



FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**Evidencias de validez del inventario de depresión infantil de
Kovacs en niños del distrito de Víctor Larco**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA:

Br. Valladares Lazo, Magaly Mayumi

ASESORAS:

Dra. Azabache Alvarado, Karla Adriana

Dra. Guerrero Carranza, Rosemary

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Psicometría

TRUJILLO – PERÚ

2018

PAGINA DE JURADO

Dra. Azabache Alvarado, Karla Adriana
Presidente de jurado

Dra. Guerrero Carranza, Rosemary
Secretaria

Mg. Caycho Rodríguez, Tomás
Tercer miembro de jurado

DEDICATORIA

Dedico de manera muy especial a mis padres quienes son mi principal fuente de motivación, por acompañarme en este largo camino, por cada palabra de aliento, por confiar en mí y por siempre tenerme en sus oraciones. Este logro obtenido es por ellos, quienes desde muy pequeña me han enseñado a luchar por lo que anhelo.

A mis hermanos, por todo su apoyo, cariño, consideración y confianza.

A mis asesores, quienes me han guiado durante todo este proceso y por ser mis modelos a seguir.

Mayumi.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecer a Dios por su amor infinito, por haberme brindado la paciencia, tranquilidad y tolerancia necesaria para continuar mi investigación, por aquellos días llenos de tensión, creo que sin él no hubiese sido posible continuar y concluir satisfactoriamente.

De la misma manera, mi agradecimiento sincero a todas aquellas personas que de una u otra manera me han apoyado, Dra. Rosemary Guerrero, Dra. Karla Azabache y al Mg. Richard Salirrosas; gracias por compartir conmigo sus conocimientos y poder hacer de la presente investigación un trabajo veraz y confiable.

La autora.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Magaly Mayumi Valladares Lazo con DNI N°47276152 a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente 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 información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, 17 de Febrero del 2018.

Br. Valladares Lazo, Magaly Mayumi

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la tesis titulada: Evidencias de Validez del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños del distrito de Víctor Larco, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título profesional de Licencianda en Psicología.

Trujillo, 17 de Febrero del 2018.

ÍNDICE

PAGINA DE JURADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	vi
PRESENTACIÓN	vii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	13
1.1. Realidad problemática.....	13
1.2. Trabajos previos.....	16
1.3. Teorías relacionadas con el tema.....	18
1.4. Formulación del problema.....	27
1.5. Justificación del estudio.....	27
1.6. Objetivos.....	27
II. MÉTODO.....	29
2.1. Diseño de investigación.....	29
2.2. Variables, operacionalización.....	29
2.3. Población y muestra.....	30
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	31
2.5. Método de análisis de datos.....	32
2.6. Aspectos éticos.....	32
III. RESULTADOS	34
IV. DISCUSIÓN.....	39
V. CONCLUSIONES.....	43
VI. RECOMENDACIONES.....	44
VII. REFERENCIAS.....	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cargas factoriales estandarizadas del Inventario de depresión infantil en niños.....	34
Tabla 2. Índices de ajuste de los modelos de uno y dos factores del Inventario de depresión infantil en niños del distrito de Buenos Aires.	35
Tabla 3. Índices de consistencia interna Omega de McDonald (1999).....	36

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de senderos del modelo de dos factores relacionados del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en niños.....	32
Figura 2. Diagrama de senderos del modelo un factor del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en niños.....	33

RESUMEN

La presente investigación de corte psicométrico, tuvo por objetivo conocer las evidencias de validez del Inventario de depresión infantil de Kovacs en niños del distrito de Víctor Larco. La muestra estuvo conformada por 582 niños del distrito de Víctor Larco de ambos sexos, entre 7 y 11 años de edad. Se determinó la evidencia de validez a través del análisis factorial confirmatorio observando índices de ajuste adecuados para el modelo unidimensional ($X^2/gl = 1.91$; GFI = .968; RMR = .017; RFI = .914; NFI = .921; PGFI = .829; PNFI = .850), mientras que para el modelo de dos factores los índices no fueron satisfactorios ($X^2/gl = 2.28$; GFI = .964; RMR = .015; RFI = .867; NFI = .877; PGFI = .823; PNFI = .807). Finalmente, se determinó la confiabilidad por medio del método de consistencia interna con el coeficiente Omega encontrando un valor de .85 en el modelo unidimensional. Ello muestra que las inferencias obtenidas a partir del instrumento son adecuadas.

Palabras clave: *depresión, depresión infantil, Inventario de depresión infantil de Kovacs.*

ABSTRACT

The present investigation of psychometric type, had as objective to know the evidences of validity of the Inventory of infantile depression of Kovacs in children of the district of Victor Larco. The sample consisted of 582 children from the district of Víctor Larco of both sexes, between 7 and 11 years of age. The validity evidence was determined through confirmatory factor analysis observing adequate adjustment indexes for the one-dimensional model ($\chi^2 / df = 1.91$, GFI = .968, RMR = .017, RFI = .914, NFI = .921, PGFI = .829; PNFI = .850), while for the two factor model the indexes were not satisfactory ($\chi^2 / df = 2.28$, GFI = .964, RMR = .015, RFI = .867, NFI = .877, PGFI = .823; PNFI = .807). Finally, the reliability was determined by the internal consistency method with the Omega coefficient, finding a value of .85 in the one-dimensional model. This shows that the inferences obtained from the instrument are adequate.

Keywords: *depression, child depression, Kovacs child depression inventory.*

I. INTRODUCCIÓN.

1.1. Realidad problemática.

La depresión es uno de los trastornos más frecuentes a nivel mundial y la padecen cerca de 350 millones de personas, y que puede devenir en suicidios, se conoce que al menos 800.000 personas entre 15 y 29 años toman su vida constituyendo así, como la segunda causa de muerte en los adolescentes y jóvenes, lo que representa un gran problema social ya que cada vez son más jóvenes los que deciden quitarse la vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

Durante muchos años se ha considerado que la depresión es una dificultad que solo se manifestaba en adultos, sin embargo, también afecta a los adolescentes y en especial a los niños, quienes, debido a diversos cambios, experimentan muchas dificultades impidiéndoles realizar diversas actividades (Royo & Fernández, 2017). Es por ello que la depresión infantil es un problema de gran relevancia ya que representa un obstáculo para el desarrollo integral infantil (Carrillo & Muñoz, 2010).

Según la OMS (2017) el 5% de la población infantil a nivel mundial padece de depresión. Esto se debe a que al no poder describir lo que sienten, así como la inmadurez emocional los hacen vulnerables a este tipo de enfermedades si no se cuenta con factores protectores de apoyo.

En Inglaterra, cerca de 250 mil niños y adolescentes poseen algún problema mental como depresión, ansiedad o trastorno alimenticio de los cuales 11 mil 849 lo conforman infantes menores de cinco años, 53 mil 659 son niños y niñas entre seis y diez años, y, más de 100 mil entre once y quince años (Boix, 2016). Dentro de las principales causas se evidencia la presión social, la angustia causada por la parte física y el rendimiento académico como problemas familiares y económicos (Boix, 2016).

En México existen dos millones de niños y adolescentes que poseen depresión y de los cuales el 60% no recibe tratamiento. Además, el 40% de estos niños y adolescentes con depresión también presentan trastorno

de ansiedad y trastorno de hiperactividad con déficit de atención (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016).

En el Perú, según Enrique Macher, director del Instituto de salud mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, aproximadamente el 21% de niños y adolescentes padecen depresión y en algunos casos puede devenir el suicidio; asimismo, Manuel Saravia, refiere que cerca del 28% de escolares limeños entre 12 y 17 años, presenta ideación suicida y en algunos casos culmina en autoeliminación (Carrillo, 2017). De manera general, según las investigaciones, en el Perú existen 1,700.000 personas que poseen depresión, de las cuales solo el 25% de ellos acudió a un centro de servicio especializado. Ello, se explica a que la mayoría no brinda la debida importancia a la salud mental y no acuden a un centro especializado hasta que es grave (Sausa, 2014).

Del mismo modo, estudios demuestran que la mitad de las personas con depresión no se atienden o el servicio que reciben no es el adecuado, frente a esto, la adherencia al tratamiento falla por lo que el 43% de los pacientes suele dejar el tratamiento o incumplirlo (Diges, 2015). Esta información es sumamente alarmante puesto que gran parte de la población sufre de este trastorno (OMS, 2017).

A nivel local, Saavedra (2012) manifiesta que en los últimos años los casos de depresión, ansiedad y estrés suelen ser la causa de común de consultas en psicología en los hospitales de Trujillo; asimismo Villanueva (2014) manifiesta que el 20 % de los ciudadanos residentes en esta ciudad han pasado por un proceso depresivo; sin embargo, muchos de ellos no encuentran la ayuda necesaria debido a la poca accesibilidad, ya sea por los horarios o calidad de atención.

Estas dificultades, se aprecian también en el distrito de Víctor Larco, al respecto, Castillo (2016) refiere que en los adolescentes pertenecientes a la localidad, suelen presentar dificultades relacionadas al sistema familiar, que origina dificultades a nivel emocional, afectando su desarrollo; asimismo los docentes y tutores, quienes refieren que aprecian este tipo

de sintomatologías en los niños del nivel primario; sin embargo, no existen instrumentos adaptados para este tipo de población en el distrito.

De acuerdo a Calderaro y Carvalho (2005) los síntomas depresivos que pueden afectar al niño se ven reflejados en su entorno como en un bajo rendimiento académico. Al respecto, Hubert (2012) indica que los síntomas depresivos se manifiestan de forma cognitiva, comportamental y psicofisiológica, por lo que es importante subrayar que tales síntomas pueden ser experimentados e interpretados de distinta forma en diferentes contextos (Borges & Dos Santos, 2016).

