



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE HUMANIDADES**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Propiedades Psicométricas del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y  
Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro.

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**AUTOR:**

Br. Pereyra Reyna, Karen Judith

**ASESORES:**

Dra. Aguilar Armas, Mercedes

Mgrt. Orbegozo Galarza Arturo

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Psicométrica

**TRUJILLO – PERÚ**

2017



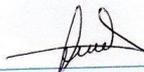
**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS  
EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV**

Código : F08-PP-PR-02.02  
Versión : 07  
Fecha : 31-03-2017  
Página : 1 de 1

Yo Perceira Reyna Karm Judith, identificado con DNI N° 48214860  
egresado de la Escuela Profesional de Psicología de la  
Universidad César Vallejo, autorizo () No autorizo () la divulgación y  
comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado  
"Propiedades Psicométricas del Cuestionario Coleectivo Clínico Ansiedad y Depresión  
en estudiantes de secundaria (Miguel)", en el Repositorio Institucional de la UCV  
(<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822,  
Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

  
FIRMA

DNI: 48214860

FECHA: 07 de 09 del 2017

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

## **PÁGINA DEL JURADO**

---

Dra. Aguilar Armas, Mercedes  
Presidente del jurado

---

Mgrt. Orbegoso Galarza Arturo  
Secretario de mesa del Jurado

---

Mgrt. Caycho Rodríguez Tomas  
Vocal de mesa del Jurado

## **Dedicatoria**

A Dios por guiarme día a día en cada paso que doy, dándome fuerza y valentía para lograr culminar con éxito mi tesis.

A mi madre Marleny que desde pequeña me dio su amor inmenso, por enseñarme a luchar por mis metas sin importar los obstáculos, porque a pesar de que no esté físicamente, soy muy dichosa de haberla tenido a mi lado y sentir que desde el cielo me cuida y se siente orgullosa de mí.

Br. Pereyra Reyna, Karen Judith

## **Agradecimiento**

A mi padre José por estar siempre  
a mi lado, por ser mí mayor motivación  
y dedicación para lograr mis metas.

A mis hermanos por el apoyo  
constante que me brindaron y  
por confiar siempre en mí.

A mis asesores por sus enseñanzas  
y disposición para poder culminar  
con éxito este estudio.

A mi asesor Ps. Pérez Linares Edinson  
Martín, por su orientación para el  
desarrollo de esta tesis.

Br. Pereyra Reyna, Karen Judith

## **DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD**

Yo Pereyra Reyna Karen Judith con D.N.I N° 48214860 a disposición de cumplir con las disposiciones consideradas en el reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo, Facultad de Humanidades Escuela de Psicología.

Declaro bajo juramento que toda la documentación y datos que se muestran en la investigación son veras y autentica.

Asimismo, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la universidad cesar vallejo.

Septiembre, 2017

Br. Pereyra Reyna Karen Judith

DNI 48214860

## **PRESENTACIÓN**

Señores miembros del jurado ante ustedes muestro la tesis titulada “Propiedades Psicométricas del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro. Con la finalidad de determinar las propiedades psicométricas de dicho cuestionario en alumnos de secundaria de las Instituciones Educativas Públicas del Milagro en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, para obtener el Título Profesional de Licenciado en Psicología.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación

Br. Pereyra Reyna, Karen Judith

## ÍNDICE

Página del jurado .....	ii
Dedicatoria .....	iii
Agradecimiento .....	iv
Declaratoria de autenticidad.....	v
Presentación.....	vi
Índice .....	vii
Índice de Tablas .....	viii
Resumen .....	x
Abstract .....	xi
I. INTRODUCCIÓN.....	12
1.1. Realidad Problemática.....	12
1.2. Trabajos previos .....	15
1.3. Teorías relacionadas al tema.....	17
1.4. Formulación del problema.....	29
1.5. Justificación del estudio .....	29
1.6. Objetivos.....	30
II. MÉTODO .....	30
2.1. Diseño de investigación .....	30
2.2. Operacionalización de la Variable.....	31
2.3. Población y muestra.....	32
2.4. Criterios de Selección .....	34
2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	35
2.6. Método de análisis de datos.....	36
2.7. Aspectos éticos.....	36
III. RESULTADOS .....	37
3.1. Análisis preliminar de los ítems del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro.....	37
3.2. Evidencias de Validez basadas en la estructura interna.....	38
3.3. Evidencias de validez relacionadas a otras variables.....	39
3.4. Evidencias de validez de la estructura interna, por consistencia interna.....	40
IV. DISCUSIÓN .....	41
V. CONCLUSIONES.....	44
VI. RECOMENDACIONES .....	45
VII. REFERENCIAS.....	46
ANEXOS.....	52

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de las variables ansiedad y depresión.....	33
Tabla 2. Distribución de la población por institución educativa grados y genero.....	34
Tabla 3. Leyenda de los parámetros estadísticos para obtener la muestra de adolescentes del primero al quinto grados de educación secundaria de tres Instituciones Educativas del centro poblado El Milagro .....	35
Tabla 4. Leyenda de los parámetros estadísticos para obtener el porcentaje del muestreo .....	36
Tabla 5. Distribución muestral estratificada según grados y género, del primero al quinto grados de educación secundaria de las tres instituciones educativas nacionales las cuales son Señor de los Milagros, Simón Bolívar, Julio Gutiérrez Solari Educativas del centro poblado El Milagro .....	36
Tabla 6. Análisis de la Matriz de Correlaciones para valoración de la viabilidad del análisis Factorial Exploratorio del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro .....	40
Tabla 7. Extracción de Factores por método de máxima verosimilitud y rotación oblicua, del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro.....	41
Tabla 10. Análisis de la relación entre la escala del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) y la escala de Resiliencia en estudiantes de secundaria del Milagro. ....	44
Tabla 11. Estadísticos de fiabilidad de Confirmatorio del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro. ....	45
Tabla 12. Prueba no paramétrica Kolmogorov-Smirnov del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro .....	60

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de Asimetría y Curtosis del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro	61
Tabla 14. Estadísticos de contraste mediante la Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes según sexo, del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro.....	62
Tabla 15. Estadísticos de contraste mediante la Prueba Krus Kal Wallis de muestras independientes según institución educativa, del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro.....	63
Tabla 16. Estadísticos descriptivos de Asimétrica y Kurtosis .....	64
Tabla 17. Baremos percentilares generales y específicos según sexo del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro.....	66
Tabla 18. Baremos percentilares específicos según institución educativa del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro.....	67
Tabla 19. Puntos de corte generales y específicos según sexo del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro	68
Tabla 20. Puntos de corte específicos según institución educativa del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro.....	69

## RESUMEN

La investigación de diseño instrumental, tuvo como objetivo general determinar las propiedades Psicométricas del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro, utilizando una muestra probabilística de 404 sujetos de ambos géneros, entre los 12 a 17 años de edad, obtuvo en sus resultados, para las evidencias de validez basadas en la estructura interna mediante los análisis factoriales, en el exploratorio se identificó cargas factoriales de  $-.162$  a  $.925$ , además comunalidades, de  $.137$  a  $.683$ , ambas de mínima a óptima, y una varianza referencial del  $33.31\%$ , además se estableció las evidencias de validez relacionada a otras variables, mediante el análisis divergente, con la escala de Resiliencia, se obtuvo correlaciones de  $-.005$  a  $.11$ , en cuanto a la confiabilidad se identificó mediante el coeficiente Omega de  $.77$  a  $.87$ , aportando a nivel metodológico.

Palabras clave: validez, confiabilidad, ansiedad y depresión

## ABSTRACT

The investigation of instrumental design, it took as a general target to determine the properties Psicométricas of the Clinical Educational Questionnaire: Anxiety and Depression (CECAD) in students of secondary of the Miracle, using a sample probabilística of 404 subjects of both genres, between the 12 to 17 years of age, obtained in its results, for the evidences of validity based on the internal structure by means of the factor analyses, in the exploratory one from.30 to.92 identified charges factoriales, also communalities from.30 to.68, with a piled up variance of 33.31 %, also there were established the evidences of validity related to other variables, by means of the divergent analysis, with the Resilience scale, from-.03 to.11 obtained interrelations, as for the reliability he identified by means of the method of internal consistency of the coefficients, Alpha of Cronbach from.77 to.87, and Omega from.77 to.8 87, continuing hellebore the norms percentilares specific, for genre for dimensions problems of thought, physiological syptoms and the entire questionnaire, also for educational institution for irritability and futility and the entire questionnaire, finally established the points of court as quartiles for the levels it goes down, comes up, high and very high, aportante at methodological level.

Key words: validity, reliability, anxiety and depression

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Realidad Problemática

Considerando que la adolescencia, es una etapa del ciclo vital del ser humano que se caracteriza por estar comprendida entre los 11 a 20 años de edad, el individuo alcanza su madurez biológica, emocional, social y sexual (Papalia, Wendkos & Duskin, 2010), ante estos cambios el adolescente pasa por un proceso de adaptación, de la infancia a la adultez, el cual lo asumo de acuerdo a las experiencias adquiridas a lo largo de sus vidas, en tal sentido los adolescentes son vulnerables siendo propensos a ser influenciados por los medios de comunicación, redes sociales, interacción con pares, conflictos familiares, entre otros.

Entonces, en estos escenarios muchos son víctimas de trastornos de la emoción, siendo los de mayor frecuencia la ansiedad, la cual se considera que "afectan a tres áreas del funcionamiento del niño: cogniciones, conductas y reacciones somáticas, condicionando su desempeño escolar, social y personal" (Lozano, García & Lozano, 2011, p. 9), asimismo la depresión conceptualizada como "un estado alterado del humor caracterizado por un estado disforico similar a la depresión adulta" (Lozano, et al., 2011, p. 8).

Lo anterior mencionado, se reflejó en las estadísticas de impacto, a nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (2016) señaló que el trastorno de la emoción denominado como depresión se considera la principal causa de morbilidad; así como, de discapacidad entre poblaciones de adolescentes, además de ser la tercera causa del suicidio en la misma población. En este sentido Beck y Clark (2010) refieren que hay la necesidad de conllevar labores psicológicas pertinentes ante tal situación que permitan su intervención oportuna, por tal sentido se requirió de un instrumento necesario que favorezcan la evaluación de estas problemáticas. Además, que la depresión es considerada un trastorno habitual en todo el mundo, ya que se calculó que afecta a 350 millones de sujetos, a nivel laboral, familiar, académico, social e individual. En este sentido, Lozano, García y Lozano (2011) refieren, que el trastorno de la

emoción denominado como ansiedad, tiene un incremento significativo en los infantes y adolescentes, que afectaron directamente su desempeño dentro del ámbito escolar, social y personal, afectando su desarrollo vital, denotando que, a nivel internacional, se estima que el 8% de los casos diagnosticados necesitaron un tratamiento clínico (Lozano, et al., 2011).

Mientras, que a nivel nacional el Diario Perú21 (2012) refirió, que el Ministerio de Salud indicó, que en el Perú existe una incidencia de problemas de salud mental que afectan a cuatro de cada diez personas, siendo los de mayor frecuencia la depresión, que afectó a 70 mil personas de los 137 mil casos registrados, mientras que la ansiedad se presentó 71 mil de los 238 mil diagnósticos realizados en los últimos años, concluyendo que las zonas geográficas más afectadas son Lima, La Libertad, Callao y Cusco.

