿El Inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI) es adaptable para ser aplicado en adolescentes de instituciones públicas del distrito de San Juan de Lurigancho?

Yapko (2006, p.20), nos explica que el origen de la depresión se encuentra en la psicología, biología y sociología. Por lo que los modelos psicológicos que han sido desarrollados por distintos teóricos. Son los siguientes:

#### El Modelo Psicodinámico

Klein (1940) menciona “que el niño experimenta sentimientos depresivos que llegan a su culminación antes, durante y después del destete. Este un estado mental en el niño que denominó “posición depresiva ” (p.126).

Asimismo cuando el infante pasa por el proceso de destete, esto lo lleva a una fase de duelo, por lo que representaba el pecho de la madre y la leche durante ese periodo en la mente del mismo como la seguridad, bondad y amor, por lo que al sentir que pierde todo empiezan a surgir en él sentimientos de culpa, llegando a pensar que eso ocurre como resultado de su incontrolable voracidad.

Desde otro punto de vista para, Freud citado por Yapko (2008, p.21) menciona que la depresión es “la vuelta de agresión hacia sí mismo”. Lo que está relacionado con sucesos ocurridos durante la infancia, como el deceso de uno de nuestros padres o el alejamiento. Puesto que en la niñez son dependientes a los padres y cuando sienten que son abandonados por ellos les causa coraje, hacia ellos que no pueden expresar en su contra por el temor que tienen de ser abandonados, entonces terminan desvalorizándose a sí mismos, entonces presenta relevancia los acontecimientos ocurridos en el pasado del individuo, que ocasionarían que proyecten en sí mismos, el enojo o ira que sienten hacia otra persona por el temor de ser abandonados por esta.

#### El Modelo conductista

Skinner (1991) nos refiere: “La función que ejercen los sentimientos en el análisis de la conducta. Siendo el sentimiento un acto sensorial que no es comparable con la depresión, ya que la persona no reconoce que le produce depresión” (p.17).

Puesto que resulta lógico pensar que las personas se comportan de determinada forma a causa de los sentimientos que pueden experimentar, pero esto no sería una causa desencadenante, entonces el autor señala que el origen de la tristeza no es porque se llora, sino esto sucede porque ocurrió algo responsable de lo que uno hace y siente, encontrándose en el pasado remoto. Por lo tanto las personas obtienen consecuencias por sus actos y si están no son adecuadas para modificar su conducta, pero en ocasiones si se deja que la conducta se mantenga, aunque sea negativa recibiendo beneficios por esta, se estaría promoviendo en una persona depresiva que no busque el cambio. Ya que una persona deprimida puede buscar la atención familiar o del resto, que solo obtiene cuando se encuentra en ese estado, entonces dejara de realizar actividades que le ocasionen bienestar.

#### El Enfoque Racional-Emotivo

Ellis (2003) refiere desde su punto de vista que: “Los individuos no tienden a reaccionar directamente de una forma emocional o conductual ante una situación de su vida, ya que primero ellos crean las reacciones que tendrán, mediante la interpretación que le dan a la situación experimentada ” (p.17).

Por lo tanto este modelo se basa en la percepción que tiene la persona del acontecimiento para luego formar la emoción o conducta que expresará a su entorno.

La aparición de la depresión es repentina y uno de los aspectos cognitivos predominante es el relacionado con el estado de ánimo disfórico es el recuerdo selectivo de experiencias, ya que al estar deprimido tiende a recordar momentos desagradables bloqueando sentimientos positivos, considerándose merecedora de las ofensas de los que la rodean. Además nos presenta el esquema A-B-C, refiriendo que se da primero la experiencia activadora que se da de forma inesperada, en el punto B son las creencias irracionales que presenta el sujeto, el punto C es la consecuencia que se expresa de forma emocional o conductual (Ellis, 2003).

Entonces analiza lo ocurrido antes, para luego determinar su forma de reaccionar ante el mismo. Lo que se puede deber a un evento que ocasionaría dicha reacción o sin la necesidad de que el acontecimiento haya sucedido, aún podría el individuo presentar creencias erróneas que lo lleven hacia la depresión.

#### El Modelo biológico

González (2004) menciona que existen modelos biológicos que explican la presencia de la depresión en el individuo:

Puesto que hace mención que el origen de la depresión es más predominante en psiquiatría tradicional siendo de corte médico, que se caracteriza por atribuir como fuente de la depresión a alguna enfermedad de carácter orgánico.

Los modelos dan como punto de inicio a tres sistemas neurotransmisores cerebrales que ocasionan sintomatología depresiva: serotoninérgico, dopaminérgico y noradrenérgico. Entonces la depresión se originaría por alteraciones bioquímicas que provocan un descenso en la serotonina, dopamina y noradrenalina en los espacios presinápticos de determinadas zonas cerebrales, que induciría a la aparición de síntomas que sirven para realizar el diagnóstico (González, 2004).

Álvarez y Gastó (2008) menciona que tres de los síntomas principales de la depresión estaría relacionado con la disminución serotoninérgica (5HT) en el sistema nervioso central.

Asimismo, se debe tener en cuenta la predisposición genética que pueden presentar algunos individuos que lo hacen más vulnerable a tenerlo.

#### El Modelo Cognitivo

Beck, Rush, Shaw y Mery (2010) indican los tres tipos de cogniciones que tenemos, conocida como tríada cognitiva en el que la persona: tiene un pensamiento negativo de sí mismo, del mundo y sobre el futuro.