Frente a esta situación resulta siendo importante el poder identificar mediante evaluación, la presencia de los síntomas depresivos. Para ello existen diversos instrumentos de medición que se emplean en el diagnóstico; entre algunos se encuentra la escala de depresión para adolescentes elaborada por Reynolds, adaptada por Ugarriza y Escurra (2002), cuyos coeficientes de confiabilidad son mayores de .87, demostrando que la escala posee una adecuada consistencia interna. Asimismo, el instrumento cuenta con buenas bondades psicométricas, y se administra a estudiantes de nivel secundario, no pudiéndose aplicar a población infantil. Otro instrumento es el Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión en la versión adaptada por Ruíz, el cual mide la depresión en escolares, es de fácil aplicación y posee una adecuada validez, sin embargo, de igual forma su empleo está destinado solo para estudiantes de nivel secundario dejando de lado al grupo infantil.

Así también, existe el cuestionario de depresión de Beck en la versión adaptada por Gonzáles (2009) la cual evidencia buenos valores como confiabilidad y validez, y no requiere de mucho tiempo para su aplicación; sin embargo, su uso está orientado a estudiantes de nivel universitario. De igual forma, existe el cuestionario de depresión infantil de Kovacs (CDI) en la versión adaptada por León (2013) que cuenta con todas las bondades psicométricas necesarias, sin embargo, su ámbito de aplicación es de 9 a 15 años.

Frente a este problema, la presente investigación busca adaptar el cuestionario de depresión de Kovacs, en la versión adaptada por Ramírez (2009) en Cajamarca, ya que en los estudios previos ha demostrado validez y confiabilidad adecuadas, además su empleo está orientado a estudiantes de nivel primario, siendo una población vulnerable y de gran riesgo en la actualidad. En vista también que la mayoría de instrumentos están orientados a poblaciones adolescentes y adultas, es de vital importancia contar con un instrumento que mida la depresión en niños puesto que la detección precoz es importante para minimizar el riesgo que la depresión supone (Domínguez, 2017).

1.2. Trabajos previos.

Barrio, Roa, Olmedo y Colodrón (2002) realizaron la primera adaptación a población española del cuestionario children's depression inventory en su versión abreviada, con una muestra de 1.615 sujetos, 635 mujeres y 980 varones, con edades comprendidas entre 9 y 15 años. La consistencia interna de la prueba obtenida mediante el alfa de Cronbach fue de .71 a .88, lo que hizo que la investigación esté en un rango bajo. Al realizar el retest, muestra una correlación aceptable (.75). La validez concurrente con una escala de autoestima, que presentó el valor de .89; asimismo presenta una varianza explicada del 50%.

Ramírez (2009) realizó un estudio cuyo objetivo fue adaptar el inventario de depresión infantil de Kovacs, en una muestra de 623 niños y adolescentes, siendo estos estudiantes de la ciudad de Cajamarca, cuyas edades oscilaban entre los 7 y 15 años. La prueba alcanzó una confiabilidad aceptable de .79 y una adecuada correlación ítem-test; también mostró una estabilidad temporal positiva considerable de .776, en un lapso de 30 días. Asimismo, presentó una validez de criterio concurrente considerable con el cuestionario EDARS; mientras que, en relación a la validez de constructo convergente, se obtuvo una correlación positiva media con la variable ansiedad, a través del STAIC. A diferencia de las versiones anteriores, se encontró la presencia de una sola

dimensión, la cual explica el 49% de la varianza, las cargas factoriales oscilan de .31 a .81.

Mengana (2013) realizó una investigación la cual fue direccionada en la adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs, en una muestra probabilística estratificada, conformada por 394 adolescentes de la provincia de Villa Clara, Cuba. Primero, la prueba tuvo que ser evaluada por el criterio de jueces, luego, se realizó una prueba piloto con 30 adolescentes, encontrando que estos no realizaron ningún tipo de recomendación, lo que se dio por entendido que el CDI había sido comprendido en su totalidad. Para que se pudiera llevar a cabo el análisis de confiabilidad se realizaron varias pruebas estadísticas; una de ellas consistió en la comparación de los resultados de la prueba aplicada inicialmente, con la aplicación 4 semanas después. En el análisis total de la prueba, se obtuvo un alfa de Cronbach de .892, por lo que pudo señalar que la prueba alcanzó un alto nivel de consistencia interna, así también se demostró que el inventario poseía notables evidencias de validez concurrente con el IDEREN, encontrados una correlación significativa ($p < .05$).

León (2013) realizó un estudio que tuvo por objetivo la adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs, en una muestra no probabilística conformada por 417 alumnos de las instituciones educativas emblemáticas de Lima, cuyas edades estaban comprendidos entre los 9 a 15 años. Alcanzó los niveles aceptables de confiabilidad y validez expresadas en el Alfa de Cronbach de .785. Tuvo como punto de referencia los estudios de criterio concurrente (Escala de depresión para adolescentes de Reynolds EDAR) y constructo convergente (Inventario de ansiedad estado – rasgo para niños STAIC), evidenciándose que existe una correlación significativa ($p < .000$). Referente al procedimiento de análisis factorial exploratorio halló dos factores, que explican el 54% de la varianza, un KMO de .83 y la prueba de esfericidad de Bartlett evidencia una correlación significativa. Asimismo, la confiabilidad fue obtenida mediante el alfa de Cronbach (.78).

Ríos (2015) realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar las propiedades psicométricas del inventario de depresión infantil de Kovacs, trabajó con una muestra no probabilística conformada por 371 adolescentes del Distrito El Porvenir, cuyas edades fluctuaban entre 12 y 15 años. Se encontró un coeficiente de confiabilidad de .83, y una correlación que varía entre .255 y .715; no se encontraron diferencias significativas en función del grupo de sexo. Se concluyó que el CDI es un instrumento con características psicométricas apropiadas para la población seleccionada.

1.3. Teorías relacionadas con el tema.

1.3.1. Depresión infantil.

En la década pasada, se pensaba que la depresión infantil no existía, que la tristeza en los niños era algo pasajero y solo los adultos podrían deprimirse al tener problemas serios (Tomás, 2015). No obstante, se ha observado que en el mundo real existen niños deprimidos que están llenos de preocupaciones, incluso más que un adulto. Al tener inmadurez cognitiva, no pueden explicar de forma racional estas preocupaciones lo que los hace un grupo vulnerable y cuyas preocupaciones pueden ser reales como imaginarias (Ramírez, 2009).

De acuerdo al Manual de psicología clínica infantil y del adolescente (2004) define a la depresión como un trastorno psicológico que se caracteriza por mantener un estado de ánimo bajo e irritable con poca motivación. Asimismo, manifiesta irregularidades en la calidad y tiempo de sueño, así como en el apetito, el aumento de la fatiga y el enlentecimiento motor, también se observa la presencia de problemas de baja autoestima, auto culpa, dificultades en la concentración, desesperanza e ideación suicida (Alvizures, 2012).

El estado de ánimo bajo o depresivo puede darse en cualquier momento a lo largo del desarrollo humano. Al respecto, Saklofske, Janzen, Hildebrand y Kaufmann (2001) manifiestan que, en los más pequeños,

la falta de madurez y de recursos para poder manejar sus propias emociones, los posiciona como una población de riesgo. Aunque algunos puedan ser capaces de comunicar y manejar sus emociones, otros no, afectando en los diversos aspectos de la vida a nivel laboral, educativo, social y familiar. Al respecto, Paredes (2016) menciona que el origen de la depresión no depende de la debilidad, fragilidad o carácter de una persona, simplemente es una enfermedad equiparable.

La depresión se presenta de forma similar en los distintos periodos de vida como en la niñez, adolescencia y adultez variando la intensidad de la misma, así como los desajustes en la atención y el placer. Por eso, los niños pueden experimentar la depresión como los adultos por lo que se debe analizar esta problemática tomando en cuenta los contextos y patrones de comportamiento (Corveleyn, Luyten & Blatt, 2005).

Carrillo y Muñoz (2010) refieren que la depresión infantil es un desbalance en el estado emocional del niño que suele acompañarse de bajo rendimiento académico y afecta la dinámica familiar y social del niño. Hacen hincapié en el diagnóstico primario, pero haciendo diferencia de la tristeza ya que esta es pasajera y en menor intensidad y supone una reacción emocional normal ante un evento insatisfactorio.

Beck (1979) asegura que la depresión está constituida por la triada cognitiva, la cual era definida como la tendencia del depresivo a verse a sí mismo, al entorno y al de futuro de modo negativo (Dahad, Rivadeneira & Minici, 2002).

1.3.2. Teorías explicativas

1. Modelo cognitivo de la depresión.

El modelo cognitivo de la depresión resultó a partir de Psicoanálisis y del Conductismo, pero originalmente eran del Psicoanálisis, siendo Ellis y Beck, los pioneros de este enfoque (Camacho, 2003).

Beck, pudo percibir que los pacientes que eran sometidos a un tratamiento basado en el psicoanálisis y conductismo, solo respondían gracias a los condicionamientos o aprendizajes ambientales, es por ello que, la perspectiva Cognitiva no solo estaba preocupada en condicionar al paciente mediante estímulos sino en realizar una configuración, ya que debido a los errores en los procesos cognitivos conocidas como distorsiones cognitivas era lo que mantenía al paciente inmerso en una depresión (García, 2015).

a) Componentes del modelo cognitivo.

La perspectiva cognitiva propone el concepto de tríada cognitiva para explicar la depresión en base a la reflexión hacia su persona, el modo de percibir sus experiencias y el futuro (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2010) explicados a continuación.