Además, a nivel local el Centro de salud Jerusalén (2016, octubre) registro, que en el Centro Poblado el Milagro, durante los meses de enero a diciembre del año 2014, sólo 15 atenciones de salud mental, de los cuales 7 fueron por Ansiedad y 3 del trastorno depresivo, constituyendo el 67% de los casos, mientras que entre los meses de enero a septiembre del 2016 la cifra aumentó considerablemente a un total de 90 atenciones de salud mental, de las cuales 10 fueron por ansiedad, y 15 por trastorno depresivo, en tal sentido se evidencio su aumento, reflejando cifras alarmantes, haciendo necesario su estudio, para el bienestar de Población.

Por otro lado, entre los instrumentos que nos permitió medir la variable de Ansiedad y Depresión, se tuvieron en cuenta que la Escala de autovaloración de la ansiedad de Zung fue creada en el año 1965, está compuesta por 20 ítems, en cuanto a la descripción de los ítems no fue precisa, redundando en su redacción, además que su comprensión estuvo orientada a poblaciones clínicas, limitando su uso en otros contextos, además que su alfa de Cronbach es de .78, asimismo la validez de constructo .34 y .65. Se cuenta con el inventario de Ansiedad Rasgo Estado, en sus siglas IDARE, creado en 1970, de México, entre las dificultades que presento, es la comprensión de los ítems puesto que es un instrumento extranjero, en cuanto a su fiabilidad se observa que obtiene para sus

sub escalas de Ansiedad Rasgo un índice de .92 y Ansiedad Estado un puntaje de .94. (García, 2009).

En cuanto, al constructo de la depresión, se evidencio entre los instrumentos para su evaluación, a la Escala de auto aplicación de la depresión de Zung, fue creada en el año de 1965, reflejando su antigüedad, como los anteriores instrumentos mencionados, compuesta por sólo 20 reactivos, además su fiabilidad es de .79 a .92, en cuanto a la validez, obtenida mediante las correlaciones de Pearson se obtiene índices de .50 a .80. (García, 2009).

Sin embargo, existe el cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión, en sus siglas CECAD, según Lozano, et al. (2011) el cual permitió la medición de ambas variables mencionadas, asimismo su administración abarca desde los 7 años en adelante, de igual manera la redacción de sus ítems fue precisa, sin generar redundancia en su comprensión, además que su composición estuvo por las escalas de inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos, constituyendo la medición de la depresión y la ansiedad en una sola aplicación, ya que una evaluación por separado pudo generar agotamiento en la unidad de análisis. Se evidencio una validez, mediante el análisis factorial exploratorio de cargas  $>.20$ , explicando el 69% de la varianza; una fiabilidad mediante Alfa de Cronbach de .94 para el total, para las sub escalas oscilan de .79 a .91, instaurando un instrumento de administración en poblaciones donde sea pertinente su utilización.

Por lo antes mencionado, el centro poblado El Milagro, no contaba con un instrumento válido y confiable, además que la población según los datos proporcionados por el Centro de salud Jerusalén (2016, octubre) presentó un registro en el último año de 90 atenciones, por Depresión y Ansiedad, el 77%, a razón de 69 atenciones, se realizó a una población de adolescentes entre los 12 y 19 años de edad, los cuales fueron derivados por otras áreas de salud, o estaban acompañados por algún familiar. En tal sentido es necesario el estudio de las Propiedades Psicométricas del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión, para utilización por los profesionales de la salud psicológica.

## 1.2. Trabajos previos

Lozano, et al. (2011) Elaboraron el Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión medir las variables de depresión y ansiedad, en una población de infantes adolescentes, personas de la adultez temprana y tardía, conformando un grupo normativo 8449, del cual se obtuvo una muestra probabilística estratificada de 4679 sujetos entre los 7 a 80 años de edad, con una media de 11.86 años. Obteniendo entre sus resultados, mediante el análisis de sus reactivos índices de homogeneidad de .381 hasta .679, asimismo para la validez de constructo, se obtuvo mediante el análisis factorial exploratorio utilizando el método Minimum Rank Factor Analysis por rotación oblicua, con un índice de Káiser Mayer y Olkin en sus siglas KMO de .93, obteniendo una varianza explicada de 54%, con cargas factoriales mayores a .30, además que la prueba de esfericidad de Bartlett evidencia estadística altamente significativa ( $p < .01$ ), continuando con el análisis factorial confirmatorio, obteniendo entre sus índices de ajuste, en el comparativo (CFI) de .961, su índice de Bondad de ajuste (GFI) de .967, con un error cuadrático medio de aproximación (RMSE) .026; mientras que para la propiedad de la fiabilidad se obtuvo mediante, el método de Consistencia Interna del Alfa, con valores que oscila entre .83 a .91, culminando con la elaboración de las normas mediante puntajes t, específicos por edad y género.

Ruiz (2013) realizó una investigación científica para determinar las Propiedades psicométricas del cuestionario educativo clínico: ansiedad y depresión en estudiantes de secundaria de Trujillo, en el cual utilizó un tipo de investigación tecnológica, con una muestra probabilística estratificada del primero a quinto grados de educación secundaria, de ambos géneros, conformada por 441 estudiantes, los resultados que se obtuvo evidencian para la propiedad de la validez mediante el análisis de los elementos ítem-test alcanzan índices mayores a .30, asimismo su análisis factorial exploratorio arrojó 11 factores, según las cargas factoriales de los ítems  $> .30$ , con una varianza del 68%, prosiguiendo con la confiabilidad se obtuvo mediante el método de consistencia interna del coeficiente Alfa de Cronbach, alcanzado para el total de .936, estableciendo normas mediante los puntajes t generales solo para inutilidad, e irritabilidad, y específicos según edad solo para las dimensiones de problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos.

Miranda (2013) realizó una investigación con el objetivo general, determinar las propiedades Psicométricas del Cuestionario Educativo-clínico: ansiedad y depresión, en una muestra probabilística de 494 estudiantes, de ambos géneros, entre los 7 a 11 años de edad, del tercero, cuarto, quinto y sexto grados de educación primaria, del distrito de la esperanza, en cuanto a sus propiedades psicométricas, se obtuvo que para la validez de constructo, mediante el análisis factorial exploratorio un índice de KMO de .93, asimismo cargas factoriales mayores a .20, con una varianza explicada del 56% de toda la variable de estudio, compuesta para el distrito de la esperanza por un total de 14 factores, mientras que para la confiabilidad obtenida mediante el método de consistencia interna alcanza un Alfa de Cronbach de 0896 para el total, asimismo para las sub escalas de .83 a .91, mientras que las normas se obtuvieron por percentiles generales para la población de estudio.

Vásquez (2013) realizó un estudio de “Propiedades psicométricas del cuestionario educativo clínico: ansiedad y depresión en alumnos de primaria de Piura” con una población de 1665, en el cual se utilizó una muestra probabilística de 983 alumnos, de ambos géneros, entre los 7 a 12 años de edad, del primero al sexto grados de educación primaria, para la validez de constructo mediante las correlaciones ítem-test, para la variable ansiedad de .390 a .602, mientras que para depresión de .437 a .684, asimismo ítem factor, para inutilidad varia de .479 a .608, asimismo para irritabilidad de .448 a .555, además en problemas de pensamiento de .541 a .611, y en síntomas psicofisiológicos de .429 a .585, mientras que para la propiedad de la confiabilidad, obtenida mediante el método de consistencia interna del coeficiente Alfa de Cronbach, alcanza un índice en Depresión de .938, asimismo en ansiedad de .898, y para sus escalas oscila de .767 a .878, ultimando con la elaboración de las normas o también denominados como Baremos, mediante puntajes t, específicos por género y edad.

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

#### 1.3.1. Definiciones previas

##### *Ansiedad:*

Beck y Clark (2010) definen la ansiedad como una emoción que está dirigida hacia “el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos” (p. 104).

De forma más reciente Lozano, et al. (2011) la definen como aquel trastorno afectivo que “afectan a tres áreas del funcionamiento del niño: cogniciones, conductas y reacciones somáticas, condicionando su desempeño escolar, social y personal” (p. 9).

##### *Depresión*

Beck, Rush, Shaw y Emery (2010) manifiestan que es un estado desadaptativo del organismo, cuando se da por más de 6 meses, ante situaciones de presión o pérdida que lo ameritan, caracterizando patrones conductuales y cognitivos de tristeza y desánimo, mostrando un desinterés por las actividades habituales, afectando las funciones motoras, así como la pérdida del sueño, necesidad de alimentación, aliño personal e interacción social (Beck & Clark, 2012). Asimismo, Papalia, Wendkos y Duskin (2010) refieren que la depresión genera un desequilibrio psicológico, académico y social en los infantes y adolescentes, caracterizando patrones de irritación, asimismo frustración e ira, afectando, su desarrollo vital.

#### 1.3.2. La ansiedad y depresión en la adolescencia

Considerando que la adolescencia es una etapa del ciclo vital que está en el rango según Erikson (1992) desde los 12 a 19 años de edad, el adolescente se caracteriza por una crisis de identidad versus confusión, en tal sentido esta confusión puede generar repercusiones negativas a nivel cognitivo, lo cual afecta directamente a estados emocionales disfuncionales, entre ellos la Ansiedad y la Depresión como de mayor frecuencia e intensidad (Lozano, et al., 2011).

Esto se debe, a que los cambios físicos en cuanto al crecimiento, biológicos como los hormonales, en el caso de los varones la producción de testosterona, mientras que en las mujeres se da la segregación del estrógeno (Chávez, 2004), además de los cambios emocionales, caracterizando el predictor del carácter, que conlleva a afectos fluctuantes, y a nivel de interacción cambios en las relaciones sociales (Papalia, Wendkos & Duskin, 2010).

En este sentido, Beck, et al. (2010) Señala que en la adolescencia por ser una etapa del ciclo vital de cambios constantes, es una población vulnerable a padecer trastornos de la emoción, entre los más recurrentes se considera la depresión, ya que afecta al estado de ánimo del sujeto, al provocarle tristeza, desanimo, perdida de interés por las actividades que se suele hacer, patrones frecuentes que caracterizan a un adolescente promedio, según Papalia, et al. (2010) en la adolescencia es frecuente sentimientos de tristeza y desgano por todas las actividades, lo cual es evidente, la única variación, es que en cada adolescente se presenta en una intensidad y frecuencia distinta, asimismo la influencia de los factores protectores como la familia y sociedad, así como los factores de riesgo varían en cada persona y contexto (Domblás, 2016); la presencia de patrones emocionales y cognitivos de la depresión o su ausencia está ligada estrechamente al contexto interactivo, a la experiencia situacional e individual, en cuanto a las creencias personales (Lozano, et al., 2011).