En el primero el individuo tiende a desvalorizarse encontrándose algún defecto, por el cual no consigue alcanzar la felicidad, pero en el segundo piensa que el mundo está contra él, que le exige demasiado colocándole obstáculos para que no logre su objetivo y en el tercero se centra en pensar que por cada proyecto que se plantee va a fracasar, formulándose todas las dificultades inevitables que traerá consigo el realizarlo.

Beck, Rush, Shaw y Emery (2010, p. 13) señalan “que cuando existe presencia de esquemas irracionales están surgen de experiencias tempranas, que ocasionaran la triada cognitiva”. Por consiguiente la persona siempre cuando está en la fase depresiva tiende a tener pensamientos negativos de sí mismo y para el tratamiento no se le presta atención a acontecimientos sucedidos durante la infancia, se centra en problemas que pasan en el presente.

La línea de investigación es la psicometría a la cual se le atribuyen diversas definiciones. Entre ellos que a través de teorías, métodos y técnicas relacionados con el desarrollo de los tests, mide de forma indirecta fenómenos psicológicos, para de este modo realizar descripciones, explicaciones que orienten al psicólogo a tomar una decisión (Meneses, Barrios, Bonillo, Cosculluela, Lozano, Turbany y Valero, 2013).

Entonces, Alarcón (2013) menciona que el fin de la construcción o adaptación de un test, es de desarrollar instrumentos de medición que cumplan con la “validez” y “confiabilidad” , siendo buenos predictores de la conducta (p.224).

La confiabilidad de un test es la consistencia y precisión que demuestra al ser aplicado no produciéndose cambios en el resultado a través del tiempo (Meneses et al., 2013). Mientras que la validez es el grado en que el instrumento mide lo que se pretende, en el cual existen diversos tipos de validez (Santisteban, 2009, p.210). Siendo el objetivo del estudio adaptar el inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho.

## **MÉTODO**

### **Tipo y diseño de investigación**

El estudio presenta un diseño no experimental, ya que no se manipula deliberadamente la variable, en el cual sólo se observa el fenómeno para posteriormente analizarlo (Hernández, et.al, 2014).

Por consiguiente es un diseño de corte transversal que busca establecer el estado actual de un acontecimiento en un momento del tiempo (Alarcón, 2013, p.232).

El nivel de investigación es descriptivo se busca especificar las características para realizar un análisis, ya que solo se recoge información de la variable luego de haberla medido y posteriormente la describe (Hernández, et.al, 2014, p.92).

Siendo un estudio de tipo instrumental – descriptivo, de corte transversal y con un diseño no experimental de enfoque cuantitativo. Se determina que es una investigación instrumental, ya que está orientada a la creación de pruebas en el cual también esta incluido la adaptación, así como el estudio de las propiedades psicométricas del mismo (Montero y León, 2007).

### **Población y muestra**

La población es el grupo que cumple con determinados criterios, sobre el que se generalizan los resultados (Hernández et.al., 2014, p.174). Por lo tanto esta conformado por 30326 estudiantes entre 11 a 15 años de ambos sexos de Lima Este, teniéndose en cuenta la Estadística de la calidad educativa (ESCALE), perteneciente al distrito para obtener el valor exacto de alumnos que se encuentran cursando el 1ero, 2do y 3 er grado de secundaria en instituciones educativas públicas, que se obtuvo a través de la base de datos del Ministerio de Educación (MINEDU ,2016).

Hernández et.al. (2014, p.175) señala que “una muestra, es un subgrupo representativo de la población”. Por lo que la misma está compuesta por estudiantes de 1ero, 2do y 3 ero de secundaria de las instituciones educativas públicas, que estuvo conformada por 390 estudiantes de colegios públicos del distrito de San Juan de Lurigancho.

Se aplicó un tipo de muestreo no probabilístico, puesto que la selección de los que participaran en el estudio, está orientado a ciertos criterios que debe cumplir para ser parte de la investigación (Hernández et.al, 2014, p.176). Siendo no probabilístico, puesto que existen criterios de inclusión e exclusión, ya que no se le aplicará a toda la población el instrumento, sólo a los que se encuentran dentro del rango de edad determinado para la aplicación de la prueba.

Para este tipo de muestreo las posibilidades de ser escogido son inciertas, ya que no se fija el tamaño de muestra, pero esto no significa que no sea una muestra representativa. Además que el muestreo intencional o de conveniencia busca obtener su muestra, mediante la inclusión de grupos típicos (García, López, Jiménez, Ramírez, Lino y Reding ,2014).

En la investigación se manejaran los siguientes criterios de clasificación:

Criterios de inclusión: Que sean estudiantes del distrito de San Juan de Lurigancho de ambos sexos, con edades entre 11 a 15 años, que se encuentran cursando el 1°, 2° y 3° de secundaria.

Criterios de exclusión: Son estudiantes del nivel secundario que no pertenezcan al distrito y que cuyas edades sea mayor a 15 años.

Criterios de eliminación: Se procederá con este criterio cuando el estudiante deje preguntas sin contestar y marquen dos alternativas en la misma pregunta.