- El primer componente de la tríada tiene que ver con la visión negativa del paciente sobre de sí mismo. Se autopercibe como un ser torpe, inútil, de poca valía, y se subestima (Dahad et al., 2002). Piensa que los acontecimientos negativos que experimenta es culpa de sí mismo (Beck, 1991). Además, es crítico de forma activa consigo mismo y considera que no posee lo necesario para lograr ser feliz (Camacho, 2003).
- El segundo componente hace referencia a la percepción negativa de las experiencias. Según Moreno (2009), una persona con depresión percibe que el mundo le exige más de lo que puede dar por lo que considera que sus objetivos y metas en la vida son inalcanzables. De ese modo, se relaciona con el mundo mostrando apatía y derrota, aun cuando la situación no sea problemática e incluso sea de connotación positiva (Beck et al., 2010).
- El tercer componente tiene que ver con la visión negativa que tiene el paciente acerca del futuro (Camacho, 2003). Cuando la

persona depresiva se proyecta a largo plazo, tiende a ver el provenir como negro, donde sólo vendrán cosas peores, anticipando sus dificultades y sufrimientos los cuales cree que continuarán perpetuamente, porque considera que sus expectativas son de fracaso (Dahad et al., 2002).

Según Figueroa (2002) una persona con patrones cognitivos negativos desarrollará un trastorno depresivo, por lo que pone relevancia en el cuidado en la identificación de dichos patrones. Del mismo modo, Ramírez (2009) asegura que las distorsiones cognitivas generan conductas relacionadas a la apatía, la poca fuerza de voluntad, los comportamientos evitativos. Al respecto, Beck et al. (2010) aseguran que una persona con estas características fracasará en la consecución de sus objetivos.

b) Procesamiento de la información y distorsiones cognitivas

Cada ser humano percibe una situación a partir de los estímulos que recibe del medio, dependiendo de la combinación de los mismos, así como de experiencias anteriores, los interpreta (Beck, 1979). Se sabe que, las personas por ser diferentes conceptualizan un acontecimiento de forma distinta manteniendo cierto patrón en el modo de interpretar sus experiencias (Camacho, 2003).

Los patrones cognitivos que se mantienen en el tiempo son llamados esquemas cognitivos y constituye un filtro para la forma y conceptualización de la experiencia procesando los estímulos del medio de una determinada manera (Beck, 1967; citado en Dahad et al., 2002).

Los esquemas cognitivos describen la forma de cómo se estructuran sus experiencias (Camacho, 2003). Cabe mencionar que, los esquemas cognitivos pueden estar activos o inactivos de

forma esporádica por lo que necesitan de un acontecimiento relevante que determine la forma de respuesta del individuo, así cuando esta se encuentra en un estado psicopatológico depresivo, la conceptualización que tiene ante dicha situación se distorsiona de tal modo que no se ajusta a un esquema adecuado (Hollon, Stewart & Strunk, 2006; Beckham & Leber, 1995).

Errores en el procesamiento de la información, o también conocido como distorsiones cognitivas son:

- Inferencia arbitraria, proceso por el cual se anticipa una conclusión sin certeza alguna; también puede darse cuando se sostienen afirmaciones incluso cuando ya existe una evidencia contraria (Beck et al., 2010).
- Maximización y minimización, tendencia a enfocar la atención hacia situaciones netamente negativas e interpretarlas en base a lo sucedido, como amplificar o empequeñecer (Beckham & Leber, 1995).
- Abstracción selectiva, consiste en centrarse en un aspecto o atributo apartándolo del contexto, dejando de lado características notables de la situación y a partir de allí hacer conclusiones (Beck et al., 2010).
- Pensamiento dicotómico, también conocido como pensamiento absolutista, lo que quiere decir, es todo o nada, es blanco o negro, aquí no existe el término medio (Camacho, 2003).

Cabe mencionar que las distorsiones cognitivas se puedan dar en diferentes personas, no necesariamente se da en pacientes depresivos; de otro modo, al abordar el desorden de pensamiento que presenta el paciente, este es conceptualizado en términos de modos primarios parecidos al de un niño y maduros al organizar la realidad (Koich, 2016).

Las personas con depresión utilizan un esquema primitivo puesto que realizan juicios totalizadores respecto a sus experiencias formando así un evento desencadenante (Beck et al., 2010).

Del mismo modo, Piaget (1960) y Beck et al. (2010) mencionan que el pensamiento de una persona depresiva es análogo a las del pensamiento infantil.

El pensamiento primitivo, es aquel no dimensional y global, el absolutista y moralista, el invariable, el diagnóstico basado en el carácter e irreversible; por otro lado, el pensamiento maduro, es aquel multidimensional, relativo, variable, el diagnóstico conductual y reversibilidad (Beck et al., 2010).

c) Predisposición y desencadenamiento de la depresión

El enfoque cognitivo explica la predisposición a la depresión debido a las experiencias en los primeros años de vida ya que constituyen la base en la construcción del concepto de sí mismo y del futuro (Beck et al., 2010). El clima emocional que se perciba en el hogar dependerá mucho del futuro de la persona, en cómo fue formado en sus primeros años de vida, ya que allí es donde aprenderá el respeto de sí mismo (Van, 2004). Si en el hogar los padres no cumplieron su función a cabalidad en todos los aspectos, es casi imposible que los hijos hayan aprendido a aceptarse tal y como son, lo cual dará paso a que estos se sientan chasqueados en lo que concierne a su identidad, su apariencia y sus realizaciones (Rodríguez, 2014).

Existen otras teorías secundarias de la depresión, las cuales han sido sustentadas por otros autores, por ello haré una descripción de éstas:

2. Teoría biológica.

Hace referencia a la bioquímica del cerebro causado por la disminución de la serotonina y aumento de cortisol. También tiene que

ver aspectos hereditarios al tener familiares que poseen depresión. Esto es crucial si la madre es quién manifiesta un trastorno depresivo ya que transmite genes y modelos negativos (Bermúdez & Bermúdez, 2004).

3. Teoría psicoanalítica.

En este modelo teórico, Torres (2012) indica que la depresión deviene de la ausencia de amor de la figura significativa haciendo que esta pérdida inconsciente se vuelva consciente a través del duelo. La pérdida del objetivo deseado se convierte en autorreproches los cuales abruman la realidad del individuo y hace que sus pulsiones internas se vuelvan contra el yo. Asimismo, la melancolía crea una ambivalencia en la psique del sujeto para desligar a la libido del objeto y a la vez evitarlo, produciendo regresión de la libido al yo (Bogaert, 2012).

4. Teoría conductista.

Según Torres (2012) desde esta perspectiva, la ausencia de refuerzos causa la depresión ya que no se estimula la producción de sentimientos positivos sobre los individuos. Además, el experimentar acontecimientos negativos genera refuerzos en sentimientos de aversión y disgusto que suelen tener un impacto significativo en el aprendizaje del sujeto. Dentro de esta teoría también incluye el enfoque de la indefensión aprendida que refiere a la predisposición de las personas a darse por vencidas y rendirse ante la adversidad que denota del análisis atribucional adquirido en la infancia suponiendo una pérdida del individuo para crear un vínculo entre el refuerzo positivo y la acción (Caballo & Simón, 2005).

1.3.3. Factores asociados a la depresión.

Saklofske et al. (2001) manifiestan que los factores relacionados a la depresión son del tipo biológico como el hereditario, hormonal,

neurológico y bioquímico. A su vez indica que los factores estacionales también inciden en la aparición de la depresión en niños.

Clasificación de los factores de la depresión:

- Los factores biológicos, se reconocen los síntomas depresivos a partir de la posible significancia hereditaria. Las investigaciones han demostrado que los niños con familiares de primer grado con depresión tienen mayor probabilidad de experimentarlo (Strober, 1995; citado en Alarcón et al., 2007). De la misma forma, el temperamento biológico tiene que ver con la aparición de la depresión infantil, los cuales se caracterizan tener un temperamento difícil, inhibición social y afectividad negativa (Alarcón et al., 2007).
- Los factores psicosociales, el primer ente sería la familia, ya que el infante depende de su familia para satisfacer sus necesidades básicas por lo que es susceptible a los cambios y tipo de dinámica familiar. La familia es un eje fundamental para todo ser humano, en muchos de los casos puede estar aportando de manera negativa. La falta de cohesión y frialdad afectiva, exceso de crítica y control, pérdidas, separaciones, enfermedades psiquiátricas de los padres, experiencias estresantes intensas, etc., podrían desencadenar un cuadro depresivo en el niño. El segundo ente sería el colegio, se sabe que el niño pasa la mayor parte de su tiempo en este; recibe una educación caracterizada por ser estricta y exigente dificultando así la relación con sus pares lo que podría ser un factor de riesgo. Por último, el tercer ente sería el contexto social, las bajas condiciones económicas, culturales, educativas y oportunidades, pueden afectar negativamente al niño (Alarcón et al., 2007).

1.3.4. Tipos de depresión.

Albarrán (2012) describe los siguientes tipos de depresión:

- Depresión Psicótica, está asociada a la sintomatología depresiva, aparecen delirios y alucinaciones congruentes; las alucinaciones

auditivas se relacionan en la depresión psicótica infantil mientras que los adolescentes pueden presentar cualquiera de las características. La morbilidad y el nivel de severidad aumenta con el tiempo.

- Depresión Atípica, a pesar de la poca información respecto a este tipo de depresión suele comenzar en la adolescencia. La sintomatología característica en el adulto se ve caracterizada por el aumento del sueño, apetito y peso, así también la reactividad del estado de ánimo, sensibilidad al rechazo emocional, síntomas fóbicos, y sensación de fatiga grave.
- Trastorno afectivo estacional, se asocia a la estación de otoño-invierno caracterizado en la variabilidad de sueño e ingesta de alimentos y se suele repetir cada año alrededor de la misma época.