Mientras que la ansiedad, para Beck y Clark (2010) es un trastorno emocional que se presenta con menos frecuencia e intensidad en la adolescencia, puesto se considera que su etiología está arraigada a un cuadro con tendencia a ser más patológico que los demás; sin embargo, en la adolescencia se suele presentar de forma moderada, ya que el sujeto en esta etapa del ciclo vital

empieza a dar mayor valía al sentido de vergüenza, temor en quedar el ridículo, más sensitivo ante las burlas, conllevándole a sentirse incomodo cuando es directamente el centro de atención o cuando tiene que demostrar alguna habilidad o capacidad frente a los demás (Papalia, et al., 2010), en tal sentido, los adolescente frente a contextos, de presión, sean escolares, laborales, social o familiares, pueden presentar patrones cognitivos y conductuales de ansiedad, que para Beck y Clark (2010) es parte de la regulación de todo ser humano, que le permite ajustarse a las normas pre establecidas por la cultura, además que regula la conducta de forma funcional, solamente cuando no afecta de forma significativa el desarrollo en cualquiera de las áreas su desempeño (García, Martínez, & Inglés, 2013), más si se considera un trastorno afectivo o problema emocional, cuando afecta directamente a su desarrollo individual e interactivo (Lozano, et al., 2011).

### 1.3.3. Escalas para la medición de la ansiedad y depresión

Para Lozano et al. (2011) la comprensión y evaluación de la depresión y ansiedad se realiza mediante la comprensión de sus dos macro factores y sus cuatro escalas:

*Depresión:* permite la identificación de la sintomatología de la depresión en infantes hacia adelante, indicando que “una elevada puntuación en esta escala indica un estado de ánimo depresivo o irritable, insomnio, o hipersomnia, inutilizada, perdida de energía, disminución de la capacidad de pensar, pérdida de apetito, y pensamiento suicida.” (p. 11).

En tal sentido, la depresión afecta al estado emocional del ser humano, generándole cansancio, afecta sus necesidades básicas, como la alimentación el sueño, la motivación de vivir, pudiendo recaer a patrones conductuales de inmolación.

*Ansiedad:* hace referencia al conjunto de sintomatología “psicofisiológicos asociados a la ansiedad, juntos a pensamientos intrusos, conductas de escape en situaciones sociales o agobio en lugares con mucha gente.” (pp. 11-12),

entonces puntuaciones elevadas reflejan síntomas de “tensión muscular, problemas inherentes a una correcta respiración, miedos, preocupaciones y pensamientos molestos” (p. 12).

Entonces, la ansiedad se encuentra estrechamente relacionada con los patrones cognitivos disfuncionales recurrentes, donde el sujeto por lo general le genera incomodidad estar en lugares públicos, asimismo interactuar directamente con otras personas.

*Inutilidad:* hace referencia a la “percepción que cada uno tiene sobre su valía en cuanto a la capacidad para enfrentarse a las tareas cotidianas de su contexto vital” (p.12), en tal sentido una puntuación alta refleja que el sujeto “no hace bien ninguna tarea, que duda constantemente sobre cómo hacer las cosas, que siempre necesita la ayuda de otras personas para enfrentarse a sus tareas, etc.” (p. 12) Optando en tal sentido en la mayoría de los casos por “estrategias de evitación o escape en lugar de afrontamiento adecuado” (p. 12).

De esta manera, caracteriza al sujeto por mantener un sentimiento de inutilidad frente a las actividades que realiza durante su vida diaria, pensando que no realizará de forma correcta sus labores, optando por la búsqueda de apoyo o sostén para su ejecución, sin embargo, por lo general optan por el escape, sin adaptarse al evento.

*Irritabilidad:* refleja la percepción de la persona en relación a la “capacidad para enfadarse y con sensación interna de rabia ante las situaciones cotidianas.” (p. 12) en tal sentido se debe de considerar, ya que hay la posibilidad de que pase desapercibido “como un componente de la depresión al conceptualizarlo como un simple problema de conducta, mala educación o al etiquetar al niño como una persona sin controles internos.” (p. 12).

Evidencia, un conjunto de conductas negativas además de un escaso control de impulsos intrínsecos, sin acatar las normas sociales pre establecido relacionado con la etiqueta social, inclinándose a irritarse ante cualquier acontecimiento, a pesar que este no sea significativo, asociado con la conducta (Lagos, 2015).

*Problemas de pensamiento:* a nivel cognitivo caracteriza a al ser humano por sentirse “inundada por pensamientos intrusivos, tiene tendencia a valorar las cosas desde la perspectiva más negativa y miedo a perder el control y las cosas que le pueden ocurrir.” (p. 12). Evidencia disfuncionalidad cognitiva, al presentar pensamientos automáticos, valoración negativa de su autoimagen, suponiendo que habrá un descontrol durante su actuar Martínez (Inglés, Trianes, & García, 2011).

*Síntomas psicofisiológicos:* evidencia en las personas rasgos “usualmente tensas, con dolores corporales, problemas respiratorios, dificultades en la conciliación o el mantenimiento del sueño” (p. 12). De esta manera, se relaciona con la somatización que el individuo puede realizar, ante cualquier dificultad, suele reflejar dolores o enfermedades a nivel corporal.

#### 1.3.4. Factores de la Ansiedad y a Depresión

Según Beck y Clark (2010), entre los factores inmersos en los trastornos afectivos, como es la ansiedad y la depresión, se agrupa un conjunto de 3 agentes activos ante tales cuadros psicológicos:

##### A. Predisponentes

Son aquellos, que predisponen al sujeto a presentar, así como a desarrollar la ansiedad o depresión, entre el más relevante se tiene en cuenta el factor biológico

(Fernández, 2003), es decir la carga genética que se hereda de los progenitores, genes que se transfieren en cada generación y que estructura el temperamento, con el cuál el ser humano llega al mundo, que puede predisponerlo a conductas funcionales o a la disfuncionalidad (Beck & Clark, 2010).

## B. Desencadenantes

Conforma el conjunto de factores que desencadenan o gatillan los patrones conductuales y afectivos de ansiedad y depresión, se conforman por acontecimientos o contextos de presión, es decir estresores (Muñoz, 2016), asimismo las interacciones sociales también forman parte de estos factores, englobando a todos aquellos que generan o favorecen, a la instauración y provocación de episodios depresivos y ansiosos (Beck & Clark, 2010)

## C. Mantenedores

Caracteriza a todos aquellos factores que conlleva a la perpetuación del conjunto de comportamientos y pensamientos, tanto para la ansiedad como de la depresión, de forma general se estructura a todas aquellas conductas y pensamiento repetitivos que llevan al ser humano de forma recurrente (Muñoz, 2016), además persistente y dañina hacia la situación que mantiene y refuerza trastorno afectivo, exponiendo su bienestar psicológico (Beck & Clark, 2010).

### 1.3.5. Sintomatología de la Ansiedad y Depresión

Según Beck y Clark (2010), la Distorsión de la percepción: hace referencia a los pensamientos automáticos del sujeto hacia su entorno, que se genera ante una situación (Martínez, Inglés, Cano & García, 2012), que conllevaría a la distorsión cognitiva que desencadena una emoción y finalmente una conducta de respuesta, se suele dar la generalización, la negatividad, pensamiento dicotómico de polaridad. (Beck & Clark, 2010)

*Reacciones fisiológicas:* Se Considera a todas aquellas reacciones del organismo frente al estímulo estresor que genera la ansiedad (Ospina, Hinestrosa, Paredes, Guzmán & Granados, 2011), pudiendo ser estas reacciones: la hiperhidrosis facial, palmar o general, asimismo la taquicardia, la fluctuación del ritmo cardiaco, rigidez motora, movimientos repetitivos, torpeza motora, entre otros, que se relacionan con la conducta visible del sujeto (Beck & Clark, 2010).

*Conductas de escape:* Entre las principales se tiene en consideración los dos escenarios posibles, la evitación, que caracteriza al sujeto por evitar la situación de presión que reconoce le genera ansiedad, asimismo el escape el cual estructura conlleva a huir frente a la vivencia que le estresara, se diferencia a la evitación que este se da en la experiencia ansiosa, mientras se ejecuta cuando ya se conoce de este acontecimiento (Beck & Clark, 2010).

Entre tanto en la depresión para Beck, et al. (2010) refieren que los principales síntomas se caracterizan por:

*La respuesta afectiva:* caracteriza al sujeto por emociones de tristeza, desanimo, abatimiento, desgano (Rodríguez, Dapía & López, 2014) de forma general a todas las emociones negativas, que puedan conllevas a la pérdida de la motivación e interés por las actividades placenteras. (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2010).

*Auto concepto negativo:* evidencia continuos pensamientos de inadecuación a su contexto, es decir no sentirse capaz de realizar actividades cotidianas, asimismo pensar que no será capaz de lograr ningún objetivo, por no contar con las habilidades y capacidades necesarias, teniendo una percepción de desvalida de sí mismo. (Beck, et al., 2010).

*Disminución de la productividad mental y de los impulsos:* el individuo no ejerce el rol participe en la contribución de su ambiente social, al sentirse sin energía, evidencia desgano mental, caracterizando un lenguaje lento, parsimonioso, con errores en su gesticulación y en ocasiones difícil de comprender, de igual manera sus impulsos primarios evidencian un déficit, reflejando una pérdida de apetito, de sueño (Tayeh, Gonzáles & Chaskel, 2016), asimismo en la actividad reproductora, si la hubiese, conductas de conservación, es por ello que en algunas ocasiones llegan al límite del auto flagelo que causa el suicidio. (Beck, et al., 2010).

*Generalización cognitiva:* muestra la polaridad en su pensamiento, siendo recurrente, en los límites, del mismo, por ejemplo, considera que nada puede hacer bien, asimismo coloca etiquetas, creen que no tienen ningún futuro (Tobal & Vindel, 2007), que las demás personas son mejores en todo sentido, que nunca llegará a ser alguien en la vida, entre otras, que le conlleva a generalizar las distintas situaciones vivenciadas. (Beck, et al., 2010).

*Problemas de agresión:* En algunas ocasiones los sujetos que presentan rasgos depresivos suelen contener la frustración, donde el individuo suele actuar durante un periodo de tiempo de forma implosiva (Núñez & Crismán, 2016), hasta que llega un punto de quiebre, donde se considera que la reacción se torna explosiva, es entonces donde se genera la agresión hacia el exterior, pudiendo ser con otros seres humano, animales u objetivos. (Beck, et al., 2010).

#### 1.3.6. Divergencia de la Ansiedad y Depresión, en el infante, adolescente y adulto

Considerando que la ansiedad y la depresión son trastornos de la emoción (Lozano, et al., 2011) afectan a toda la población, sin embargo Fernández (2009) refiere que su frecuencia se ha intensificado en la población infantil y adolescente, afectando con mayor intensidad al ámbito del desarrollo educativo y social de estas etapas; ya que “Los trastornos de ansiedad en la población infantil y adolescente tienen formas de presentación diferentes a las de los adultos y varían dependiendo de la etapa del crecimiento” (p. 100).

En la infancia y adolescencia, no se puede denominar de forma diagnóstica a la ansiedad y depresión como un trastorno emocional, puesto que los seres humanos en estas etapas del ciclo vital aún están en el desarrollo y consolidación de su personalidad (Navlet, 2012), en tal sentido solo se considera como patrones o rasgos, tanto para un cuadro ansioso como depresivo (Fernández, 2009), enmarcando así la primera diferencia, en contraste a la adultez donde ya se da la posibilidad de realizar un diagnóstico puesto que los sujetos se supone ya alcanzaron una madurez tanto física como psicológica para poder llevar a cabo una categorización patológica (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014).