### **Variable**

Se medirá la variable sintomatología depresiva a través del Inventario de Depresión Infantil (CDI) que ha sido adaptado y estandarizado, según Arévalo (2008) .El cual utilizó el modelo de Weinberg que estableció sólo dos sintomatologías como causa de la depresión, las cuales son las siguientes dimensiones: Estado de ánimo disfórico e Ideas de auto desprecio. La depresión para Arévalo (2008) es una enfermedad muy frecuente, incluso en progresivo aumento. La relevancia de su frecuencia cobra un significado mayor si se tiene en cuenta que genera una discapacidad funcional importante, superior a la mayoría de las enfermedades médicas crónicas.

### **Instrumentos**

La variable de estudio va ser medida, a través del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI), siendo la autora del test Maria Kovacs en 1977, entonces la versión utilizada en el estudio es la que ha sido adaptada y estandarizada para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura, por Arévalo (2008), que evalúa la presencia de síntomas depresivos aplicable desde los 8 hasta los 16 años, siendo de administración individual o colectiva , que esta conformado por 27 ítems, los cuales de agrupan en dos factores (Tabla 1). La validez de la prueba fue comprobada a través de la validez de contenido, que fue aprobada por criterio de jueces con más de 10 años de experiencia .También se realizó la validez de constructo que fue determinado por el análisis ítem-test en la muestra, que constó de 10,200 niños y adolescentes en la ciudad de Trujillo, Chiclayo y Piura. Así mismo se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, que cumplió con el criterio mayor a 0.31 para ser aceptado cada ítem. En el nivel primario y secundario se obtuvieron por el método de consistencia interna mediante el estadístico alfa de cronbach un puntaje superior de 0.91 que fueron aplicados en las tres ciudades (Arévalo, 2008).

Además se usó para la validez de criterio la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR), cuyo autor de la versión original es William Reynolds, que ha sido adaptada para los estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana, por Ugarriza y Escurra (2002) siendo de utilidad para atribuir la

severidad del síntoma depresivo, que se encuentra conformado por 30 ítems de tipo Likert de cuatro alternativas: casi nunca, rara vez, algunas veces y casi siempre.

Mientras que la validez del instrumento es comprobada a través de la de contenido, que fue aprobada por criterio de jueces por el coeficiente V de Aiken. Los métodos que se utilizaron para comprobar la consistencia interna se usó el coeficiente de alfa de cronbach y su fiabilidad por el método de dos mitades de Guttman en la muestra total, por el mismo procedimiento se halló por cada dimensión. También se realizó para determinar la validez de constructo, al medida de Kaiser Meyer Olkin (KMO) y por la prueba de esfericidad de Barlett, para determinar si es factible realizar análisis factorial exploratorio, entonces de acuerdo al número de factores obtenidos se considera el realizar un análisis exploratorio de segundo orden. Además al realizar la validez de criterio, primero se determina mediante la prueba de ajuste de normalidad, la prueba paramétrica o no paramétrica a utilizar para correlacionar ambos instrumentos.

Tabla 1  
*Operacionalización de variable*

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Sintomatología Depresiva</b>	Estado de ánimo disfórico	-Tristeza -Soledad -Desdicha -Indefensión -Pesimismo	1-2-3-4-6-10-11 -12-16-17-18- 19-20-21-22- 26-27	Likert
	Ideas de autodesprecio	-Irritabilidad -Incapacidad -Fealdad -Culpabilidad	5-7-8-9-13-14- 15-23-24-25	Puntaje de calificación:  Nada = 0 Poco = 1 Bastante = 2

*Fuente:* adaptado de Arévalo (2008)

## RESULTADOS

De acuerdo de los objetivos planteados, el presente estudio ha determinado que el Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI), posee adecuadas propiedades psicométricas de validez y confiabilidad, por lo tanto los análisis estadísticos realizados en el instrumento, han sido resumidos del estudio a los que presentaremos a continuación:

Ya que en la validez de contenido se obtuvo un 97%, con el que se afirma que la prueba es válida para medir el constructo teórico de sintomatología depresiva, representado en la siguiente Tabla.

Tabla 2

*Validez de contenido por criterio de jueces por V. de Aiken- versión adaptada*

ITEM	1º JUEZ			2º JUEZ			3º JUEZ			4º JUEZ			5º JUEZ			ACIERTOS	V. DE AIKEN
	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14	93
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14	93
4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	13	87
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	13	87
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	14	93
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
12	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	12	80
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
14	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	93
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
21	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	93
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14	93
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14	93
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
<b>Nota:</b>	No = 0			Sí = 1			P = Pertinencia						R = Relevancia			C = Claridad	

Se aprecia en la Tabla 2, que en el coeficiente V de Aiken se encuentra un  $V > .80$  en todos ellos. Dado que se considerará como valor límite inferior  $V = .75$ , entonces se concluye que todos los ítems satisfacen los requerimientos de este tipo de evidencia de validez.

Tabla 3

*Análisis por consistencia interna a través del índice Alfa de Cronbach y por el método de dos mitades del CDI.*

	Coeficiente de dos		N de elementos
	Alfa de Cronbach	mitades de Guttman	
Prueba completa	,896	,858	27
Estado de ánimo disfórico	,834	,817	17
Ideas de autodesprecio	,795	,754	10

Como se observa en la Tabla 3 al realizar de la prueba completa, el análisis de consistencia interna mediante el estadístico alfa de cronbach, se halló un valor de 0.896 y a través del coeficiente de dos mitades de Guttman se obtuvo 0,858, evidenciando por ambos procesamientos estadísticos puntajes aceptables para el estudio. Asimismo el puntaje hallado mediante el coeficiente alfa de cronbach de la Dimensión estado de ánimo disfórico, es de 0.834. Mientras que en la Dimensión ideas de autodesprecio se halló un valor de 0.795, siendo en ambas dimensiones un puntaje aceptable.