Por otro lado, Albarrán (2012) clasificó la depresión tomando en cuenta la intensidad y frecuencia, siendo:

- Leve, este tipo de depresión el niño presenta la sintomatología depresiva, pero en un nivel moderado. La duración del periodo, en donde el niño está triste es en promedio de dos semanas, aunque puede realizar sus actividades con normalidad, no muestra mucho interés. De la misma manera puede mostrarse un poco cansado y sin ánimo.
- Media, este tipo de depresión se caracteriza por poseer una sintomatología diferente, de manera similar que la leve debe durar por lo menos un lapso de dos semanas, se determina debido a que el niño se muestra desanimado y cansado. De modo similar, presenta dificultades para la concentración, distrayéndose con mucha facilidad en sus actividades diarias, se siente inferior, pierde la confianza de sí mismo y no se siente capaz para hacerle frente a las demandas de la vida (Herrera, Losada, Rojas & Gooding, 2009).
- Grave, en este tipo de depresión, los síntomas tienden a ser más notorios, lo cual es manifestado en el individuo, presentando poco o nulo interés en sus actividades diarias, en muchos de los casos

dejan de realizarlas. Pueden presentar episodios de angustia o de ansiedad. En similitud a las anteriores características ya mencionadas, el individuo se muestra cansado, desanimado, carece de concentración, sentimientos de inferioridad, bajo rendimiento escolar, dolores de cabeza, de estómago, etc., pero todos de manera muy marcada; muchos de los que tienen depresión grave tienden a tener ideas suicidas, y aunque en niños es muy difícil que esto suceda, ya se han presentado casos en niños mayores o aquellos que entran a la adolescencia (Lammoglia, 2005).

1.4. Formulación del problema.

¿Qué evidencias de validez existen del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños del distrito de Víctor Larco?

1.5. Justificación del estudio.

La presente investigación es relevante socialmente, ya que aportó con evidencias de un instrumento para la mejor comprensión y abordaje del problema en la población infantil del distrito de Víctor Larco, demostrando el beneficio social que justifica la investigación. Es así que el estudio brindó una herramienta que arroja resultados auténticos de los niveles de depresión infantil en la muestra estudiada como primer paso en la intervención de la problemática, demostrando así el valor metodológico de la investigación. Del mismo modo, a nivel teórico, contribuirá a que los interesados cuenten con un antecedente para futuras validaciones, así como conocer cuáles son los constructos que intentan explicar el fenómeno de la de depresión en infantes.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo general.

Determinar las evidencias de validez del Inventario de depresión infantil de Kovacs en niños del distrito de Víctor Larco.

1.6.2. Objetivos específicos.

- Conocer las evidencias de validez basadas en la estructura interna por medio del análisis factorial confirmatorio del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños del distrito de Víctor Larco.
- Conocer la confiabilidad por medio del método de consistencia interna Omega de McDonald del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños del distrito de Víctor Larco.

II. MÉTODO.

2.1. Diseño de investigación

En la presente investigación se consideró la clasificación utilizada por León y Montero (2002), quienes refieren que los estudios instrumentales están encaminados al desarrollo de pruebas y aparatos, incluyendo tanto el diseño o adaptación como el estudio de las propiedades psicométricas de los mismos.

2.2. Variables, operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala de medición
Depresión infantil	Es un trastorno, que origina una distorsión en la percepción de las emociones y pensamientos, generando una visión negativa del entorno o suceso lo que origina continuos estados de decaimiento (Beck, 1967, citado en Ramírez, 2009).	Se asume la definición de medida en función a las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Depresión Infantil propuesto por Kovacs (2014).	Unidimensional	Intervalo

2.3. Población y muestra.

Población

El estudio actual tuvo como población objetivo a 1117 niños que asisten a centros educativos de nivel primario en el distrito de Víctor Larco, Trujillo. Los estudiantes pertenecen a dos instituciones estatales y dos instituciones privadas. La mayoría de estos niños provienen de hogares con padres separados, violencia familiar, niveles socio económicos bajos y medios y muchos de los cuales ayudan en casa en su tiempo libre.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 582 estudiantes de nivel primario, cuyas edades están entre 7 y 11 años ($M=10.1$; $DE=1.21$) proporción adecuada según lo estipulado por MacCallum, Widaman, Zhang y Hong (1999; citados en Lloret, Ferreres, Hernández & Tomás, 2014). Dicha proporción estuvo repartida en las instituciones educativas Augusto Alva Ascurra, Andrés Avelino Cáceres, Mis primeros pasos y William Harvey.

Muestreo

El muestreo utilizado es el muestreo probabilístico estratificada por instituciones educativas, grados y secciones, y los sujetos de cada estrato tienen las mismas posibilidades de participar en la investigación (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Criterios de inclusión

- Alumnos cuyas edades fluctúen entre los 7 a 11 años.
- Pertenecan a las instituciones educativas Augusto Alva Ascurra, Andrés Avelino Cáceres, Mis primeros pasos y William Harvey.
- Alumnos que participen voluntariamente.

Criterios de exclusión:

- Alumnos que dejaron preguntas sin contestar.
- Alumnos que marquen dos o más respuestas.
- Alumnos que hayan sido diagnosticados con depresión.
- Alumnos con sintomatología depresiva.

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

Evaluación Psicológica: Es aquel proceso de la psicología donde se busca conocer y examinar las conductas de las personas a través de los índices de medición para poder tomar decisiones en un futuro (González, 2007).

2.4.1. Instrumento:

Inventario de Depresión Infantil (CDI)

2.4.2. Ficha técnica.

El instrumento fue elaborado por Kovacs y Beck en 1977 (Kovacs, 2004) y adaptado por Ramírez (2009) en población escolar de Cajamarca. Consta de 27 ítems, cada uno con tres frases que denotan diferencias en cuanto a la intensidad y la frecuencia en función de la disforia y autoestima negativa. Se puede aplicar a partir de los 7 años de forma individual o colectiva. El tiempo aproximado es de entre 10 a 20 minutos. Se califica con un puntaje desde 0 a 2 puntos que luego se suman en función a las preguntas de disforia y autoestima.

Validez y Confiabilidad:

La validez de contenido fue dada mediante el criterio de jueces encontrando valores superiores al .80. en la validez de criterio concurrente con la Escala de Depresión Adolescente de Reynolds obtuvo índices de .56 a .94 ($p < .001$). También se correlacionó con la escala de depresión infantil de Reynolds encontrando valores entre .37 y .73 ($p < .01$) y con el Children Depression Scale de Lang y Thisher observando valores entre .70 y .84 ($p < .001$). En el análisis factorial de la versión en español, se encuentran dos factores que explican el 23.81% de la varianza: disforia y autoestima. En la adaptación de Ramírez (2009) se observaron 8 factores que explican el 49% de la varianza, lo que según el autor favorece al constructo de una sola dimensión global.

La confiabilidad se determinó por el método de consistencia interna en distintos países obteniendo Alphas de Cronbach entre .70 y .94. Además, se utilizó el método test-retest en un lapso de 1 mes obteniendo índices entre .36 y .83. En la adaptación de Ramírez (2009) se obtuvo un Alpha de Cronbach de .79. En el análisis por mitades se obtuvo un valor $r=.79$ ($p<.005$).

2.5. Método de análisis de datos.

El análisis de los datos inició con la evaluación de supuestos de normalidad univariante mediante la media, desviación estándar y los índices de asimetría y curtosis, encontrándose valores fuera del rango de -1 a 1, indicando presencia de asimetría y curtosis en la distribución de las respuestas a los ítems (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 2005). El análisis de la multicolinealidad se realizó mediante la matriz de correlaciones de Pearson encontrándose valores menores a .90, indicando ausencia de multicolinealidad (Pérez & Medrano, 2010).

Con estos resultados se procedió aplicar el Análisis Factorial Confirmatorio con ayuda del método de Mínimos cuadrados no ponderados para estimar las cargas factoriales estandarizadas, los errores de medición y las correlaciones entre factores latentes para poder obtener los índices que evaluaron el ajuste del constructo a la realidad investigada considerando un ajuste satisfactorio si los índices de ajuste global $X^2/gl < 3$ (Carmines y McIver, 1981), $RMR < .05$ (Hu & Bentler, 1999), $GFI > .90$ (Joreskog, 1984); si los índices de ajuste comparativo $NFI > .90$ (Bentler y Bonet, 1980, citado en Hu y Bentler, 1999) y $RFI > .90$ (Bollen, 1986) y si los índices de ajuste parsimonioso $PGFI > .50$ (Mulaik et al., 1989, citados en Hu & Bentler, 1999) y $PNFI > .50$ (James, Mulaik & Bentler, 1982, citados en Hu & Bentler, 1999), donde se encontraron cargas factoriales estandarizadas y errores de medición diferentes y no correlacionados para los ítems, indicando la no equivalencia entre ítems para medir cada factor y decidiéndose por utilizar el estadístico Omega de McDonald (1999) para estimar de forma

puntual e intervállica al 95% de confianza la consistencia interna de cada factor. El valor omega será adecuado si los valores se encuentran entre .70 y .90 según Campos-Arias y Oviedo (2008) o a partir del .65 según Katz (2006).