En tal sentido, en la adultez la ansiedad se puede caracterizar según la Asociación Psiquiátrica Americana (2014), por una preocupación excesiva, que ocurre con anticipación ante un evento adverso que le produce aprensión, de forma recurrente, imposibilitando el control emocional, a pesar de haber desarrollado capacidades propias de su etapa evolutiva, asimismo para ser considerado como un trastorno de ansiedad tiene que cumplir con el criterio de 6 meses de residencia, de forma continua y pernicioso, lo cual caracteriza: Inquietud, o sensación de estar atrapado ante una situación, sin la capacidad para sobreponerse. Fatiga, con facilidad caracterizando un agotamiento general para el desempeño de las labores diarias, afectando directamente su funcionamiento laboral y social. Dificultad para mantener la concentración, a largo plazo, ocasionando vacíos mentales ante distintas situaciones. Irritabilidad, evidenciado en patrones conductuales y cognitivos, mostrando de forma recurrente hostilidad e ira, en explosión e implosión ante situaciones de presión. Tensión muscular, que se puede comprender desde una perspectiva de la somatización del individuo ante la ansiedad, siendo de mayor frecuencia las contracciones musculares, como en los hombros, la nuca, entre otros. Pérdida del sueño nocturno, es frecuente las dificultades para poder dormir en las horas cotidianas, además de continuar conciliándolo, asimismo de poder ser insatisfactorio, en cuanto a la renovación de energía física y mental, ocasionando un desgano general para la realización de actividades diarias, en las áreas social, laboral, familiar, entre otras que son relevantes para el desarrollo del ser humano (Rappe, 2016).

Asimismo, en la adultez el trastorno de ansiedad puede ser asociado a otro tipo de trastorno psicológico, como la fobia social, la obsesión, la paranoia, la timidez, entre otras (Sandi, 2000); además estos síntomas también pueden presentarse en los niños y adolescentes, con la diferencia que son menos frecuentes, en tal sentido para que sea considerado como patrones de ansiedad “En los niños, solamente se requiere un ítem.” (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014, p. 137)

Entre tanto, según Fernández (2009) en “los niños, existen diferentes miedos a lo largo del desarrollo que van variando y que no se pueden englobar dentro de un trastorno de ansiedad como tal. A diferencia de los miedos, la ansiedad es más difusa e inespecífica” (p. 95), en tal sentido los conjuntos de trastornos de ansiedad con frecuencia se relacionan con “preocupaciones irracionales que causan interferencia significativa en el funcionamiento del niño” (p. 95).

En tal sentido la ansiedad en la infancia y adolescencia se diferencia en la adultez, en cuanto a los factores que lo desencadenan, según Fernández (2009) se “suelen preocuparse en exceso por su rendimiento académico o la calidad de sus actuaciones no sólo en el ámbito familiar o social sino también en el medio escolar” (p. 95), connotando su ansiedad con una orientación escolar, con búsqueda del perfeccionismo en su desempeño y tareas académicas, asimismo con frecuencia presentan somatizaciones como “cefalea y dolor abdominal recurrente sin el hallazgo de una causa orgánica que explique el cuadro” (p. 95), también se genera una ansiedad por motivos como la separación de figuras de representación afectiva, por ejemplo “los niños con este trastorno suelen expresar miedo a perderse y no reunirse nunca más con sus padres” (p. 96), entonces el denotando del cuadro ansioso es distinto mientras que en el adulto su presentación es distinta su caracterización sería por motivos de otros tipos de pérdida, a diferencia de los infantes y adolescentes que tienen la necesidad de estar constantemente junto a sus progenitores o cualquier otra figura representativa de cuidado, de esta forma “pueden presentar quejas físicas entre las que están el dolor abdominal, náuseas y vómito. Pueden existir síntomas cardiovasculares como palpitaciones, vértigos y sensación de desmayo, aunque son poco frecuentes en niños pequeños” (p. 96).

Mientras que, en la adolescencia, esta ansiedad puede deberse con mayor frecuencia por la interacción social, caracterizando según Fernández (2009) “miedo persistente y acusado frente a situaciones sociales o actuaciones en público” (p. 96), distinguiendo de conlleva a evitar la participación de actividades escolares como “presentaciones y exámenes en los que pueden incluso reprobado por temor a preguntarle al maestro. Igualmente, pueden evitar su participación en actividades deportivas y si lo hacen suelen permanecer más bien aislados”

(p. 97), entre las diferencias más marcadas se refiere que “los adolescentes y adultos pueden reconocer que las situaciones sociales les causan un malestar significativo, los niños pueden no reconocerlo así” (p. 97), evidenciando la presentación de la ansiedad en las distintas etapas del desarrollo vital del ser humano.

Por otro lado, el cuadro depresivo en la adultez se caracteriza por la posibilidad de poder ser diagnosticado como trastorno, además de presentar entre sus características, según la Asociación Psiquiátrica Americana (2014), como la pérdida de interés o de placer, por actividades de ocio, práctica sexual, entre otras, que usualmente le producían satisfacción, asimismo sentimientos de vacío, tristeza y desesperanza, durante la mayor parte del día, sin importar el contexto, además llanto profundo durante la mayor parte del día, caracterizando un estado de ánimo susceptible e irritable frente a situaciones de presión, pérdida repentina de peso corporal, o la situación opuesta, que es subir de forma repentina de peso, por lo menos en un 5% por mes, insomnio, que caracteriza la pérdida del sueño, o en su opuesto la hipersomnia, que es el sueño excesivo, actividad psicomotora lenta o con agitación excesiva, a nivel operacional y cognitiva, Pérdida repentina de vitalidad para la realización de actividades, ocasionando el deterioro laboral y social, cogniciones y afectos de inutilidad para la realización de distintas actividades, ocasionando culpabilidad de forma gradual, generando el auto reproche y desvalorización de la autoimagen, disminución significativa de la capacidad de concentración, asimismo para la toma de decisiones y ejecución de actividades con congruencia, pensamientos irracionales y automáticos sobre la muerte, de sí mismo con mayor frecuencia, generando en ocasiones pensamientos e intentos concretos de suicidio y en ocasionar adicciones a sustancias psicoactivas, Como forma disfuncional de enfrentar el cuadro depresivo (Rojas, 2014)

Según Caballo (2007), la depresión en infantes, sobre todo en adolescentes, se caracteriza por un estado de irritación sensitiva, es decir frente a cualquier circunstancia, concluyendo en el llanto sólo en contextos individuales, cuando un infante o adolescente presenta rasgo de depresión.

De esta manera, suele caracterizarse por ser cohibido frente a circunstancias nuevas, poco sociable con las demás personas, auto infligirse culpa o daño emocional, sumiso, además de reservado, en tal sentido a nivel de adaptabilidad suele presentar dificultad para interactuar con la familia, sociedad y escuela, evidenciando hipo actividad, apatía, sentimientos de inutilidad, rechazando el juego lúdico con sus pares, en algunos casos puede darse la encopresis o enuresis, temores nocturnos, mientras que para la adolescencia esta sintomatología puede intensificarse a pensamientos suicidas, sentimientos de inferioridad, pérdida del sentido de vida, conductas disruptivas, entre otras.

En la infancia y adolescencia, ante un cuadro depresivo se puede observar el deterioro en las habilidades de socialización, para el juego lúdico, disminución significativa del rendimiento académico, posponer tareas escolares, desvalorización de la imagen personal, pérdida de placer por las actividades de esparcimiento, en algunos casos se puede dar situaciones de impulsividad en relación a la agresión (Caballo, 2007), caracterizando de esta manera el conjunto de patrones sintomatológicos distintos entre las etapas del ciclo vital de la infancia, adolescencia y adultez.

#### 1.3.7. Enfoque teórico explicativo de la ansiedad y la depresión

Según, Lozano et al. (2011) Señalan que la ansiedad y depresión son trastornos afectivos que se instauran a partir de “el modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento” (Beck & Clark, 2010, p. 67), en tal sentido su enfoque se denomina como, Modelo cognitivo situación, respuesta y estado (Lozano et al., 2011) que plantea Aron Beck en su propuesta teórica sobre los trastornos de la ansiedad y depresión, la cual tiene un soporte en la teoría cognitiva, que señala que los seres humanos al admitir pensamientos intrusivos en su evaluación cognitiva perjudican su estado emocional, lo cual también genera conductas verbales y no verbales, disfuncionales (Beck & Clark, 2010).

En tal sentido, este modelo teórico, según Beck y Clark (2010) se inicia ante una situación que es percibida y vivenciada como de presión, lo cual provoca

patrones disfuncional, lo cual lo denomina como respuesta que puede ser cognitiva, en cuanto a pensamientos automáticos o también denominados como intrusivos, así como sentimientos y emociones, que por lo general en cuadros ansiosos y depresivos suelen ser negativos en su gran mayoría, como tristeza, desanimo, abatimiento, ira en ciertas circunstancias, sumisión, desinterés, entre otros (Viedma, 2008), culminando en un estado final, que puede ser mostrado de forma implosiva, lo cual afecta directamente más al individuo, o de forma explosiva, cuando se exterioriza hacia el contexto. Siendo los sujetos implosivos lo que suelen estar más afectados y que a largo plazo, sus cogniciones y comportamientos puede impactar su contexto social (Lozano et al., 2011). De esta manera, para Beck y Clark (2010) “a pesar de esta falta de reconocimiento, la cognición desempeña una función mediadora importante entre la situación y el afecto” (p. 68), entonces esto se debe por que los “Los individuos suelen asumir que las situaciones y no las cogniciones (es decir, las valoraciones) son responsables de su ansiedad” (p. 68).

En tal sentido, este modelo teórico nos permite entender la depresión y la ansiedad desde una perspectiva, plenamente cognitiva, como frente a una situación en particular puede desencadenar una serie de reacciones a nivel de pensamiento comportamiento e inclusive fisiológicas, que deterioran el funcionamiento normativo del ser humano, entonces los pensamientos intrusivos serían los principales desencadenadores, frente a una situación de los cuadros ansiosos y depresivos (Beck & Clark, 2010). Entonces, según Lozano et al. (2011) el enfoque cognitivo permite la comprensión de la ansiedad y depresión, para su posterior evaluación, junto a las 4 escalas que la conforman, generando una aproximación precisa dentro del contexto de salud psicológica.

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

¿Cuáles son las propiedades Psicométricas del Cuestionario Educativo Clínico Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro.

## **1.5. Justificación del estudio**

Aporta como un antecedente relevante para futuras investigaciones interesadas en estudiar la variable ansiedad y depresión en poblaciones de adolescentes, así como al campo científico de línea psicométrica. Asimismo, Favorece a las propiedades psicométricas del instrumento en el centro poblado del Milagro, que no cuenta con antecedentes previos que permitan la posterior utilidad del test, a nivel social es relevante para la comunidad científica de investigación psicológica, además de la comunidad académica de línea psicométrica, aportando con hallazgos relevantes sobre las evidencias de validez del CECAD.

## **1.6. Objetivos**

### **1.6.1. General**

Determinar las propiedades Psicométricas del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro.

### **1.6.2. Específicos**

Obtener las evidencias de validez basadas en la estructura interna mediante el análisis factorial exploratorio de la interpretación de las puntuaciones del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro.

Establecer las evidencias de validez relacionada a otras variables mediante el analisis divergente de la interpretación de las puntuaciones del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) y de la escala de Resiliencia en estudiantes de secundaria del Milagro.

Realizar la confiabilidad mediante el metodo de consistencia interna de las puntuaciones del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro.