Por otro lado, se aprecia que en el análisis de dos mitades en la Dimensión estado de ánimo disfórico se obtuvo un 0.81 en ambas mitades y en la segunda Dimensión ideas de autodesprecio se halló que en un 75% ambas mitades se parecen, lo cual verifica su confiabilidad.

Tabla 4

*Análisis de correlación ítem-test del CDI*

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
I1	9,21	49,845	,478	,892
I2	8,88	48,862	,527	,891
I3	9,21	49,394	,571	,890
I4	8,94	50,099	,375	,894
I5	9,29	50,711	,431	,893
I6	8,86	50,245	,341	,895
I7	9,27	49,139	,618	,890
I8	9,20	49,370	,542	,891
I9	8,98	49,347	,477	,892
I10	9,16	49,126	,527	,891
I11	9,20	49,146	,566	,890
I12	9,17	49,805	,490	,892
I13	8,88	49,469	,435	,893
I14	9,11	49,318	,504	,892
I15	8,88	49,851	,383	,894
I16	9,02	49,043	,486	,892
I17	9,12	49,414	,472	,892
I18	9,12	50,003	,400	,894
I19	8,85	51,719	,135	,901
I20	9,08	48,333	,599	,889
I21	9,06	49,822	,425	,893
I22	9,11	49,618	,485	,892
I23	8,96	49,317	,495	,892
I24	8,96	49,085	,483	,892
I25	9,27	49,277	,647	,889
I26	9,02	50,295	,375	,894
I27	9,33	50,536	,556	,892

Mientras, se percibe en la Tabla 4 que existe un ítem que debería reformularse, por presentar una correlación menor a 0.20, sin embargo, esto no incrementaría significativamente el coeficiente de alfa de cronbach.

## Validez de constructo

Tabla 5

*Prueba de KMO y Test de esfericidad de Barlett del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI)*

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,920
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	3143,797
	gl	351
	Sig.	,000

Se observa en la Tabla 5 que el índice de KMO es de .920, presentando un buen nivel de adecuación muestral y en el test de esfericidad de Barlett se tiene resultados estadísticamente significativos ( $p < .001$ ) Por lo que ambos análisis indican que es factible realizar modelo factorial.

Para el análisis factorial se usará como método de extracción el de componentes principales, mientras que el método de rotación será el de Varimax.

Validez basado en la estructura interna (análisis factorial exploratorio)

Tabla 6

*Método de Kaiser para la determinación de número de factores*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	7,855	29,093	29,093	7,855	29,093	29,093	3,550	13,148	13,148
2	1,532	5,672	34,765	1,532	5,672	34,765	2,786	10,319	23,466
3	1,404	5,201	39,966	1,404	5,201	39,966	2,574	9,532	32,998
4	1,324	4,905	44,871	1,324	4,905	44,871	2,085	7,724	40,722
5	1,167	4,322	49,193	1,167	4,322	49,193	1,943	7,198	47,920
6	1,069	3,958	53,151	1,069	3,958	53,151	1,412	5,231	53,151
7	,953	3,528	56,679						
8	,904	3,348	60,027						
9	,875	3,240	63,268						
10	,855	3,165	66,433						
11	,778	2,883	69,316						
12	,732	2,710	72,025						
13	,695	2,573	74,598						
14	,655	2,427	77,026						
15	,606	2,245	79,271						
16	,580	2,149	81,419						
17	,559	2,072	83,491						
18	,554	2,053	85,544						
19	,523	1,936	87,480						
20	,501	1,856	89,336						
21	,485	1,796	91,132						
22	,469	1,739	92,870						
23	,444	1,644	94,514						
24	,393	1,457	95,972						
25	,385	1,427	97,399						
26	,368	1,363	98,761						
27	,334	1,239	100,000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

El método usado para determinar el número de factores encontrados en el instrumento es el método Kaiser, que establece el valor para considerar que existe un factor en el inventario es a partir de 1.00. Como se evidencia en la Tabla 6 en el cual se halló un factor principal que es mayor a 1.00, siendo el primero de 7.855 y los otros cinco factores se encuentran dentro del rango anteriormente establecido.

Tabla 7

*Matriz de componentes rotados por el Método Varimax con Kaiser*

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
I1	,731					
I3	,387					
I7	,650					
I9	,604					
I10	,525					
I14	,476					
I20	,617					
I25	,620					
I2		,472				
I4		,567				
I12		,634				
I21		,778				
I22		,454				
I27		,522				
I15			,701			
I23			,760			
I24			,634			
I26			,464			
I13				,480		
I16				,630		
I17				,543		
I18				,627		
I19				,474		
I5					,721	
I8					,441	
I11					,478	
I6						,766

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.<sup>a</sup>

a. La rotación ha convergido en 18 iteraciones.

En la Tabla 7, se encontraron seis factores en los cuales se encuentran distribuidos los ítems, sin embargo para ser considerado un factor óptimo para medir sintomatología depresiva debe de poseer al menos cinco ítems por cada uno.