2.6. Aspectos éticos.

En base a las aportaciones realizadas por el Colegio de Psicólogos del Perú (1999) se respetó al pedir los respectivos permisos a las instituciones educativas de Víctor Larco. Se explicaron los objetivos, beneficios y naturaleza del estudio a los directores y docentes. Al obtener sus permisos, se ingresó al aula explicando a los estudiantes los objetivos de la evaluación, sus derechos como participante recalcando la confidencialidad de los datos, el carácter anónimo y la participación voluntaria. Al aceptar ser parte del estudio, se les pidió a los docentes firmar la carta de testigo. Tras ello, se repartieron los cuestionarios y se explicó la forma de resolver. Al último, se recogieron los protocolos y se agradeció a los participantes.

III. RESULTADOS.

En la figura 1 se muestra la estructura de dos factores del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños, estimados mediante el método de mínimos cuadrados no ponderados.

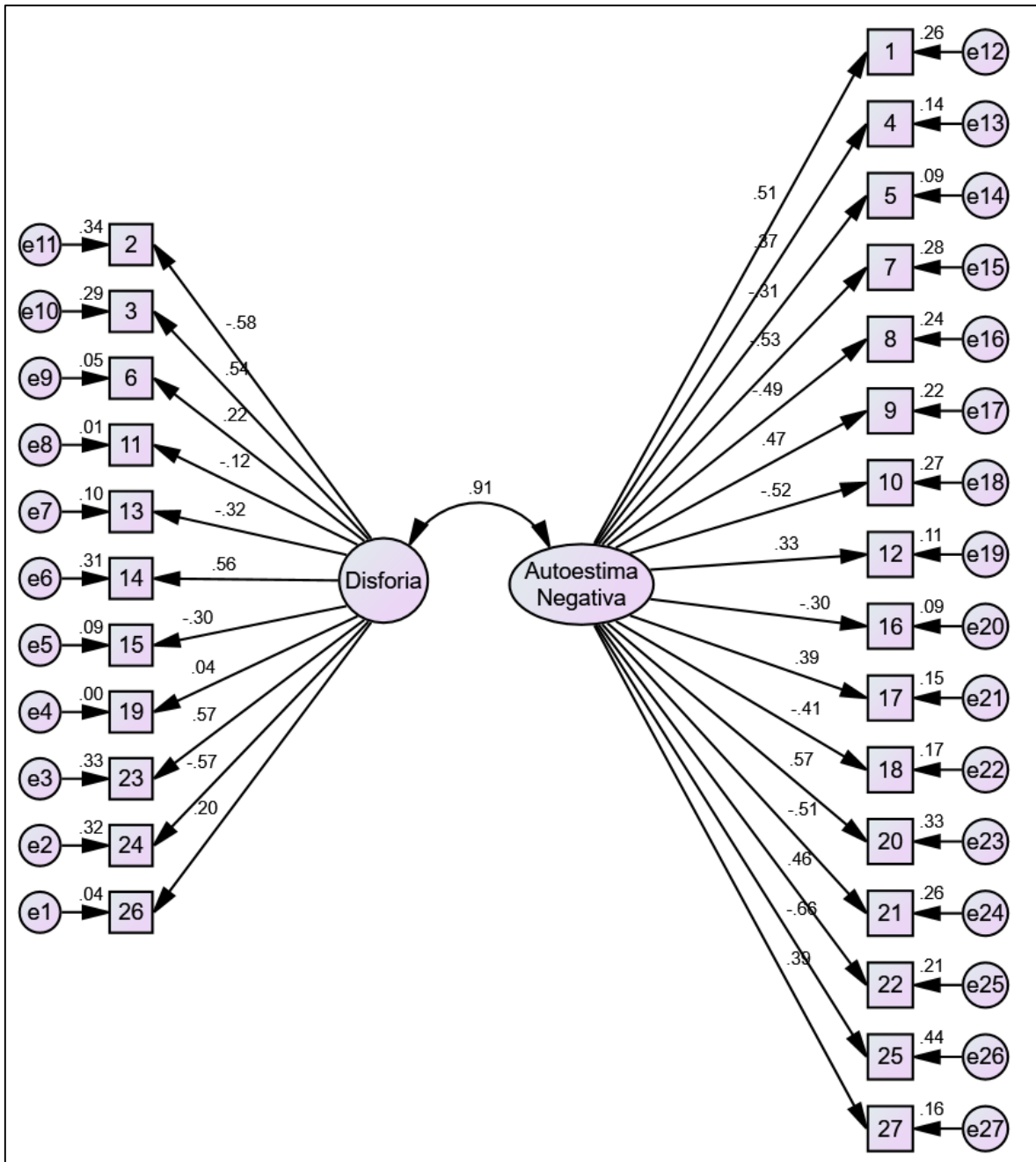


Figura 1. Diagrama de senderos del modelo de dos factores relacionados del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en niños.

En la figura 2 se muestra la estructura de dos factores del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños, estimados mediante el método de mínimos cuadrados no ponderados.

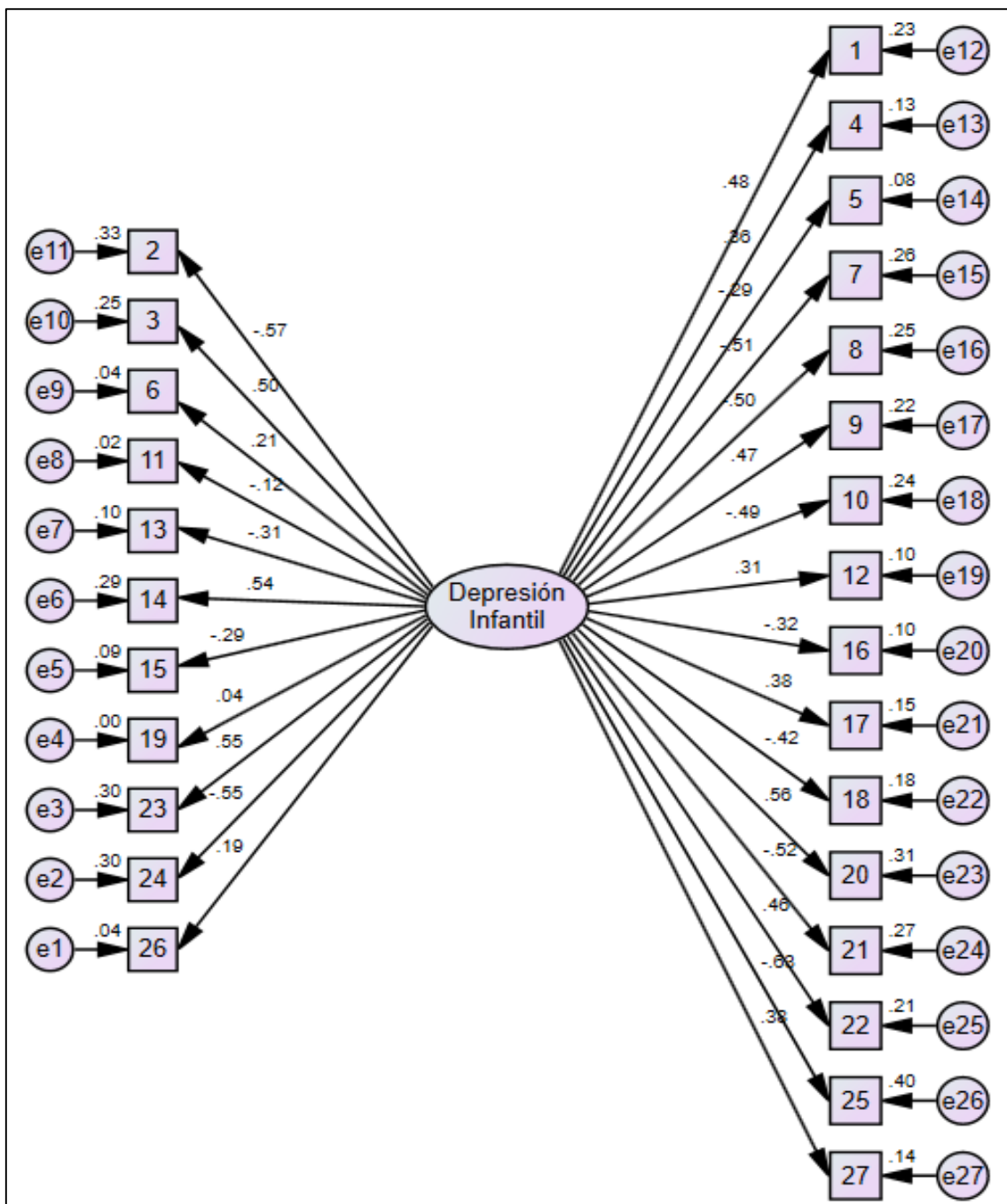


Figura 2. Diagrama de senderos del modelo un factor del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en niños.

En la tabla 1 se muestran las cargas factoriales estandarizadas con valores entre .04 a .58 en la escala de disforia y entre .30 a .66 en la escala de autoestima, además una correlación de .91 entre los factores; asimismo, se encontraron valores entre .04 a .63 en el modelo de 1 factor del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños del distrito de Víctor Larco.