## II. MÉTODO

### 2.1. Diseño de investigación

Instrumental, el cual Montero y León (2007) refieren que son los estudios “encaminados al desarrollo de pruebas y apartados, incluyendo tanto el diseño (o adaptación) como el estudio de las propiedades psicométricas los mismos” (p. 856).

### 2.2. Variables, Operacionalización

Tabla 1

*Operacionalización de las variables ansiedad y depresión*

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Ansiedad	“afectan a tres áreas del funcionamiento del niño: cogniciones, conductas y reacciones somáticas, condicionan su desempeño escolar, social y personal” (Lozano, et al., 2011, p. 9)	En la investigación se asumirá la definición de medida en función de las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario Eucativo Clínico: Ansiedad y Depresión, mediante sus dos factores.	Problemas de pensamiento: “la persona se siente inundada por pensamientos intrusivos, tiene tendencia a valorar las cosas desde la perspectiva mas negativa y miedo a perder el control y a las cosas que le pueden ocurrir” (Lozano, et al., 2011, p. 12). Compuesto por: 1, 27, 25, 32, 36, 45, 4, 18  Síntomas psicofisiológicos: Las personas se muestran usualmente tensas, con dolores corporales, problemas respiratorios, dificultades en la conciliación o mantenimiento del sueño, temblor de manos, etc. (Lozano, et al., 2011, p. 12). Compuesto por: 7, 13, 23, 33, 48, 8, 15, 2, 12, 20, 26, 35, 37, 46, 6, 9, 10	Intervalo  Favorece en la comparación exacta de los valores atribuidos a un individuo en una medición específica de un atributo, que al mismo tiempo puede ser comparado con los resultados de un grupo de sujetos en la medición del mismo atributo (Alarcón, 2013).
Depresión	“un estado alterado del humor caracterizado por un estado disforico similar a la depresión adulta”(Lozano, et al., 2011, p. 8)		Inutilidad: “la percepción que cada uno tiene sobre su valia, en cuanto a la capacidad para enfrentarse a las tareas cotidianas de su contexto vital” (Lozano, et al., 2011, p. 12). En los cuales se encuentran los items: 5, 11, 17, 22, 29, 34, 39  Irritabilidad: “se percibe con una alta capacidad para enfadarse y consensación interna de rabia ante las situaciones cotidianas” (Lozano, et al., 2011, p. 12). Constituido por: 1, 27, 25, 32, 36, 45, 4, 1	

## 2.3. Población y muestra

### 2.3.1. Población

La población estuvo conformada por 1236 adolescentes, de ambos géneros, entre los 12 y 17 años de edad, pertenecientes a tres instituciones educativas nacionales las cuales son Señor de los Milagros, Simón Bolívar, Julio Gutiérrez Solari del primero al quinto grados de educación secundaria, del Milagro.

Tabla 2

*Distribución de la población por institución educativa grados y genero*

Instituciones Educativas	Frecuencia	Porcentaje	Grados	Género		Total
				Femenino	Masculino	
I.E 1	87	7%	1°	29	22	51
			2°	12	11	23
			3°	4	2	6
			4°	4	3	7
			5°	0	0	0
Sub Total				49	38	87
I.E 2	239	19%	1°	28	19	47
			2°	29	30	59
			3°	27	26	53
			4°	21	21	42
			5°	15	23	38
Sub Total				120	119	239
I.E 3	910	74%	1°	116	100	216
			2°	92	91	183
			3°	91	88	179
			4°	79	92	171
			5°	71	90	161
Sub Total				449	461	910
TOTAL	1236	100%		618	618	1236

### 2.3.2. Muestra

Se halló el tamaño de la muestra utilizando un nivel de confianza del 95%, con un margen de error esperado del 4%, obteniendo una muestra conformada por de 404 adolescentes de ambos géneros, del primero al quinto grados de educación secundaria, de tres Instituciones Educativas públicas del distrito del centro poblado El Milagro. *Nota:* Procedimiento para obtener la muestra, Ver anexo 1.

### 2.3.3. Muestreo

Se utilizó un tipo de muestreo probabilístico estratificado, el cual consiste en “dividir la población en grupos, colocando en cada “estrato” unidades similares, que presenten pocas variaciones entre ellas. De esta manera, cada estrato será internamente homogéneo, debiendo existir entre los estratos muy claros y precisos límites” (Alarcón, 2013, p. 242).

En tal sentido, se utilizó la fracción muestral para obtener la muestra estratificada, por grado y género:

$$f = \frac{n}{N}$$

Tabla 3

*Leyenda de los parámetros estadísticos para obtener el porcentaje del muestreo*

Parámetro Estadístico	Valor
n = Tamaño de muestra	404
N = Población General	1236

Reemplazando por valores numéricos:

$$f = \frac{404}{1236}$$

$$f = .32686084$$

Obteniendo el porcentaje del muestreo:

$$f = .327$$

Tabla 4

*Distribución muestral estratificada según grados y género, del primero al quinto grados de educación secundaria de las tres instituciones educativas nacionales las cuales son Señor de los Milagros, Simón Bolívar, Julio Gutiérrez Solari Educativas del centro poblado El Milagro*

Instituciones Educativas	Grados	# a evaluar de mujeres	Género		Total
			# a evaluar de hombres		
I.E 1	1°	9	7		16
	2°	4	4		8
	3°	1	1		2
	4°	1	1		2
	5°	0	0		0
I.E 2	1°	9	6		15
	2°	9	10		19
	3°	9	9		18
	4°	7	7		14
	5°	5	8		13
I.E 3	1°	37	33		70
	2°	30	30		60
	3°	30	29		59
	4°	26	30		56
	5°	23	29		52
Total		202	202		404

## 2.4. Criterios de Selección

### 2.4.1. Criterios de inclusión

- Alumnos matriculados en el año académico 2017 en los colegios Señor de los Milagros, Simón Bolívar, Julio Gutiérrez Solari.
- Alumnos que cursen del primero, al quinto grado de educación secundaria.
- Alumnos que participen de forma voluntaria y dispuesta.
- Alumnos que tengan edades entre 12 y 17 años de edad.

### 2.4.2. Criterios de exclusión

- Alumnos que marquen de forma incorrecta o no completen el Cuestionario.
- Alumnos que falten a clases el día de la administración del instrumento.

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

### 2.5.1. Técnica

Se utilizó la evaluación psicométrica, mediante la aplicación del Cuestionario Educativo Clínico de Ansiedad y Depresión, en el proceso sistematizado de la solución del problema, partiendo por la evaluación, mediante implícitas actividades profesionales científicas, con uno o más grupo de sujetos (Ballesteros, 2013).

### 2.5.2. Instrumento

El cuestionario Educativo-Clínico Ansiedad y Depresión, en sus siglas CECAD (Ver Anexo 2), fue adaptado por Luis Lozano Gonzales, Eduardo García Cueto y Luis Manuel Lozano Fernández durante el 2011, su administración es tanto individual como colectiva, con un tiempo de ejecución de 20 minutos aproximadamente, su ámbito de aplicación es en sujetos desde los 7 años hacia adelante, con la finalidad de evaluar de forma global la ansiedad y depresión, a través de los cuatro factores que la componen, que son la: inutilidad, asimismo la irritabilidad, además los problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos.

*Validez:* el análisis de sus reactivos alcanza índices de .381 a .679, además utilizando el análisis factorial exploratorio por el método Minimum Rank Factor Analysis por rotación oblicua, un índice de KMO de .93, con una varianza explicada de 54%, con cargas factoriales mayores a .30, asimismo la prueba de esfericidad de Bartlett evidencia ( $p < .01$ ), el análisis factorial confirmatorio, obtiene índices de ajuste, comparativo (CFI) de .961, de Bondad (GFI) de .967, con un error cuadrático medio de aproximación (RMSE) .026. Miranda (2013) obtiene una validez, mediante el análisis factorial exploratorio, un índice Kasser-Mayer y Olkin de .93, con una varianza explicada del 56%, componiendo un modelo de 14 factores.

*Confiabilidad:* Obtenida mediante el método de Consistencia Interna, con el procedimiento del Coeficiente Alfa, con valores que oscila entre .83 a .91. Miranda (2013) obtiene una fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach de .896 para el total, mientras que para las sub escalas oscila de .83 a .91.

## **2.6. Método de análisis de datos**

Luego de recolectar los datos de la muestra, se procedió a la organización de la información en el programa Excel 2016, para después exportarla al IBM SPSS Statistics versión 23.0 y el software AMOS versión 21.0, para la obtención de las propiedades psicométricas del cuestionario Educativo-Clínico Ansiedad y Depresión, en sus siglas CECAD. Se realizó la validez de Constructo, mediante los análisis factorial exploratorio se obtuvo las cargas factoriales, comunalidades y la varianza explicada; además se efectuó la validez divergente, en el SPSS versión 23 utilizando la Escala de Resiliencia en sus siglas ER, utilizando la correlación mediante el Rho de Spearman, además se obtuvo la siguiente propiedad, de igual manera se estableció la fiabilidad mediante el método de consistencia interna, del coeficiente el Omega, en una plantilla de excel.

## **2.7. Aspectos éticos**

Se considera lo señalado por Código de Ética del Psicólogo Peruano (2014), el cual señala entre los aspectos importantes que debe contar toda investigación: *Confidencialidad*, expuesto en el capítulo IV, del artículo 20 hace referencia a proteger la información recopilada durante la evaluación psicológica, sin que estos datos sean utilizados por otras personas u organizaciones, el artículo 24 refiere que toda información obtenida del evaluado estará en estricto secreto profesional. *Declaraciones públicas*, manifestado en el capítulo V, el artículo 27 evidencia que el psicólogo no brindara de forma indeliberada la información del evaluado, a excepción que esta información comprometa el bienestar individual o colectivo. *Actividades de Investigación*, referido al capítulo XI, del artículo 81, se le informara al evaluado sobre las actividades a realizar, el artículo 83 el evaluador considera la libre participación del sujeto, y el artículo 84 donde se llega a un acuerdo beneficioso, para ambas partes (Ver Anexo 3).

### III. RESULTADOS

#### 3.1. Análisis preliminar de los ítems del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro.

Tabla 5

*Media, desviación estándar, asimetría y curtosis (N=404)*

Item	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis
1	2.884	.830	-.068	1.062
2	2.176	1.121	.615	-.458
3	2.010	.961	.588	-.316
4	1.463	.852	1.335	1.405
5	2.418	1.096	.476	-.349
6	2.255	1.117	.579	-.457
7	1.735	1.007	1.195	.478
8	2.376	1.182	.516	-.553
9	1.649	.927	1.224	.414
10	2.015	1.109	.847	-.089
11	2.446	1.144	.414	-.608
12	2.403	1.113	.315	-.676
13	2.017	1.092	.769	-.270
14	1.894	1.139	1.112	.274
15	2.252	1.196	.562	-.624
16	2.151	1.100	.664	-.300
17	2.297	1.284	.669	-.625
18	2.366	1.220	.540	-.544
19	2.364	1.070	.284	-.653
20	2.087	1.129	.774	-.212
21	1.698	1.032	1.434	1.231
22	1.995	1.080	.925	.243
23	2.012	1.169	.818	-.440
24	1.906	1.060	1.019	.316
25	2.282	1.220	.592	-.607
26	2.064	1.087	.885	.224
27	2.079	1.042	.688	-.123
28	2.223	1.023	.464	-.391
29	1.995	1.147	.962	.038
30	1.639	.965	1.493	1.462
31	2.228	1.079	.550	-.288
32	2.327	1.137	.444	-.646
33	1.866	1.079	1.091	.349
34	2.297	1.183	.618	-.399
35	2.230	1.113	.576	-.395
36	2.569	1.197	.355	-.625
37	2.453	1.196	.366	-.737
38	2.235	1.186	.640	-.443
39	2.094	1.177	.899	-.033
40	2.134	1.119	.759	-.188
41	2.384	1.168	.457	-.580
42	2.406	1.246	.533	-.660
43	2.047	1.112	.800	-.132
44	2.020	1.183	.983	.059
45	1.988	1.088	.908	.077
46	2.015	1.118	.870	-.055
47	2.275	1.130	.461	-.549
48	2.101	1.085	.675	-.393
49	1.908	1.052	1.020	.465
50	1.718	1.042	1.444	1.387

En la tabla 5, se observa el análisis preliminar de los ítems. Donde el ítem 4 presenta la media más baja (Media = 1.463) y el ítem 1 posee la media más alta (Media = 2.884). La desviación estándar oscila entre .830 y 1.284; asimismo, se aprecia que en los ítems los valores de asimetría y curtosis son inferiores a +/- 1.5, de lo cual se concluye hay presencia de normalidad multivariada.