### **Análisis de componentes segundo orden**

Tabla 8

#### *Prueba de KMO y Test de esfericidad de Barlett del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI)*

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo			,870
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado		772,052
	gl		15
	Sig.		,000

Se observa en la Tabla 8, que el índice de KMO es de .870, presentando un buen nivel de adecuación muestral y en el test de esfericidad de Barlett se tiene resultados estadísticamente significativos ( $p < .001$ ) Por lo que ambos análisis indican que es factible realizar modelo factorial.

Validez basado en la estructura interna (análisis factorial exploratorio)

Tabla 9

#### *Número de factores determinado por el Método de extracción por componentes*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de		Total	% de		Total	% de	
		varianza	acumulado		varianza	acumulado		varianza	acumulado
1	3,299	54,990	54,990	3,299	54,990	54,990	2,142	35,705	35,705
2	,672	11,206	66,195	,672	11,206	66,195	1,829	30,490	66,195

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Se aprecia que en la Tabla 9, el método usado para determinar el número de factores encontrados en el instrumento es el método Kaiser, entonces al delimitar la variable sintomatología depresiva en dos componentes se explicaría su contenido en un 66 %, hallándose que el primer componente es el más predominante con un 54,99% y el segundo que ya no es considerado un factor explica el 11,2%.

## Validez de criterio

Tabla 10

### *Pruebas de bondad de ajuste de normalidad*

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
Sintomatología depresiva	,159	390	,000
Estado de ánimo disfórico	,151	390	,000
Ideas de autodesprecio	,167	390	,000

En la Tabla 10, se considera que para la variable sintomatología depresiva, en las dimensiones estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio se obtuvieron valores (sig. > 0.05), lo que determina que la distribución es no paramétrica.

Por ende para realizar la prueba de normalidad, se utilizará el estadístico no paramétrico RHO de Spearman, para identificar el grado de relación que existe entre ambos instrumentos.

Tabla 11

### *Correlación inter-escalas de ambos instrumentos de medición*

		Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI)	Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR)
	Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI)	1,000	,430**
		Coeficiente de correlación	,000
Rho de Spearman	Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR)	,430**	1,000
		Coeficiente de correlación	,000
		N	70

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

En la Tabla 11, se aprecia que la prueba estadística arrojó un valor ( $r = 0,430$ ) y un nivel de significación  $p$  de .000, por lo tanto  $p < 0,5$ , en conclusión existe correlación entre el puntaje obtenido en el Inventario de depresión Infantil de

Kovacs (CDI) y puntaje alcanzado en la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR), lo que es evidencia de que ambos instrumentos tienden a medir el mismo constructo teórico, en este caso la variable sintomatología depresiva en estudiantes de 1<sup>ero</sup> a 3<sup>ero</sup> del nivel secundario.

## Baremos

Tabla 12

*Normas percentiles del CDI, en adolescentes de nivel secundario*

		Sintomatología depresiva	Estado de ánimo disfórico	Ideas de autodesprecio
N	Válido	390	390	390
	Perdidos	0	0	0
	5	1,55	1,00	0,00
	10	3,00	2,00	0,00
	15	3,00	2,00	1,00
	20	4,00	2,00	1,00
	25	5,00	3,00	1,00
	30	5,00	3,00	2,00
	35	6,00	4,00	2,00
	40	7,00	4,00	2,00
	45	7,00	4,95	3,00
Percentiles	50	8,00	5,00	3,00
	55	9,00	6,00	3,00
	60	9,00	6,00	4,00
	65	10,00	6,15	4,00
	70	11,00	7,00	4,00
	75	12,00	8,00	5,00
	80	14,00	8,80	5,00
	85	15,35	10,00	6,00
	90	17,00	11,00	7,00
	95	20,90	14,00	9,00

Se observa en la Tabla 12, que de acuerdo a los puntajes percentiles calculados se tienen los siguientes niveles:

Por lo tanto, se considera que hasta 5 puntos existe presencia de síntomas en un nivel leve de síntomas depresivos, entre 6 y 12 puntos existiría presencia de síntomas en un nivel moderado, cuando alcanza de 13 a más puntos existe presencia de síntomas depresivos en un nivel severo.

## DISCUSIÓN

En la presente investigación se tuvo como objetivo adaptar el inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI) para su aplicación en adolescentes del distrito San Juan de Lurigancho. Por lo tanto, en este apartado se comparan los principales resultados con los antecedentes y el marco teórico vigente que sustenta el estudio.

Sin embargo, cabe señalar que Kovacs (2003) menciona que la depresión es una etapa que debe ser analizada con cuidado, ya que es cuando la persona se aísla y no quiere saber sobre el mundo externo que puede ser vista como una reacción transitoria y con necesidad de acogida y confort. Desde otro punto de vista, Arévalo (2008) al adaptar la prueba estableció que para la aparición de los síntomas depresivos se da por dos componentes el estado de ánimo disfórico (tristeza, soledad, indefensión o pesimismo) e ideas de autodesprecio (incapacidad, fealdad y culpabilidad). Por lo consiguiente el autor de la prueba adaptada y estandarizada a Trujillo, Chiclayo y Piura consideró dos dimensiones que fueron distribuidos de la siguiente manera: estado de ánimo disfórico conformado por 17 ítems e ideas de autodesprecio que fue de 10 ítems, que estructuran las 27 preguntas de la prueba.