Tabla 1

Cargas factoriales estandarizadas del Inventario de depresión infantil en niños

Ítem	Modelo Teórico		Modelo Estimado
	2FT		1F
Indicadores	Disforia	Autoestima	Depresión
26 Desobediencia	.20		.19
24 Autoimagen negativa en comparación con los pares	-.57		-.55
23 Declinamiento escolar	.57		.55
19 Preocupación somática	.04		.04
15 Tareas del colegio	-.30		-.29
14 Autoimagen física negativa	.56		.54
13 Indecisión	-.32		-.31
11 Aprensión	-.12		-.12
6 Pesimismo	.22		.21
3 Sentimientos de inutilidad	.54		.50
2 Llanto	-.58		-.57
1 Tristeza		.51	.48
4 Anhedonia general		.37	.36
5 Autoimagen negativa		-.31	-.29
7 Odio a sí mismo		-.53	-.51
8 Culpabilidad		-.49	-.50
9 Ideas suicidas		.47	.47
10 Llanto		-.52	-.49
12 Reducción del interés social		.33	.31
16 Disturbio del sueño		-.30	-.32
17 Fatiga		.39	.38
18 Disminución del apetito		-.41	-.42
20 Sentimientos de soledad		.57	.56
21 Anhedonia en el colegio		-.51	-.52
22 Aislamiento de no ser querido		.46	.46
25 Sentimientos de no ser querido		-.66	-.63
27 Problemas interpersonales		.39	.38
Disforia – Autoestima	.91		

En la tabla 2 se muestran Índices de ajuste de los modelos de uno y dos factores del Inventario de depresión infantil en niños del distrito de Víctor Larco, encontrándose mejores índices en el modelo de un factor.

Tabla 2

Índices de ajuste de los modelos de uno y dos factores del Inventario de depresión infantil en niños del distrito de Víctor Larco.

Modelo	A. Absoluto			A. Comparativo		A. Parsimonioso	
	X ² /gl	RMR	GFI	NFI	RFI	PNFI	PGFI
2 FT	2.28	.015	.964	.877	.867	.807	.823
1FE	1.91	.017	.968	.921	.914	.850	.829

Nota:

X²/gl: Radio de Verosimilitud

RMR: Raíz cuadrada de la media residual

GFI: Índice de bondad de ajuste

NFI: Índice de ajuste normado

RFI: Índice de ajuste relativo

PNFI: Índice de ajuste normado parsimonioso

PGFI: índice de bondad de ajuste parsimonioso

En la tabla 3 se muestran los índices de consistencia interna Omega de McDonald (1999) y su intervalo de confianza al 95%, obteniéndose un valor de .65 en la escala de Disforia y de .81 en la escala de Autoestima negativa, además para el modelo de un factor se obtuvo un valor de .85 para el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en niños del distrito Víctor Larco.

Tabla 3

Índices de consistencia interna Omega de McDonald (1999)

Modelo	Escala	ω	IC 95%
Dos factores	Disforia	.65	.61 - .69
	Autoestima negativa	.81	.78 - .84
Un factor	Depresión	.85	.83 - .87

Nota:

ω : omega

IV. DISCUSIÓN.

A nivel mundial, la depresión es uno de los problemas más frecuentes que afecta la salud mental de las personas y sigue en aumento. Este fenómeno se encuentra en un estado alarmante, puesto que son cada vez más jóvenes quienes la experimentan, por lo que es necesario contar con instrumentos que permitan su adecuado análisis y detección. En vista de ello, la presente investigación buscó conocer las evidencias de validez del Inventario de depresión infantil de Kovacs en niños del distrito de Víctor Larco. La muestra estuvo conformada por 582 estudiantes de nivel primario, de ambos sexos pertenecientes a dos instituciones estatales y dos instituciones privadas del distrito de Víctor Larco, Trujillo.

Para ello, el primer objetivo específico fue el de determinar la validez de constructo, el cual se refiere al proceso de carácter científico para contrastar la hipótesis a partir de las puntuaciones obtenidas de un instrumento (Pérez-Gil, Salvador & Moreno, 2000). Así, se ejecutó el análisis factorial confirmatorio, el cual es un proceso de carácter estadístico que indica los niveles de ajuste del modelo teórico (Batista-Foqueta, Coenders & Alonso, 2004).

En los resultados se observaron índices de ajuste adecuados del modelo de dos factores del constructo: en el ajuste absoluto ($X^2/gl = 2.28$; GFI = .964; RMR = .015), ajuste comparativo (RFI = .867; NFI = .877), y ajuste parsimonioso aceptable (PGFI = .823; PNFI = .807). No obstante, al analizar la interrelación factorial se observaron valores que sugerían multicolinealidad entre ambos factores puesto que la correlación encontrada era alta (.91), lo que sugiere una semejanza entre ambos y por lo que es difícil delimitarlos.

Esto se explica por la complejidad psicológica sobre la depresión, puesto que, al delimitar estos dos factores, se observó que los ítems puntúan en ambos factores (poseen un poco de ambos) generando una dificultad para agrupar en factores específicos o, en otras palabras, están orientados a medir la depresión general (Ramírez, 2009). De esa forma, se acepta que el modelo de dos factores del Cuestionario de Depresión Infantil en niños no explica de forma

adecuada al constructo, por lo cual, se ejecutó nuevamente el análisis factorial confirmatorio en función del modelo unidimensional propuesto por Ramírez (2009).

En el modelo de un factor se observaron índices de ajuste ligeramente más elevados que en el modelo de dos factores: índices de ajuste absolutos adecuados ($X^2/gl = 1.91$; GFI = .968; RMR = .017), índices de ajuste comparativo con valores elevados (RFI = .914; NFI = .921), e índices de ajuste parsimonioso aceptable (PGFI = .829; PNFI = .850), de acuerdo a los criterios de Lévy y Varela (2006), denotando que el modelo de unidimensional se ajusta a la realidad de los niños de Víctor Larco. Al respecto, Ramírez (2009) indica que la difusa delimitación en el modelo de dos factores hace que los ítems posean un carácter diádico por lo que el análisis de la multicolinealidad y cargas factoriales permiten evidenciar que el modelo unidimensional explica mejor al constructo. Teniendo en cuenta estos resultados, se acepta el modelo unidimensional del Cuestionario de Depresión Infantil en niños de Víctor Larco.

Al analizar las cargas factoriales estandarizadas, se observan valores similares entre ambos modelos. Para el modelo unidimensional, las cargas factoriales entre .04 a .63; mientras que para el modelo de dos factores las cargas se encuentran entre .04 a .66. Ello sugiere una revisión de los ítems como en la comprensión de los mismos en la población estudiada, puesto que en poblaciones de menor nivel el entendimiento de los ítems suele influir en la validez de los mismos, constituyendo una variable externa a ser tomada en consideración (Aiken, 2003). Además, en la presente investigación se trabajó con niños de nivel primario cuyo nivel de comprensión de los ítems sugieren una revisión de los mismos para obtener mejores resultados, así como una delimitación exacta.

Estudios similares como el de Ramírez (2009), demuestran un modelo unidimensional en la población peruana de Cajamarca debido a la forma de entender los ítems y el componente diádico de los mismos (autoestima y disforia). Esto difiere de estudios como el de León (2013), quién encontró un

modelo de dos factores que explicaban la varianza en un 54% en limeños. Esto puede deberse a la diferencia del nivel de percepción entre ambos grupos, lo cual influye en el ajuste de los ítems a la población (Sood & Niebhay, 1996). Es decir, el nivel educativo, edad, vocabulario, nivel de comprensión y tipo de pensamiento influirán en el desempeño del participante en una evaluación psicológica, por lo que es común que instrumentos dirigidos a una población infantil presenten dificultades en el análisis de sus ítems y difiera según población a la que se aplique como, por ejemplo, entre niños europeos y latinos no solo por las diferencias educativas sino también culturales (valores) (Barrio, 2009).

En el segundo objetivo específico, se determinó la confiabilidad a través del coeficiente Omega, el cual permite un análisis con mayor precisión que el coeficiente Alfa, siendo así un aporte del presente estudio (Ventura-León & Caycho-Rodríguez, 2017). En el modelo de dos factores, el factor Disforia presentó un coeficiente de consistencia interna de .65 mediante el coeficiente omega, además, existe un 95% de probabilidad que el valor verdadero de omega se encuentre en el intervalo de .61 a .69, según el nivel de confianza. Para el factor Autoestima negativa, el valor Omega es de .81 con un 95% de probabilidades que el valor verdadero de omega se encuentre entre .78 a .84. Estos coeficientes son aceptables según Katz (2006). En lo que respecta a Disforia se puede explicar debido a que solo tres ítems poseen adecuados valores en las cargas factoriales ($>.50$); según Calvo-Porrall (2016) se debe a la pobre delimitación teórica de la variable ya que describe signos negativos en general por lo cual en investigaciones como la de Ramírez (2009), el modelo de dos variables no fue aceptado. Por otro lado, en el modelo unidimensional se evidencian valores superiores al modelo de dos factores, con un coeficiente de consistencia interna de .85, con un 95% de probabilidades que el valor verdadero de omega se encuentre en el intervalo resultante [.83 a .87].

Al respecto, investigaciones sobre el instrumento demuestran una confiabilidad elevada; es el caso de Ríos (2015), quién encontró un coeficiente de confiabilidad de .83; León (2013) observó un Alfa de Cronbach de .78; Mengana

(2013) con un .89; Ramírez (2009) con un .79; y Barrio, Roa, Olmedo y Colodrón (2002) encontrando un Alfa de Cronbach entre .71 a .88. Ello indica que el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs presenta resultados precisos en cuanto a la confiabilidad, no obstante, el modelo unidimensional brinda un nivel de confiabilidad más elevada que el modelo de dos factores en la población infantil, lo que puede explicarse por su nivel de comprensión y pensamiento concreto (Bravo, 2006). Además, a diferencia de estudios anteriores, los datos observados en la presente investigación son más precisos al utilizar el coeficiente Omega constituyendo un aporte al estudio del instrumento. De esa forma se evidencia que el Inventario de Depresión infantil de Kovacs presenta una adecuada confiabilidad, es decir, brinda datos precisos sobre la depresión en niños.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se evidencia que el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs posee adecuadas propiedades psicométricas en los niños del distrito de Víctor Larco, demostrando ser una herramienta conveniente para el análisis de la depresión al brindar resultados válidos.