### 3.2. Evidencias de Validez basadas en la estructura interna

Previo a la realización del análisis factorial exploratorio del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión en estudiantes de secundaria del Milagro, se exploró los índices de adecuación muestral. Se calculó el test KMO de .923; la prueba de esfericidad de Bartlett de ( $X^2=7457,033$ ;  $gl=924$ ;  $p<.001$ ); y el determinante de .000. Tales resultados permiten la viabilidad del AFE.

Tabla 6

*Extracción de Factores por método de máxima verosimilitud y rotación oblicua, del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)*

Ítems	Factor				h <sup>2</sup>
	F1	F2	F3	F4	
29	.688				.426
11	.633				.379
5	.600				.300
18	.548				.346
17	.547				.319
22	.523				.369
34	.466				.378
39	.451				.390
20	.450				.291
32	.406				.454
37	.398				.331
31	.397				.344
25	.397				.377
36	.386				.349
2	.323				.181
27	.316				.304
6	.302				.228
28	.296				.268
16	.294				.234
15	.265				.196
42	.244				.265
1	.210				.137
50		-.925			.683
49		-.758			.597
30		-.557			.397
44		-.555			.399
48		-.537			.437
47		-.507			.404
45		-.452			.435
21		-.398			.279
43		-.378			.274
46		-.345			.274
4		-.294			.272
3		-.162			.152
7			.683		.409
13			.626		.448
33			.527		.393
9			.522		.263
10			.414		.338
14			.408		.324
8			.337		.221
23			.325		.240
12			.293		.235
35			.279		.341
24				.389	.391
40				.325	.351
26				.298	.357
41				.297	.318
38				.287	.392
19				.233	.166
% Var.	25.862	3.728	2.143	1.578	
		Correlación inter factores			
F1	1				
F2	-.463	1			
F3	.561	-.483	1		
F4	.315	-.402	.291	1	

En la tabla 6, se aprecia tres factores extraídos que explica el 33.310% de la varianza total del test y comunalidades que varía entre .137 a .683, Además, las correlaciones entre factores superan .30, a excepción de la correlación entre el factor 3 y 4.

### 3.3. Evidencias de validez relacionadas a otras variables mediante el análisis divergente

Tabla 7

*Análisis de la relación entre la escala del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) y la escala de Resiliencia en estudiantes de secundaria del Milagro (N=404)*

rho	Satisf. Pers	Ecuan.	Sentirse bien Solo	Conf. en Sí Mismo	Persev.	Resil.
Inutilidad	.071	-.015	.022	-.003	-.034	.004
Síntomas Fisiológicos	.110*	.062	.097	.044	.006	.068
Irritabilidad	.096	.047	.068	.053	.030	.058
Problemas de Pensamiento	.106*	.053	.053	.043	.002	.054
CECAD	.108*	.036	.072	.031	-.005	.049

En la tabla 7, se aprecia la matriz de índices de relación entre las dimensiones del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión, que oscila de -.005 a .110 con la dimensión satisfacción personal de la escala de resiliencia, entanto, en las demás sub-escalas no se aprecia significancia estadística en las relaciones.

### 3.4. Evidencias de validez de la estructura interna, por consistencia interna

Tabla 8

*Estadísticos de fiabilidad del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro (N=404).*

Factores	Media	DE	$\Omega$
F1	37.24	11.045	.874
F2	35.71	10.245	.851
F3	15.54	5.393	.789
F4	17.96	5.400	.773

En la tabla 8, se aprecia los índices de fiabilidad según el coeficiente de consistencia interna Omega, el cual reporta índices que varían de .773 a .874 en los factores del instrumento.

#### IV. DISCUSIÓN

El desarrollo de la tesis, permitió determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión, en sus siglas CECAD, para una población de 1236 estudiantes, de ambos géneros, entre los 12 a 17 años de edad, pertenecientes a tres instituciones educativas nacionales del centro poblado El Milagro, de los cuales se obtuvo una muestra probabilística estratificada de 404 sujetos, a quienes se le administró el instrumento, que mide según Lozano, et al. (2011) las variables de, ansiedad definida como el deterioro a las “áreas del funcionamiento del niño: cogniciones, conductas y reacciones somáticas, condicionando su desempeño escolar, social y personal” p. 9), y la Depresión que hace referencia a “un estado alterado del humor caracterizado por un estado disforico similar a la depresión adulta” (p. 8).

Ello se evidencia, en el desarrollo de los objetivos específicos, para el primero, se obtuvo las evidencias de validez, definida como el grado en que las evidencias empíricas y las teóricas permiten la interpretación de los resultados (Prieto & Delgado, 2010), de estructura interna, la cual según Elosua (2003) es el grado de relación entre los ítems así como los componentes estructuran a la variable, para lo cual se realizó el análisis factorial exploratorio, como procedimiento para identificar la matriz factorial adecuada en la población de estudio (Lloret, Ferreres, Hernández & Tomás, 2014), se utilizó el análisis previo mediante el test de esfericidad de Bartlett obteniendo un valor de .000, de apreciación estadísticamente significativa en las correlaciones de los ítems (Méndez, 2012), asimismo el índice de adecuación muestral Kaiser-Mayer-Olkin, de .92, según Alarcón (2013) refleja un nivel excelente en la estructura de datos muestrales.

De esta manera se identificó una estructura tetra factorial, con cargas factoriales de -.162 a .925, de valoración insuficiente a óptima para la correspondencia entre los ítems de un mismo factor (Lloret, et al., 2014), además las comunalidades, que explica por ítem la varianza en relación a los demás reactivos, alcanza puntajes de .137 a .683, con una valoración también de insuficiente a óptima (Lloret, et al., 2014), dando como último resultado un porcentaje de la varianza acumulada total del 33.31%, valor para Lloret, Ferreres, Hernández y Tomás (2014) referente, puesto

que estadísticamente no es un indicador concluyente para la estructura factorial, en tal sentido la estructura factorial obtenida es distinta a la propuesta por el modelo teórico de la adaptación utilizada, requiriendo por ende probar con este modelo factorial, aportando el presente análisis factorial exploratorio con datos relevantes a nivel metodológico a investigaciones posteriores (Ballesteros, 2013).

En comparación a los estudios de, Ruiz (2013) al realizar una análisis factorial exploratorio en su muestra de estudio, obtuvo una estructura factorial distinta, que alcanzaban cargas factoriales sobre el .30, con una varianza explicada del 68%, ello se debe porque comparten características sociodemográficas, al pertenecer las poblaciones a la misma región (Mathiesen, Castro, Merino, Mora & Navarro, 2013), asimismo Miranda (2013) indicó una estructura distinta al del cuestionario para medir la variable, alcanzando saturaciones mayores a .20, con un porcentaje de la varianza explicada total del 56%, compartiendo la particularidad sociodemográfica con los estudios anteriores, a diferencia del estudio de Lozano, et al. (2011), que alcanzó cargas factoriales sobre el .20 con una varianza explicada total mayor al 50%, debido a que su estudio estuvo orientado a la creación y validación del instrumento para la población de estudio, mostrando propiedades psicométricas pertinentes al tener un enfoque al universo (Campo & Oviedo, 2008).

Asimismo, se estableció las evidencias de validez en la relación con otras variables, mediante el análisis divergente, la cual hace referencia a “correlaciones muy bajas con otros test que miden rasgos que se estiman diferentes al rasgo que mide el test” (Alarcón, 2013, p. 277), para lo cual se utilizó la escala de Resiliencia, realizando la correlación mediante el coeficiente Rho de Spearman Brown, por tener los datos muestrales una distribución asimétrica, obteniendo en sus factores correlaciones de -.005 a .110, de apreciación en su correlación según Prieto y Delgado (2010) de negativa muy débil casi inexistente a positiva muy débil, lo cual indica la presencia de una validez discriminante entre ambos instrumentos al discrepar en sus correlaciones, alcanzando una valoración inexistente entre perseverancia, con Síntomas Fisiológicos, Problemas de Pensamiento, y la variable total, connotando que ambos instrumentos miden constructos diferentes (Campo & Oviedo, 2008).

Continuando, el siguiente objetivo específico, se identificó las evidencias de validez por consistencia interna, referencia a la obtención de puntajes similares en una serie de mediciones (Campo & Oviedo, 2008) mediante el método de consistencia interna, que refleja la congruencia de los ítems que dicen medir un mismo constructo (Argibay, 2006), se realizó el coeficiente Omega, que utiliza las cargas factoriales estandarizadas para su apreciación (Ventura & Caycho, 2017), alcanza valores de .773 a .874, de valoración según Campo y Oviedo (2008) de aceptable.

Valores similares alcanzaron las investigaciones de, Ruiz (2013) con un alfa total del .936, Miranda (2013), obtuvo que para Alfa de Cronbach de 0896 para el total, asimismo para las sub escalas de .83 a .91, de igual manera Vásquez (2013) alcanza un índice en Depresión de .938, asimismo en ansiedad de .898, y para sus escalas oscila de .767 a .878, y Lozano, et al. (2011) alcanza valores de valores que oscila entre .83 a .91, de valoración muy respetable a Elevada en criterio de Morales (2007), indicando la “estabilidad y constancia de los puntajes, esperándose que no presenten variaciones significativas en el curso de una serie de aplicaciones del test” (Alarcón, 2013, p. 280). De esta manera, considerando los índices de validez y confiabilidad obtenidos, según Lloret, et al. (2014) no permitiría la elaboración de las normas percentilares, así como los puntos de corte para la población de estudio, debido a que los puntajes hallados no alcanzan los criterios establecidos a nivel estadístico para generar estas contribuciones que permiten la interpretación del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (Alarcón, 2013), aportando a nivel metodológico en el campo de investigación psicológica.

Finalmente, se logró determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión, en sus siglas CECAD, en estudiantes de tres instituciones educativas nacionales del centro poblado El Milagro, concluyendo que las evidencias de validez dan lugar a una utilidad a nivel metodológico, considerando que para ser usados para evaluaciones se requiere llevar procedimientos de valoración de la validez de la estructura factorial identificada.