Por consiguiente en la adaptación y estandarización del instrumento se halló en el coeficiente de alfa de cronbach un puntaje de 0.91, que contrasta con lo obtenido actualmente, en cuanto a confiabilidad por consistencia interna de 0.89, además las investigaciones previas internacionales, así como una nacional se encuentran dentro del rango de 0.80 a 0.89 que comprueba que el instrumento es consistente a través del tiempo, pero cabe resaltar que el estudio realizado por Pérez, Guerra, Mengana, Noblega y Grau (2014) en adolescentes con una muestra de 394 estudiantes en Cuba, obtuvo el mismo valor que la investigación actual en el análisis estadístico alfa de cronbach. Lo que corrobora la consistencia interna del inventario de depresión infantil en adolescentes del nivel secundario.

Por lo tanto en la validez de constructo, se verifica que al delimitar la extracción del número de factores, a la estructura propuesta por el autor del instrumento en dos factores, que explica un 34% de la varianza acumulada, que al ser comparados con los estudios de nacionales de León (2013) y Ramírez (2009) ambos obtuvieron en cambio un valor de 23 % siendo un puntaje bajo, que por recomendación de Pérez, Guerra, Mengana, Noblega y Grau (2014) para un diagnóstico de depresión, se requiere la combinación de diversas fuentes de información, así como otras técnicas diagnósticas que complementen los resultados obtenidos, siendo el CDI una herramienta necesaria. Pero hay que enfatizar que el instrumento mide la presencia o no de sintomatología depresiva.

Mientras que en el análisis factorial, se analiza la pertinencia del mismo mediante la medida de adecuación muestral KMO y el test de esfericidad de Barlett en el cual se obtuvo un puntaje aceptable por ambos análisis siendo factible realizarlo

con un valor de 0.92, que coincidiría con el estudio de León (2013) en estudiantes de primaria a secundaria pertenecientes a la UGEL 02 de Lima Metropolitana y con el de Ramírez (2009) que aplicó la prueba en la zona urbana de Cajamarca, evidenciándose que en ambos se obtuvo un valor de 0.83 en el mismo.

Posteriormente se realizó el análisis factorial obtenido mediante el método de extracción de componentes principales, mediante rotación Varimax que no confirmó que el instrumento se divida en dos factores para medir la variable, atribuyéndole seis componentes que explican el 53% de la varianza, que al ser contrastado con la investigación realizada por León (2013) que llegó a obtener hasta nueve componentes que explicaron el 54% de la varianza, en el que se aprecia una diferencia en el número de factores obtenidos, teniendo en cuenta el método Kaiser que determina el autovalor  $> 1.00$  para considerarlo como un factor.

Por lo que, al realizar un análisis factorial exploratorio de segundo orden se obtuvo que el primer factor es el más predominante que explica el 54,9% de la varianza acumulada siendo un puntaje aceptable y el segundo según el método Kaiser anteriormente visto, este ya no es considerado un factor, presentando similitud con el estudio cubano de Pérez, Guerra, Mengana, Noblega y Grau (2014) en las que expone que los resultados encontrados mediante el análisis de componentes principales categóricos avalan una estructura unifactorial, en el cual está incluido tanto ambas dimensiones propuestas por el autor del instrumento, en la que se observa que la primera dimensión es la más fuerte, en el que afirma que en la región central de Cuba, sería suficiente una dimensión para evidenciar depresión o descartarla.

Para determinar la validez del instrumento, como una evidencia más de que la prueba estaría midiendo el constructo se realizó la validez por criterio, entonces se aplicó Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR), que también mide sintomatología depresiva. Para ello se realizó la prueba de normalidad, en el cual se determinó utilizar el estadístico no paramétrico RHO de Spearman, que dió como resultados una correlación positiva entre ambas pruebas, pero en un nivel moderado y que se debería a la aplicación simultánea de ambos instrumentos. Este tipo de validez ha sido utilizada en investigaciones nacionales previas acerca del instrumento, como en el estudio de Ramírez (2009) en el que se obtuvo entre ambos una correlación positiva, así mismo en la investigación de León (2013) se halló una correlación positiva considerable de 0,424 significativa, lo que corroboraría el puntaje hallado de 0.430 actualmente demostrando que ambos instrumentos tienden a medir el mismo constructo.

En síntesis el análisis estadístico de los datos, permite verificar que el inventario reúne los requisitos de validez y confiabilidad, lo que garantiza su aplicación en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho. Sin embargo sería oportuno replicar esta investigación en contextos similares para brindar mayor consistencia a estos hallazgos.

## REFERENCIAS

- Alarcón Napuri, R. (2013). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Lima, Perú: Universitaria
- Álvarez, E. & Gastó, C. (2008). Sintomatología depresiva en atención primaria. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=9Yf9xIPEYB8C&pg=PA42&dq=MODELO+MEDICO+DE+LA+DEPRESION&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjw9YCg9dzTAhXDLYYKHSfIAu8Q6AEIITAA#v=onepage&q=MODELO%20MEDICO%20DE%20LA%20DEPRESION&f=false>
- Arévalo Luna, E. (2008). Inventario de Depresión Infantil (CDI): Adaptación Y estandarización del CDI, para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura. Recuperado el 10 de setiembre del 2016, de: <https://es.scribd.com/doc/50593062/Manual-Del-Cdi>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013, 18 de Mayo). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V. Recuperado el 9 de Noviembre del 2016 en <http://www.adaptacionescurriculares.com/Teoria%208%20DSMV.pdf>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19<sup>a</sup>ed.). Bilbao, España: Desclée de Brower
- Ellis, A. & Rousell G. (2003). *Manual de Terapia Racional – Emotiva* (9<sup>a</sup>ed.). Bilbao, España: Desclée de Brower
- García, J.A., López J.C, Jiménez, F., Ramírez, Y., Lino, L. & Reding, A. (2014). *Metodología de la investigación, bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud* (2<sup>a</sup> ed.). D.F, México: Mc Graw Hill
- Hernández Sampieri, R., Fernández C., & Baptista P. (2014). *Metodología de la investigación* (6<sup>a</sup> ed.). México: McGraw Hill Education
- Kovacs, M. J. (2003). *Educao para a norte: temas e reflexoes*. Sao Paulo, Brasil: Casa do psicólogo