V. CONCLUSIONES.

- Se obtuvieron las evidencias de validez del Inventario de depresión infantil de Kovacs en niños del distrito de Víctor Larco.
- Se determinó evidencias basadas en la estructura interna por medio del análisis factorial confirmatorio del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños del distrito de Víctor Larco, observando índices de ajuste adecuados ($X^2/gl = 1.91$; GFI = .968; RMR = .017; RFI = .914; NFI = .921; PGFI = .829; PNFI = .850); mientras que el modelo de dos factores presentó índices inexactos ($X^2/gl = 2.28$; GFI = .964; RMR = .015; RFI = .867; NFI = .877; PGFI = .823; PNFI = .807).
- Se determinó la confiabilidad por medio del método de consistencia interna de coeficiente Omega del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños del distrito de Víctor Larco, encontrando un coeficiente Omega de .85 en el modelo unidimensional.

VI. RECOMENDACIONES.

- Se sugiere mejorar la comprensión lingüística de los ítems en la población analizando la validez de contenido, a través del criterio de expertos.
- Se recomienda ejecutar la validez convergente con otro instrumento que mida la depresión en niños para aportar en las evidencias de validez del inventario estudiado.
- Se recomienda utilizar otro método para determinar la confiabilidad como el método test-retest para establecer la temporalidad de los datos que el Inventario de Depresión infantil de Kovacs brinda.

VII. REFERENCIAS.

- Aiken, L. (2003). *Test psicológicos y evaluación* (11° ed.). México: Pearson Educación.
- Alarcón, R., Gea, A., Martínez, J., Pedreño, J., Pujalte, L., Garre, I., Robles, F. & Vicente, M. (2007). *Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos*. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
- Albarrán, G. (2012). *Depresión infantil*. Recuperado de <https://depressioninfantil.wordpress.com/2012/11/16/estrategias-y-programa-de-intervencion/>
- Alvizures, D. (2012). *Nivel de depresión en niños que sufren maltrato físico*. (Tesis de Maestría). Universidad Rafael Landívar, Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Barrio, V. (2009). Problemas específicos de la evaluación infantil. *Clínica y salud*, 20 (3), 225-236
- Barrio, V., Roa, M., Olmedo, M. y Colodrón, F. (2002). *Primera adaptación del CDI-S a población española*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1253347>
- Batista-Fogueta, J., Coenders, G. & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio, su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122 (1), 21-27.
- Beck, A. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. (1991). Cognitive therapy: a 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. (19a ed.). New York: DESCLÉE DE BROWER.
- Beckham, E. & Leber, W. (1995). *Teoría y terapia cognitiva*. Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/materias/obligatorias/CFP/psicoterapias/k>

eeegan/Practicos%20Parte%204,%205%20y%206%20Psicoterapias%20Keegan/sacco%20beck%20-%20teoria%20y%20terapia%20cognitiva%20cap%2011%20329-351.pdf

- Bermúdez, M. & Bermúdez, A. (2004). *Manual de psicología infantil: aspectos evolutivos e intervención psicopedagógica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bogaert, H. (2012). La depresión: Etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, 27(2), 183-197.
- Boix, L. (2016). Inglaterra: la depresión infantil. *Proceso*. Recuperado de <http://www.proceso.com.mx/457876/inglaterra-la-depresion-infantil>
- Bollen, K. (1986). Sample size and Bentler and Bonett's nonnormed fit index. *Psychometrika*, 51, 375–377.
- Borges, L. & Dos Santos, A. (2016). Sintomatología depresiva y desempeño escolar: un estudio con niños brasileños. *Ciencias Psicológicas*, 10(2), 189-197.
- Bravo L. (2006). *Lectura Inicial y Psicología Cognitiva*. Santiago de Chile: Ediciones de la Universidad Católica.
- Caballo, V. & Simón, M. (2005). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente, trastornos específicos*. Pirámide: Madrid.
- Calderaro, R. S. S., & Carvalho, C. V. (2005). Depressão na infância: um estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 181-189.
- Calvo-Porrá, C. (2016). *Análisis de la invarianza factorial y causal con AMOS*. Valencia: ADD Editorial.
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la terapia cognitiva*. Recuperado de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista Salud Pública*, 10 (5), pp. 831-839

- Carmines, E. & McIver, J. (1981). *Analyzing models with unobserved variables*. In *Bohrnstedt, G.W. & Borgatta, E.F.* Beverly Hills: Sage.
- Carrillo, D. & Muñoz, E. (2010). *Estudio de la depresión infantil en los niños de pre-escolar*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Carrillo, W. (27 de febrero del 2017). El 21% de los niños peruanos sufren de depresión. *Andina*. Recuperado de <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-el-21-los-ninos-peruanos-sufre-depresion-advierte-director-hospital-honorio-delgadohideyo-noguchi-163107.aspx>
- Castillo, L. (2016). *Apoyo social y su relación con las conductas sexuales de riesgo de adolescentes*. *Institución educativa Víctor Raúl*. Víctor Larco, 2016. (Tesis de Licenciatura). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.
- Colegio de Psicólogos del Perú. (1999). *Código de ética profesional*. Recuperado de <http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/archivo/etica.html>
- Corveleyn, J., Luyten, P. & Blatt, S. (2005). *The theory and treatment of depression: towards a dynamic interactionism model* (3a ed.) New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dahad, J., Rivadeneira, C. & Minici, A. (2002). *La depresión desde la perspectiva cognitivo conductual*. Recuperado de <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>
- Diges, J. (2015). *Las cifras de la depresión*. Recuperado de <http://www.efesalud.com/noticias/las-cifras-de-la-depresion/>
- Domínguez, C. (2017). La depresión infantil también se puede detectar en el colegio. *La Región*. Recuperado de

<http://www.laregion.es/articulo/ourense/celia-dominguez-depresion-infantil-tambien-puede-detectar-colegio/20170427083111703993.html>

- Figuroa, G. (2002). *La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor*. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500004
- García, J. (2015). *La Terapia Cognitiva de Aaron Beck*. Recuperado de <https://psicologiyamente.net/clinica/terapia-cognitiva-aaron-beck>
- González, C. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de desesperanza de Beck en una muestra bogotana. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3(2), 17-30.
- González, F. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana: Ecimed.
- Hernández, R., Fernández, C & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5° ed.). México: McGraw Hill-Interamericana.
- Herrera, E; Losada, Y.; Rojas, L. & Gooding, P. (2009). Prevalencia de la depresión infantil en Neiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 27(1), 154-164.
- Hollon, S., Stewart, M. & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behaviour therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annu. Rev. Psychol*, 57(1), 285-315.
- Hu, L. & Bentler, P. (1999). Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6 (1), 1-55.
- Hubert, T. J. (2012). *Anxiety and depression in children and adolescents. Assessment, intervention, and prevention*. Bloomington: Springer.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *2 millones de niños en México sufren depresión*. GalaTV. Recuperado de

<http://www.galatvaguascalientes.tv/noticias/11085-2-millones-de-ninos-en-mexico-sufren-depresion>

- Katz, M. H. (2006). *Multivariable analysis* (2a ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Koich, F. (2016). Projective aspects on cognitive performance: distortions in emotional perception correlate with personality. *Psicología: Reflexa e Crítica*, 29(17).
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de depresión infantil (CDI)*. Madrid: Tea Ediciones.
- Lammoglia, E. (2005). *Las máscaras de la depresión*. México D.F.: Grijalbo, S. A.
- León, M. (2013). Adaptación del inventario de depresión infantil de kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana. *Revista PsiqueMag*, 1(1), 27- 44.
- León, O. y Montero, I. (2002). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. (3a ed.) Madrid. Mc Graw Hill.
- Lévy, J. & Varela, J. (2006). *Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales*. España: Netbiblo.
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A. & Tomás, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología*, 30(3), 1151-1169. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16731690031.pdf>
- Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. (2004). *Depresión en la infancia y adolescencia*. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Manual%20de%20Psicologia%20Clinica%20Infantil%20y%20del%20adolescente%20-%20S.A..pdf>

- McDonald, R. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Mengana, K. (2013). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en adolescentes Cubanos de 12 a 15 años*. (Tesis de licenciatura), Universidad Central Martha Abreu de las Villas, Santa Clara, Cuba. Recuperado de <http://dspace.uclv.edu.cu/bitstream/handle/123456789/175/Tesis%20de%20Kenia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Moreno, N. (2009). *Las distorsiones cognitivas*. Recuperado de http://www.nicolasmorenopsicologo.com/sd/3depre_distorsiones.php
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Paredes, A. (2016). *Conoce todo sobre la depresión*. Recuperado de https://www.soyresponsable.es/salud/conoce-la-depresion/?gclid=Cj0KEQjw9YTJBRD0vKCIruOsuOwBEiQAGkQjP4JLvkHI1AZp8B3_xJ46bYWcHVzLH76o612nQgl2_PUaAoip8P8HAQ
- Pérez, E. & Medrano, L. (2010). Análisis factorial exploratorio: bases conceptuales y metodológicas. *Revista argentina de ciencias del comportamiento*, 2(1), 58-66
- Pérez-Gil, J., Chacón, S. & Moreno, R. (2000). Validez de constructo: el uso del análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psichotema*, 12(2), 442-448.
- Piaget, J. (1960). *The child's conception of physical causality*. Washington: Transaction Publishers
- Ramirez, J. (2009). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca*. (Tesis de bachiller), Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