## V. CONCLUSIONES

Se determinó las propiedades psicométricas del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión, en tres instituciones educativas nacionales en El Milagro, de utilidad a nivel metodológico, en la investigación psicológica.

Se obtuvo las evidencias de validez basadas en la estructura interna mediante la técnica del análisis factorial exploratorio de la interpretación de los puntajes, obteniendo cargas factoriales de  $-.162$  a  $.925$ , además comunalidades, de  $137$  a  $.683$ , ambas de mínima a óptima, y una varianza referencial del  $33.31\%$ .

Se estableció las evidencias de validez, relacionadas a otras variables, mediante el análisis divergente de las interpretaciones de los puntajes con la escala de Resiliencia obteniendo correlaciones de  $-.005$  a  $.110$ , de negativa muy débil casi inexistente a positiva muy débil, mostrando discrepancia en los constructos.

Se identificó las evidencias de validez por consistencia interna, obteniendo los índices del coeficiente Omega de  $.773$  a  $.874$ , de valoración aceptable.

## **VI. RECOMENDACIONES**

Ampliar el estudio de las propiedades psicométricas del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión a toda la provincia de Trujillo, que permita contar con un instrumento que cuente con las evidencias de validez pertinentes a la realidad donde se pretende su utilización.

Tener en cuenta que se obtuvo una estructura tetra factorial, la cual evidencia una distribución de los reactivos distinta a la propuesta por el modelo teórico sugerido.

Obtener las evidencias de validez basadas en la estructura interna, utilizando la técnica del análisis factorial confirmatorio, según la estructura factorial obtenida en el exploratorio, para comprobar el ajuste del modelo obtenido al modelo estimado, posteriormente realizar la validez de contenido de la distribución del test mediante el criterio mínimo de 12 jueces expertos para establecer el contenido de cada factor identificado según la estructura subyacente identificada.

Considerar que la investigación realizada aporta sólo a nivel metodológico, por las evidencias de validez obtenidas para la estructura interna y en la consistencia interna, constituyendo un referente científico a posteriores investigaciones de línea instrumental.

## VII. REFERENCIAS

Alarcón, R. (2013). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. (2a ed.). Lima: Universidad Ricardo Palma.

American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM 5*. Washington, DC.: APA.

Argibay, J. (2008). Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. *Subjetividad y Procesos cognitivos*, 8(1), 15-33.

Ballesteros, F. (2013). *Evaluación Psicológica*. (2da Ed.). Madrid: Pirámide

Beck, A. & Clark, D. (2010). *Terapia Cognitiva para trastornos de Ansiedad*. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2010.

Beck, A. & Clark, D. (2012). *Terapia Cognitiva para trastornos de Ansiedad*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2010.

Campo, A. & Oviedo, H. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Revista de Salud Pública*, 10 (5), 831-839.

Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. (7ma ed.). España: Siglo XXI.

Chávez, E. (2004). *Estrategias de Afrontamiento a la Ansiedad de Evaluación y su Relación con el Desempeño Académico en estudiantes universitarios incorporados a Modelos Educativos Innovadores*. (Tesis para obtener el grado de maestría en psicología). Universidad de Colima, Col., México.

Centro de salud Jerusalén (2016). *Registros de atenciones de salud mental del Centro Poblado el Milagro*. Consultado el 13 de octubre en la Micro Red de la Esperanza: Ministerio de salud Micro Red.

Código de Ética del Psicólogo Peruano (2014). *Código de ética del Psicólogo*. Consejo directivo Nacional. Recuperado de: <http://csp.org.pe/sites/default/files/resoluciones/admin-resolucion-11430867342.pdf>

Domblás, A. (2016). *Ansiedad, Personalidad y Rendimiento Académico en alumnado de Educación Primaria*. (Tesis para obtener el grado de Doctor). Universidad Pública de Navarra. Pamplona, España.

Erikson, E. (1992). *Identical, Juventud y crisis*. Madrid: Taurus

Fernández, M. (2009). Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: particularidades de su presentación clínica. *Psimonart*, 2 (1), 93-101

Fernández, A. (2015). Aplicación del análisis factorial confirmatorio a un modelo de medición del rendimiento académico en lectura. *Ciencias Económicas*, 33(2), 39-66.

Fernández, A. (2003). *Psicología de la emoción y la motivación*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

García, J. (2009). Validación del "inventario de razones para vivir" (RFL) en sujetos con conducta suicida de Colombia. *Revista Colombiana Psiquiátrica*. 38(1), 68-81.

García, J., Martínez, M. & Inglés, C. (2013). ¿Cómo se relaciona la Ansiedad Escolar con el Rendimiento Académico? *Revista Iberoamericana de*

*Psicología y Salud*, 4(1), 63-76. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245126428003>

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ta ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

Lagos, N. (2015). *Adaptación y Validación Psicométrica del Inventario de Ansiedad Escolar (IAES) en una muestra de estudiantes chilenos de Educación Secundaria*. (Tesis para optar el grado de Doctor). Universidad Miguel Hernández, Alicante, España.

Lara, A. (2013). Introducción a las ecuaciones estructurales en Amos y R. *Guía de referencia*. Recuperado de:  
[http://masteres.ugr.es/moea/pages/curso201314/tfm1314/tfm-septiembre1314/memoriasterantonio\\_lara\\_hormigo/!](http://masteres.ugr.es/moea/pages/curso201314/tfm1314/tfm-septiembre1314/memoriasterantonio_lara_hormigo/)

Lozano, L., García, E. & Lozano, I. (2011). *Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión*. Madrid: TEA Ediciones

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.

Martínez, M., Inglés, C., Cano, A. & García, J. (2012). Estado de la Investigación sobre la Teoría Tridimensional de la Ansiedad de Lang. *Universidad Miguel Hernández de Elche*, 18 (3), 201 -219.

Martínez, M., Inglés, C., Trianes, M. & García, J. (2011). Perfiles de Ansiedad Escolar: Diferencias en Clima Social y Violencia entre Iguales. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(3), 1023-1042. Recuperado de: <http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/new/ContadorArticulo.php?607>

- Mathiesen, M., Castro, G., Merino, J., Mora, O. & Navarro, G. (2013) Diferencias en el desarrollo cognitivo y socioemocional según sexo y edad. *Estudio Pedagógicos*, 2 (39). Recuperado de: [http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-07052013000200013&script=sci\\_arttext](http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-07052013000200013&script=sci_arttext)
- Méndez, C. (2012). Introducción al análisis factorial exploratorio. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 197-207
- Miranda, M. (2013). *Propiedades psicométricas del Cuestionario Educativo – Clínico: Ansiedad y Depresión en alumnos del nivel primario*. (Tesis de para obtener la licenciatura en psicología), Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
- Morales, V. (2007). La fiabilidad de los tests y escalas. *Universidad Pontificia Comillas*, Madrid. Recuperado de <http://web.upcomillas.es/personal/peter/estadisticabasica/Fiabilidad.pdf>.
- Montero, I. & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862
- Muñoz, M. (2016). *Evaluación de las variables de personalidad que favorecen el éxito laboral valoradas por los cuadros de mando del Ejército de Tierra y su incidencia en los militares de tropa profesional*. (Tesis para optar el grado de Doctor). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Navlet, M. (2012). *Ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento en el ámbito deportivo: un estudio centrado en la diferencia entre deportes*. (Tesis para optar el grado de Doctor). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Núñez, I. & Crismán, R. (2016). La Ansiedad como variable predictora de la Autoestima en adolescentes y su Influencia en el Proceso Educativo y en la Comunicación. *Revista Iberoamericana de Educación*. 71(2), 109-128.

- Ospina, F., Hinestrosa, M., Paredes, M., Guzmán, Y. & Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Salud Pública*, 13(6), 908-920.
- Organización Mundial de la Salud (abril, 2016). La depresión. *OMS nota de prensa*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Papalia, E., Wendkos, S., & Duskin, R. (2010). *Desarrollo humano* (10ma ed.). México: McGraw Interamericana.
- Perú21 (octubre, 2012). Cuatro de cada diez peruanos sufren algún problema de salud mental. *Grupo El Comercio*. Recuperado de: <http://peru21.pe/vida21/cuatro-cada-diez-peruanos-sufren-algun-problema-salud-mental-2045957>
- Pérez, E., Medrano, L. & Sánchez, J. (2013). El Path Analysis: conceptos básicos y ejemplos de aplicación. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 5 (1), 52-66.
- Prieto, G. & Delgado, A. (2010). Fiabilidad y Validez. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 67-74.
- Rappe, R. (2016). *Ansiedad en Niños y Adolescentes: Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Aliadas de Niños y Adolescentes.
- Rodríguez, A., Dapía, M. & López, A. (2014). Ansiedad ante los Exámenes en alumnado de Educación Secundaria Obligatoria. *Revista de Estudios e Inversión en Psicología y Educación*, 1(2), 132-140.
- Rojas, E. (2014). *Como superar la ansiedad*. Barcelona: Editorial Planeta Libros S.A.

- Ruiz, K. (2013). *Propiedades psicométricas del cuestionario educativo clínico: ansiedad y depresión en estudiantes de secundaria de Trujillo*. (Tesis de para obtener el grado de licenciatura), Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
- Sánchez, H. & Reyes, C. (2009). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: Editorial Visión Universitaria.
- Sandi, C. (2000). *Estrés: aspectos psicobiológicos y significado funcional*. Madrid: Sanz y Torres.
- Tayeh, P., Gonzáles, P. & Chaskel, R. (2016). Trastornos de la ansiedad en la infancia y adolescencia. *Precop SCP*, (15) 1, 6-18.
- Tobal, M. & Vindel, C. (2007). *Inventario de Situaciones y respuestas de Ansiedad (ISRA)*. Manual (6ªed.). Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Vásquez, S. (2013). *Propiedades psicométricas del Cuestionario Educativo – Clínico: Ansiedad y Depresión en alumnos del nivel primario de Piura*. (Tesis de para obtener el grado de licenciatura), Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
- Ventura, J. & Caycho, T. (2017). El coeficiente omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 25(1), 625-627.
- Viedma, M. (2008). *Mecanismos Psicofisiológicos de la Ansiedad Patológica: Implicaciones Clínicas*. (Tesis para optar el grado de Doctor). Universidad de Granada, Granada, España.

## ANEXOS

### Anexo 1.

*Procedimiento estadístico para obtener la muestra*

$$n = \frac{1236 * 1.96^2(50 * 50)}{(1236 - 1)04^2 + 1.96^2(50 * 50)}$$

$$n = \frac{1236 * 3.8416(25)}{(1235)0016 + 3.8416(25)}$$

$$n = \frac{1236 * 9604}{1.976 + 9604}$$

$$n = \frac{1187}{2.9364}$$

$$n = 404$$

## Anexo 2

### Instrumento: Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)

Adaptado por Mirando Rodríguez Mayra Cecilia (2013)

# CECAD

		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Estoy nervioso					
2	Duermo peor que antes					
3	Me encuentro mal cuando estoy entre gente					
4	Pienso en hacerme daño a mí mismo					
5	Tan pronto estoy de buen humor como de mal humor.					
6	Me despierto muchas veces durante la misma noche.					
7	Tengo la sensación de que me falta el aire para respirar.					
8	Me relajo con dificultad.					
9	Se me quedan dormidos los brazos, manos, pies y piernas.					
10	Me cuesta mucho dormir.					
11	Me enfado con facilidad.					
12	Tengo mucho sueño durante el día.					
13	Siento dolores en el pecho.					
14	Me siento mal en los lugares que se me es difícil escapar.(ascensor, autobús, aula)					
15	Ahora tengo menos ganas de comer que antes.					
16	Cuando estoy entre gente procuró en marcharme a otro lugar.					
17	Lloro con facilidad.					
18	Me preocupa perder el control de mí mismo.					
19	Los demás pueden hacer la mayoría de las cosas mejor que yo.					
20	Tengo una sensación de hormigueo en algunas partes del cuerpo.					
21	Creo que soy inútil.					
22	Cualquier cosa me irrita mucho.					
23	Se me nubla la vista.					
24	Pienso que todo lo hago mal.					
25	Me vienen pensamientos molestos a mi cabeza, aunque yo no quiera.					