- Kovacs, M. J. (2004). *Inventario de depresión infantil (CDI)*. Madrid, España. TEA: Ediciones
- Klein, M. (1940). *El duelo y su relación con los Estados maniaco-depresivos*. *Revista Internacional de Psicoanálisis*, 21, 125-153.
- León, M. (2013). Adaptación del inventario infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana. *Revista PsiqueMag*, 1(1), 27-44. Recuperado el 18 de setiembre del 2016 de: <http://ojs.ucvlima.edu.pe/index.php/minds/article/download/4/4>.
- Meneses, J., Barrios, M., Bonillo, A., Cosculluela, A., Lozano, L., Turbany J., & Valero S. (2013). *Psicometría*. Barcelona, España: UOC
- Ministerio de Educación (2016). Censo escolar. Recuperado de: [http://escale.minedu.gob.pe/magnitudesportlet/reporte/cuadro?anio=22&cuadro=396&forma=U&dpto=15&prov=1501&dist=150132&dre=&tipo\\_ambito=ambito-ubigeo](http://escale.minedu.gob.pe/magnitudesportlet/reporte/cuadro?anio=22&cuadro=396&forma=U&dpto=15&prov=1501&dist=150132&dre=&tipo_ambito=ambito-ubigeo)
- Montero, I. & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847-862. Recuperado de: [http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07\\_es.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07_es.pdf)
- OMS (2016). *Prevención del suicidio: Un imperativo global*. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/es/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/)
- OMS (2016). *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- OMS (2016). *Salud de los adolescentes*. Recuperado de: [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/)
- Pérez, Y., Guerra, V., Mengana, K., Noblega, M. & Grau, R. (2014). Adaptación del inventario de depresión Infantil de Kovacs en adolescentes de 12 a 15 años. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 11(1). Recuperado el 18 de setiembre del 2016, de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=50108>

- Ramírez, R. (2009). *Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca* (Tesis para obtener Licenciatura en psicología con especialización en psicología clínica). Universidad Católica del Perú, Lima .Recuperado de <http://myslide.es/documents/adaptacin-del-inventario-de-depresin-infantil-de-kovacs-en-escolares-de-la-ciudad-de-cajamarca.html>
- Salud (24 de febrero de 2017). Depresión en Colombia es más alta que el promedio en el mundo. *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/vida/salud/cifras-sobre-depresion-en-colombia-y-en-el-mundo-segun-la-oms-61454>
- Sausa, M. (19 de setiembre 2015). Tres personas se suicidan al día en el Perú y el 70% lo hace por depresión. *Perú 21*. Recuperado el 24 de setiembre del 2016, de: <http://peru21.pe/actualidad/tres-personas-se-suicidan-al-dia-peru-y-70-lo-hace-depresion-2227864>
- Santisteban, C. (2009). *Principios de Psicometría* .Madrid, España: Síntesis
- Skinner, B. F. (1991). *El análisis de la conducta: una visión retrospectiva*. México: Limusa
- Veliz, M., Suclupe S., Aquino, N., Martell, C., Egusquiza, L., Yupanqui, E., Valdivia, E. & Benítes, Y. (2014). Análisis de la situación de salud hospitalaria. Recuperado de <http://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Epidemiologia/ASIS/ASISHO2014.pdf>
- Ugarriza N. & Ecurra M. (2002). Adaptación de la Escala de depresión de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana. *Persona* 5() ,83-130. Recuperado el 20 de Mayo del 2017 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118132004>
- Yapko, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión*. México: Pax México

## ANEXO 1

INVENTARIO C.D.I

(ADAPTACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN: EDMUNDO ARÉVALO LUNA - 2008)

GRADO:..... SECCIÓN:..... COLEGIO:.....

SEXO: M F EDAD: .....

**INSTRUCCIONES:** Ese es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge de cada grupo, una oración, la que mejor diga como te has portado, como te has sentido o que has sentido en las **ÚLTIMAS DOS SEMANAS**, luego coloca una marca como una "X" en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti. Aquí tienes un ejemplo:

A. Siempre leo libros

B. Algunas veces leo libros

C. Nunca leo libros

Nº	ÍTEMS	Nº	ÍTEMS
1	A. Rara veces me siento triste <input type="checkbox"/> B. Muchas veces me siento triste <input type="checkbox"/> C. Me siento triste todo el tiempo <input type="checkbox"/>	2	A. Las cosas me van a salir bien <input type="checkbox"/> B. No estoy seguro si las cosas me van a salir bien <input type="checkbox"/> C. Nada me va a salir bien <input type="checkbox"/>
3	A. Hago la mayoría de las cosas bien <input type="checkbox"/> B. Hago muchas cosas mal <input type="checkbox"/> C. Todo lo hago mal <input type="checkbox"/>	4	A. Muchas cosas me divierten <input type="checkbox"/> B. Algunas cosas me divierten. <input type="checkbox"/> C. Nada me divierte <input type="checkbox"/>
5	A. Rara veces soy malo <input type="checkbox"/> B. Soy malo muchas veces <input type="checkbox"/> C. Soy malo todo el tiempo <input type="checkbox"/>	6	A. Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas <input type="checkbox"/> B. Me preocupa que puedan pasarme cosas malas <input type="checkbox"/> C. Estoy seguro que me pasarán cosas malas <input type="checkbox"/>
7	A. Me gusto a mí mismo <input type="checkbox"/> B. No me gusto a mí mismo <input type="checkbox"/> C. Me odio a mí mismo <input type="checkbox"/>	8	A. Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas <input type="checkbox"/> B. Tengo la culpa de muchas cosas malas <input type="checkbox"/> C. Tengo la culpa de todas las cosas malas <input type="checkbox"/>
9	A. Nunca he pensado en matarme <input type="checkbox"/> B. A veces pienso en matarme pero no lo haría <input type="checkbox"/> C. Quiero matarme <input type="checkbox"/>	10	A. Rara vez tengo ganas de llorar <input type="checkbox"/> B. Muchos días me dan ganas de llorar <input type="checkbox"/> C. Siento ganas de llorar todos los días <input type="checkbox"/>

<b>11</b>	A. Rara vez me molesta algo B. Las cosas me molestan muchas veces C. Las cosas me molestan todo el tiempo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>12</b>	A. Me gusta estar con la gente. B. Muchas veces no me gusta estar con la gente. C. Nunca me gusta estar con la gente.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>13</b>	A. Me decido fácilmente por algo cuando quiero B. Es difícil para mí decidirme por algo C. No puedo decidirme por algo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>14</b>	A. Me veo bien B. Hay algunas cosas malas en mi apariencia C. Me veo horrible	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>15</b>	A. Hacer las tareas del colegio no es problema B. Muchas veces me cuesta esfuerzo hacer las tareas del colegio C. Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer tareas del colegio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>16</b>	A. Duermo muy bien B. Varias noches tengo problemas Para dormir C. Todas las noches tengo problemas para dormir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>17</b>	A. Rara vez me siento cansado B. Muchos días me siento cansado C. Todo el tiempo me siento cansado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>18</b>	A. Como muy bien B. Varios días no tengo ganas de comer C. La mayoría de los días no tengo ganas de comer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>19</b>	A. No me preocupa el dolor ni la enfermedad. B. Varias veces me preocupa el dolor y la enfermedad. C. Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>20</b>	A. No me siento sólo B. Muchas veces me siento solo C. Todo el tiempo me siento solo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>21</b>	A. Me divierto en colegio muchas veces B. Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando. C. Nunca me divierto en el colegio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>22</b>	A. Tengo muchos amigos B. Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más. C. No tengo amigos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>23</b>	A. Mi rendimiento en el colegio es bueno B. Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes C. Mi rendimiento en el colegio es malo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>24</b>	A. Soy tan bueno como otros alumnos B. Puedo ser tan bueno como otros alumnos, si yo quisiera C. Nunca podre ser tan bueno como otros alumnos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>25</b>	A. Estoy seguro que hay personas que me quieren B. No estoy seguro si alguien me quiere C. Nadie me quiere realmente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>26</b>	A. Generalmente hago caso a lo que me dicen B. Muchas veces no hago caso a lo que me dicen C. Nunca hago caso a lo que me dicen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>27</b>	A. Me llevo bien con la gente. B. Me peleo muchas veces. C. Me peleo siempre.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Gracias por completar el cuestionario.

**Sobre mí mismo**  
por William M. Reynolds

GRADO:..... SECCIÓN:..... COLEGIO:..... SEXO: M F EDAD: .....

**Instrucciones**

A continuación se presenta una lista de oraciones sobre cómo te sientes .Lea cada una y decide sinceramente cuán a menudo te sientes así: *Casi nunca, rara vez, algunas veces o Casi siempre*. Marca la respuesta que mejor describe cómo te sientes realmente .Recuerda, que no hay respuestas correctas ni equivocadas .Sólo escoge la respuesta que represente cómo te sientes generalmente.

	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre
1.Me siento feliz				
2.Me preocupa el colegio				
3.Me siento solo				
4.Siento que mis padres no me quieren				
5.Me siento importante				
6.Siento ganas de esconderme de la gente				
7.Me siento triste				
8.Me siento con ganas de llorar				
9.Siento que no le importó a nadie				
10.Tengo ganas de divertirme con los compañeros				
11.Me siento enfermo				
12.Me siento querido				
13.Tengo deseos de huir				
14.Tengio ganas de hacerme daño				
15.Siento que no les gusto a los compañeros				
16.Me siento molesto				
17.Siento que la vida es injusta				
18.Me siento cansado				
19.Siento que soy malo				
20.Siento que no valgo la pena				
21.Tengo pena de mí mismo				
22.Hay cosas que me molestan				
23.Siento ganas de hablar con los compañeros				
24.Tengo problemas para dormir				
25.Tengo ganas de divertirme				
26.Me siento preocupado				
27.Me dan dolores de estómago				
28.Me siento aburrido				
29.Me gusta comer				
30.Siento que nada de lo que hago me ayuda				

Nota: Extraído de Ugarriza y Ecurra (2002)