- Ríos, Y. (2015). *Propiedades psicométricas del inventario de depresión infantil de Kovacs, en adolescentes del Distrito El Porvenir* (Tesis de licenciatura), Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
- Rodríguez, E. (2014). *El complejo de inferioridad*. Recuperado de <https://lamenteesmaravillosa.com/el-complejo-de-inferioridad-2/>
- Royo, J. & Fernández, N. (2017). Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integral*, 13(2), 116-120.
- Saavedra, J. (2012). *Depresión y ansiedad, trastornos mentales que predominan en el Perú*. Recuperado de <http://rpp.pe/lima/actualidad/depresion-y-ansiedad-trastornos-mentales-que-predominan-en-el-peru-noticia-489803>
- Saklofske, D., Janzen, H., Hildebrand, D. & Kaufmann, L. (2001). *Depresión en los niños*. Recuperado de http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/depresion/2_-_depr_sp.pdf
- Sausa, M. (6 de noviembre del 2014). La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero no es atendida. *Peru21*. Recuperado de <http://peru21.pe/actualidad/depresion-ciberbullying-sis-instituto-nacional-salud-mental-honorio-delgado-hideyo-noguchi-2197688>
- Sood, A & Nirbhay, N. (1996). Instrumentos diagnósticos. En Parmelee, D. (Edit.). *Psiquiatría del niño y el adolescente*. Madrid: Harcourt Brace.
- Tomás, J. (2015). *Trastorno depresivo infantil*. Familianova Schola. Recuperado de http://www.centrelondres94.com/files/trastorno_depresivo_infantil.pdf
- Torres, G. (2012). *Factores asociados a la depresión en pacientes con atención primaria de la salud en Cusco y Abancay* (tesis doctoral), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Ugarriza, N. & Ecurra, M. (2002). Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds en estudiantes de secundaria

de Lima metropolitana. *Persona*, 5, 83-130. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1471/147118132004.pdf>

Van, N. (2004). *Cómo formar hijos vencedores*. (3a ed.). Argentina: ACES.

Ventura-Rodríguez, J. & Caycho-Rodríguez, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 15(1), 625-627

Villanueva, H. (2014). *Escolares desaprobados ven en el suicidio una solución*. Recuperado el 06 de octubre de <http://laindustria.pe/trujillo/local/escolares-desaprobados-ven-en-el-suicidio-una-solucion>

Anexos

Anexo 01 – Inventario de Depresión Infantil (CDI)

EDAD: _____ SEXO: _____ COLEGIO: _____

GRADO: _____ SECCIÓN: _____

INSTRUCCIONES

Los niños y niñas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas. De cada grupo, señala una frase que sea **LA QUE MEJOR DESCRIBA** cómo te has sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. Una vez que termines con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Únicamente señala la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS SENTIDO** últimamente. Pon una equis (x) en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Hagamos un ejemplo. Pon una equis junto a la frase que **MEJOR** te describa:

EJEMPLO:

- | |
|--|
| <p><input type="radio"/> Siempre leo libros</p> <p><input type="radio"/> De vez en cuando leo libros</p> <p><input type="radio"/> Nunca leo libros</p> |
|--|

Recuerda que debes señalar las frases que mejor describan tus sentimientos o tus ideas en las dos últimas semanas.

De las tres frases que se presentan en cada pregunta escoge sólo una, la que más se acerque a cómo eres o te sientes.

Pasa a la página siguiente.

1. De vez en cuando estoy triste. 2. Nunca me va a salir nada bien.
 Muchas veces estoy triste. No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien.
 Siempre estoy triste. Las cosas me van a salir bien.
3. La mayoría de las cosas las hago bien. 4. Muchas cosas me divierten.
 Muchas cosas las hago mal. Algunas cosas me divierten.
 Todo lo hago mal. Nada me divierte.
5. Siempre soy malo o mala. 6. A veces pienso que me puedan pasar cosas malas.
 Muchas veces soy malo o mala. Me preocupa que pasen cosas malas.
 Algunas veces soy malo o mala. Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas.
7. Me odio. 8. Todas las cosas malas son por mi culpa.
 No me gusta como soy. Muchas cosas malas son por mi culpa.
 Me gusta como soy. Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.
9. No pienso en matarme. 10. Todos los días tengo ganas de llorar.
 Pienso en matarme pero no lo haría. Muchos días tengo ganas de llorar.
 Quiero matarme. De vez en cuando tengo ganas de llorar.
11. Siempre me preocupan las cosas. 12. Me gusta estar con la gente.
 Muchas veces me preocupan las cosas. Muchas veces no me gusta estar con la gente.
 De vez en cuando me preocupan las cosas. Nunca me gusta estar con la gente.
13. No puedo decidirme. 14. Soy simpático o simpática.
 Me cuesta decidirme. Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.
 Me decido fácilmente. Soy feo o fea.
15. Siempre me cuesta hacer las tareas. 16. Todas las noches me cuesta dormir.
 Muchas veces me cuesta hacer las tareas. Muchas veces me cuesta dormir.
 No me cuesta hacer las tareas. Duermo muy bien.

Matriz de correlaciones de Pearson y estadísticos descriptivos de los ítems

Ítem	2	3	6	11	13	14	15	19	23	24	26	1	4	5	7	8	9	10	12	16	17	18	20	21	22	25	27
2	--																										
3	-,31	--																									
6	-,14	,22	--																								
11	,09	-,06	-,13	--																							
13	,29	-,17	-,10	,17	--																						
14	-,28	,32	,07	,00	-,13	--																					
15	,16	-,15	-,05	,02	,08	-,14	--																				
19	-,06	,00	,00	-,14	-,02	,04	,00	--																			
23	-,34	,31	,11	,00	-,14	,30	-,19	,08	--																		
24	,34	-,29	-,10	,03	,17	-,29	,24	,11	-,39	--																	
26	-,06	,10	,04	,02	-,03	,13	-,08	,10	,17	-,08	--																
1	-,20	,33	,12	-,10	-,15	,28	-,13	,00	,20	-,20	,12	--															
4	-,23	,17	,09	,06	-,05	,28	-,10	-,01	,24	-,16	,10	,12	--														
5	,19	-,16	,01	,12	,05	-,10	,16	,07	-,07	,15	-,03	-,26	-,03	--													
7	,33	-,23	-,09	,05	,17	-,32	,13	,04	-,29	,30	-,07	-,30	-,21	,30	--												
8	,35	-,26	-,02	,07	,16	-,24	,22	,00	-,32	,33	-,05	-,20	-,03	,19	,32	--											
9	-,18	,17	,08	-,07	-,06	,27	-,19	-,04	,23	-,26	,11	,29	,15	-,15	-,25	-,23	--										
10	,28	-,26	-,10	,13	,18	-,24	,16	-,02	-,21	,19	-,13	-,44	-,14	,22	,24	,26	-,28	--									
12	-,16	,12	,10	-,02	-,08	,20	-,09	,07	,15	-,11	-,02	,17	,20	-,13	-,16	-,13	,22	-,14	--								
16	,20	-,10	-,10	,08	,12	-,12	,13	-,01	-,14	,19	-,11	-,11	-,08	,13	,17	,14	-,17	,15	-,02	--							
17	-,21	,26	,14	-,19	-,13	,16	-,13	,13	,19	-,19	,10	,33	,07	-,05	-,16	-,19	,19	-,29	,13	-,13	--						
18	,24	-,20	-,10	,07	,18	-,24	,15	,02	-,18	,25	-,10	-,22	-,13	,12	,15	,23	-,25	,15	-,15	,15	-,07	--					
20	-,30	,26	,11	-,08	-,13	,31	-,07	,09	,31	-,26	,08	,26	,25	-,13	-,25	-,24	,32	-,29	,18	-,17	,29	-,24	--				
21	,29	-,17	-,04	,05	,19	-,26	,13	,03	-,25	,28	-,09	-,15	-,27	,12	,24	,25	-,20	,22	-,19	,27	-,16	,25	-,30	--			
22	-,25	,14	,08	-,06	-,13	,31	-,05	,02	,30	-,23	,04	,19	,27	-,08	-,23	-,16	,21	-,19	,22	-,10	,12	-,18	,32	-,28	--		
25	,30	-,39	-,08	,00	,16	-,38	,10	-,02	-,31	,35	-,15	-,32	-,29	,15	,35	,33	-,28	,38	-,23	,18	-,22	,24	-,41	,38	-,35	--	
27	-,20	,22	,10	,00	-,05	,27	-,02	,07	,25	-,19	,11	,24	,12	-,18	-,24	-,16	,17	-,14	,14	-,10	,15	-,18	,22	-,23	,17	-,24	--
M	1,49	,19	,64	1,35	1,32	,36	1,34	,95	,39	1,33	,41	,12	,49	1,93	1,88	1,73	,30	1,83	,39	1,44	,21	1,55	,37	1,60	,41	1,75	,17
DE	,57	,44	,60	,82	,63	,53	,77	,73	,64	,70	,65	,40	,56	,33	,39	,57	,52	,49	,63	,76	,54	,78	,62	,60	,55	,54	,42
g1	-,59	2,17	,34	-,72	-,37	1,09	-,67	,07	1,37	-,56	1,31	3,62	,53	-4,92	-3,37	-1,97	1,46	-2,91	1,40	-,94	2,52	-1,30	1,42	-1,22	,92	-2,05	2,50
g2	-,64	4,04	-,67	-1,14	-,68	,14	-1,02	-1,11	,68	-,84	,48	12,73	-,78	24,23	11,17	2,77	1,21	7,41	,76	-,65	5,07	-,09	,87	,46	-,22	3,23	5,78

Índices de ajuste de los modelos estimados por Máxima Verosimilitud

Modelo	A. Absoluto		A. Comparativo		A. Parsimonioso		
	X ² /gl	RMSEA	CFI	TLI	PNFI	PCFI	AIC
2 FT	1.91	.041	.827	.812	.644	.761	780.87
1F	2.28	.047	.840	.827	.691	.775	901.75