# CECAD

		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
26	Tiendo a pensar lo peor.					
27	Me tiemblan las manos.					
28	Necesito que otros me ayuden para hacer las cosas bien.					
29	Me enfado sin motivos.					
30	No sirvo para nada.					
31	Tengo miedo a no saber hacer bien las cosas.					
32	Tengo pensamientos que no se me quitan y que me molestan.					
33	Siento una opresión en el pecho que me quita la respiración.					
34	Durante el día paso con facilidad de estar alegre a estar triste.					
35	Me cuesta trabajo ponerme a pensar sobre las cosas.					
36	Me siento preocupado por cosas que me puedan ocurrir.					
37	Cuando me levanto por las mañanas me siento cansado.					
38	Tengo miedo de que la gente se burle de mí.					
39	Me siento con rabia por dentro.					
40	Me canso más rápido que los demás.					
41	Cuando tengo que hacer la tarea dudo si hacerla de una forma o de otra					
42	Quiero estar solo.					
43	Me agobio en los sitios con mucha gente. (Centros comerciales, cines, etc.)					
44	Me siento muy solo.					
45	Aunque las cosas tengan una parte positiva y buena, yo suelo fijarme en la negativa o mala.					
46	Tengo pesadillas y terrores nocturnos.					
47	Me siento triste.					
48	Siento dolores por diferentes partes de mi cuerpo.					
49	Me siento vacío.					
50	Pienso que no valgo para nada.					

**FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBA QUE HAS CONTESTADO**

### Anexo 3

#### *Carta de testigo informado*

Por medio del presente documento:

Yo \_\_\_\_\_ director de la Institución Educativa \_\_\_\_\_ a horas \_\_\_\_\_ soy testigo que la señorita **Pereyra Reyna, Karen Judith** alumna del último ciclo de la escuela académico profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo, ha brindado a los estudiantes que tengo a mi cargo una carta de consentimiento informado como parte de las normativas éticas para la realización de su tesis titulada Propiedades Psicométricas del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro

Tomando en consideración que se me ha sido explicado acerca de la finalidad de la evaluación, así como la confidencialidad y su uso sólo con fines académicos; razón por la cual decido participar como testigo de su realización.

Trujillo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2017

\_\_\_\_\_

Firma del testigo informado

\_\_\_\_\_

Pereyra Reyna, Karen Judith

Responsable

Anexo 4

Tabla 9  
*Estadísticos descriptivos de Asimetría y Kurtosis*

Ítems	CECAD	
	Skewness	Kurtosis
1	-.068	1.062
2	.615	-.458
3	.588	-.316
4	1.835	2.805
5	.476	-.349
6	.579	-.457
7	1.195	.478
8	.516	-.553
9	1.224	.414
10	.847	-.089
11	.414	-.608
12	.315	-.676
13	.769	-.270
14	1.112	.274
15	.562	-.624
16	.664	-.300
17	.669	-.625
18	.540	-.544
19	.284	-.653
20	.774	-.212
21	1.434	1.231
22	.925	.243
23	.818	-.440
24	1.019	.316
25	.592	-.607
26	.885	.224
27	.688	-.123
28	.464	-.391
29	.962	.038
30	1.493	1.662
31	.550	-.288
32	.444	-.646
33	1.091	.349
34	.618	-.399
35	.576	-.395
36	.355	-.625
37	.366	-.737
38	.640	-.443
39	.899	-.033
40	.759	-.188
41	.457	-.580
42	.533	-.660
43	.800	-.132
44	.983	.059
45	.908	.077
46	.870	-.055
47	.461	-.549
48	.675	-.393
49	1.020	.465
50	1.444	1.387

En la tabla 12, se observa que la Asimetría y Kurtosis se ubica dentro del intervalo de 1.5 y -1.5, por lo tanto, la distribución por ítems es simétrica. A excepción de los ítems 4 y 30.

Tabla 10

*Baremos percentilares generales y específicos según sexo del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro.*

Pc	Dimensiones						CECAD		Pc
	Inutilidad	Irritabilidad		Problemas de Pensamiento		Femenino	Masculino		
		Femenino	Masculino	Femenino	Masculino				
99	68	33	33	32	32	175	198	99	
95	57	24	26	27	29	152	166	95	
90	53	21	23	24	27	141	152	90	
85	49	19	22	22	25	130	143	85	
80	46	18	21	21	23	126	136	80	
75	44	17	20	20	22	120	129	75	
70	42	17	19	20	22	117	126	70	
65	41	16	18	19	21	114	120	65	
60	39	16	18	18	20	111	116	60	
55	37	15	17	17	19	105	110	55	
50	36	14	16	17	18	100	106	50	
45	34	14	15	16	18	95	102	45	
40	33	13	15	15	17	91	96	40	
35	32	12	14	15	16	89	91	35	
30	30	12	13	14	14	85	89	30	
25	28	11	12	13	14	82	86	25	
20	27	10	11	13	13	78	84	20	
15	26	9	10	12	13	75	80	15	
10	24	9	9	11	12	70	76	10	
5	22	7	8	9	11	66	66	5	
1	20	7	7	8	10	54	60	1	
N	404	200	204	200	204	200	204	N	
M	37.24	14.70	16.37	17.19	18.72	102.94	109.89	M	
DE	11.04	5.09	5.57	5.12	5.57	26.81	30.04	DE	
Mín.	20	7	7	8	10	54	60	Mín.	
Máx.	68	33	33	32	32	175	198	Máx.	

*Nota:* N: Tamaño de muestra, M: Media, DE: Desviación estándar

En la tabla 10, se aprecia los Baremos percentilares generales y específicos según sexo del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro, con puntuaciones promedio de 37.24 para la dimensión Inutilidad, de 14.70 (hombres) y 16.37 (mujeres) para irritabilidad, de 17.19 (hombres) y 18.72 (mujeres) para problemas de pensamiento, y de 102.94 (hombres) y 109.89 (mujeres) para el cuestionario total.

Tabla 11

*Baremos percentilares específicos según institución educativa del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro.*

Pc	Dimensiones						CECAD			Pc
	Síntomas Fisiológicos			Irritabilidad			J.G.	S.M	S.B	
	J.G.	S.M	S.B	J.G.	S.M	S.B				
99	64	58	53	33	22	28	188	169	158	99
95	56	54	51	26	22	24	165	159	150	95
90	52	44	46	22	21	23	148	133	139	90
85	48	41	43	21	20	22	141	129	132	85
80	45	39	41	20	17	21	132	123	125	80
75	44	38	39	18	17	20	128	118	120	75
70	42	36	37	18	16	19	123	110	117	70
65	40	33	35	17	15	18	118	107	114	65
60	38	32	35	16	14	18	114	101	111	60
55	37	29	33	16	14	17	109	93	110	55
50	36	29	32	15	12	16	105	90	102	50
45	34	27	31	15	11	14	101	85	94	45
40	33	26	30	14	11	14	95	81	91	40
35	32	25	29	13	11	14	91	74	90	35
30	30	24	28	12	10	13	89	69	89	30
25	28	20	27	12	9	12	85	66	85	25
20	27	20	26	10	8	11	82	62	82	20
15	25	19	25	9	7	11	78	61	78	15
10	24	19	24	9	7	10	75	59	72	10
5	22	18	23	8	7	10	68	53	69	5
1	19	18	17	7	7	7	57	53	63	1
N	297	28	79	297	28	79	297	28	79	N
M	36.78	30.25	33.62	15.60	13.14	16.16	108.26	93.71	104.14	M
DE	10.33	10.16	8.90	5.54	4.83	4.83	29.26	30.59	24.45	DE
Mín.	19	18	17	7	7	7	56.98	53	63	Mín.
Máx.	64	58	53	33.04	22	28	188.2	169	158	Máx.

*Nota:* N: Tamaño de muestra, M: Media, DE: Desviación estándar, J.G.: Julio Gutierrez, S.M.: Señor de los Milagros, S.B.: Simón Bolívar.

En la tabla 11 Se aprecia los Baremos específicos según institución educativa del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro, con puntuaciones promedio de 36.78 (J.G.), 30.25 (S.M.) y 33.62 (S.B.) para la dimensión síntomas fisiológicos, de 15.60 (J.G.), 13.14 (S.M.) y 16.16 (S.B.) para irritabilidad, y de 108 (J.G.), de 104.14 (S.M.) y 104.14 (S.B.) para el cuestionario total

Tabla 12

*Puntos de corte generales y específicos según sexo del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro.*

Niveles	Pc	Dimensiones					CECAD	
		Inutilidad	Irritabilidad		Problemas de Pensamiento		Femenino	Masculino
			Femenino	Masculino	Femenino	Masculino		
Muy Alta	76 a más	45 – 68	18 – 33	21 – 33	21 – 32	23 – 32	121 – 175	130 – 198
Alta	51-75	37 – 44	15 – 17	17 – 20	17 – 20	19 – 22	101 – 120	105 – 129
Media	26-50	29 – 36	12 – 14	13 – 16	14 – 16	14 – 18	83 – 100	87 – 106
Baja	1 – 25	20 – 28	7 – 11	7 – 12	8 – 13	10 – 13	54 – 82	60 – 86

En la tabla 12, se aprecia los puntos de corte generales y específicos según sexo del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro, mediante el método de distribución de percentiles iguales, para baja del percentil 1 al 25, media del 26 al 50, alta del 51 al 75, y muy alta del 76 al 99, para la muestra de estudio.

Tabla 13

*Puntos de corte específicos según institución educativa del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro.*

Niveles	Pc	Dimensiones						CECAD		
		Síntomas Fisiológicos			Irritabilidad			J.G.	S.M	S.B
		J.G.	S.M	S.B	J.G.	S.M	S.B			
Muy Alta	76 a más	45 – 64	39 – 58	40 – 53	19 – 33	17 – 22	21 – 28	129 – 188	119 – 169	121 – 158
Alta	51-75	37 – 44	29 – 38	33 – 39	16 – 18	13 – 16	17 – 20	106 – 128	93 – 118	103 – 120
Media	26-50	28 – 36	21 – 28	28 – 32	12 – 15	10 – 12	13 – 16	86 – 105	67 – 90	86 – 102
Baja	ene-25	19 – 28	18 – 20	18 – 27	7 – 11	7 – 9	7 – 12	57 – 85	53 – 66	63 – 85

En la tabla 13 se aprecia los puntos de corte según institución educativa del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro, mediante el método de distribución de percentiles iguales, para baja del percentil 1 al 25, media del 26 al 50, alta del 51 al 75, y muy alta del 76 al 99, para la muestra de estudio.