



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**“EVIDENCIA DE VALIDEZ DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL DE
KOVACS EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE HUANCHACO”**

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

AUTORA:

Br. NILA ROSMIR FLORES SOTO

ASESORAS:

Dra. Karla Adriana Azabache Alvarado

Dra. Cruzado Chaffo, Mayra Pilar Del Rocío

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

PSICOMETRÍA

TRUJILLO-PERÚ

2018

PÁGINA DE JURADO

Dra. Azabache Alvarado, Karla Adriana
Presidente del jurado

Dra. Cruzado Chaffo, Mayra Pilar Del Rocío
Secretario del jurado

Mg. Ventura León José Luis
Vocal

DEDICATORIA

A ti querido esposo, por acompañarme en este proceso, por brindarme tu amor, tu comprensión, paciencia y fortaleza, permitiendo que pudiese concretar mis objetivos, contigo aprendo constantemente, eres mi cómplice en este largo transitar.

A mis hijos Adrián Alexander y Alex Daniel, porque tuvieron que soportar horas sin mi presencia, ustedes son mi fortaleza y mi motivación en cada momento para seguir adelante y lograr mis objetivos, gracias por entenderme siempre, los amo y los amaré infinitamente.

A mis asesoras Dra. Karla Adriana Azabache Alvarado y Mayra Pilar del Rocío Cruzado Chaffo por sus acertadas orientaciones y su constante paciencia durante todo este proceso que permitieron el logro del presente trabajo.

A mis maestros y maestras quienes durante toda mi carrera profesional me han inculcado sus conocimientos, experiencias y motivación para realizarme y lograr mis objetivos.

La autora

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a Dios por guiarme y darme la fortaleza para llegar hasta donde he llegado, y hacer realidad este sueño.

A mis compañeros y a todas aquellas personas que compartieron conmigo durante el desarrollo del presente trabajo que me apoyaron para hacerlo posible.

A las directoras, sub directores y plana docente de las Instituciones Educativas, por permitirme ingresar a sus aulas y poder concluir esta investigación, y, como olvidar, un agradecimiento inmenso a los estudiantes que de forma voluntaria participaron para desarrollar y concretar mis objetivos.

La autora

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo Nila Rosmir Flores Soto con DNI. N° 16712170, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, declaro bajo juramento que toda documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

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

Trujillo, 11 de Febrero del 2018

Br. Flores Soto Nila Rosmir

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la tesis titulada: “Evidencia de validez del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en adolescentes del Distrito de Huanchaco”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título profesional de LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

La autora.

ÍNDICE

PÁGINA DE JURADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	vi
PRESENTACIÓN	vii
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
I. INTRODUCCIÓN.....	14
1.1. Realidad problemática.....	14
1.2. Trabajos previos.....	17
1.3. Teorías relacionadas al tema.....	20
1.3.1. Adolescencia	20
1.3.2 Historia de la depresión infantil a través del tiempo.....	22
1.3.3 Definición de depresión infantil	23
1.3.4 Causas de depresión infantil.....	24
1.3.6 Teorías y modelos explicativos de la Depresión	28
1.3.7 Modelo cognitivo de la depresión infantojuvenil.....	30
1.4. Formulación del problema.....	33
1.5. Justificación del estudio.....	33
1.6. Objetivos	34
1.6.1. General:	34
1.6.2. Específicos:	34
II. MÉTODO:.....	35
2.1. Diseño de la investigación.....	35
2.2. Variables, operacionalización.....	35
2.3. Población y muestra	36
2.3.1. Población:	36
2.3.2. Muestra:.....	36

2.4. Criterio de selección	37
2.4.1. Criterios de inclusión:.....	37
2.4.2. Criterios de exclusión:.....	37
2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad. ...	37
2.5.1. Técnica	37
2.5.2. Instrumento	38
2.5.3. Ficha técnica.....	38
2.5.4. Validez y confiabilidad del instrumento	39
2.6. Método de análisis de datos.....	41
2.7. Aspectos éticos	42
III.RESULTADOS	44
3.1. Evidencias de validez basada en la estructura interna.....	44
IV.DISCUSIÓN.....	50
V. CONCLUSIONES:	55
VI.RECOMENDACIONES:	56
VII. REFERENCIAS	57
ANEXOS	65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Operacionalización de variables</i>	35
Tabla 2. <i>Distribución de la muestra según género con las frecuencias porcentuales</i>	37
Tabla 3. <i>Estadísticos descriptivos, medias, desviación estándar, asimetría y cursiva del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs</i>	45
Tabla 4. <i>Matriz de correlaciones de los ítems del Inventario De Depresión Infantil De Kovacs</i>	46
Tabla 5. <i>Cargas factoriales de los ítems del Inventario de depresión infantil de Kovacs</i>	48

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Diagrama de senderos del modelo de dos factores relacionados del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs</i>	49
--	----

RESUMEN

La presente investigación tuvo como finalidad conocer las evidencias de validez del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en adolescentes del distrito de Huanchaco, provincia de Trujillo – Perú. La muestra estuvo conformada por 517 adolescentes con edades entre 12 a 15 años de edad. El instrumento utilizado fue el Inventario de Depresión Infantil creado por María Kovacs (1997). El análisis de la estructura interna se realizó mediante el método de mínimos cuadrados no ponderados, reportando resultados satisfactorios a nivel de ajuste absoluto ($X^2/ gl = 2.22$, $RMR = .017$, $GFI = .95$); comparativos, con $NFI = .91$, $RFI = .90$ y corregido por parsimonia, $PNFI = .93$ y $PGFI = .82$. Por otra parte, para obtener la confiabilidad se utilizó el coeficiente Omega, donde se encontró niveles de fiabilidad aceptables en ambas escalas, tanto en la escala de Disforia ($\omega = .66$) como en la escala de Autoestima negativa ($\omega = .79$). Asimismo, en la escala total se alcanzó un nivel altamente relevante de ($\omega = .87$). Por ello, se concluye que, el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs es un instrumento que presenta apropiadas evidencias de validez para la población evaluada.

PALABRAS CLAVE: Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, disforia, autoestima negativa.

ABSTRACT

The following research aimed to know the validity evidence of the Kovacs' Children's Depression Inventory in adolescents of Huanchaco district, province of Trujillo – Perú. The sample consisted of 517 adolescents between 12 and 15 years. The instrument used was the Children's Depression Inventory, created by Maria Kovacs. Analysis of the internal structure was made by the method of unweighted least squares, satisfactory results were reported at absolute fit ($X^2/ gl = 2.22$, $RMR = .017$, $GFI = .95$); comparatives, with $NFI = .91$, $RFI = .90$ and corrected by parsimony, $PNFI = .93$ y $PGFI = .82$. Furthermore, coefficient omega was used to obtain the reliability, acceptable levels of reliability were found in both Dysphoria scale ($\omega = .66$) and Low self-esteem scale ($\omega = .79$). Likewise, it was reached a highly relevant level on the full scale ($\omega = .87$). For this reason, it is concluded that the Kovacs' Children's Depression Inventory is an instrument which provides appropriate evidence of validity for the target population.

Keywords: Kovacs' Children's Depression Inventory, Dysphoria, Low self-esteem.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

La depresión es una de las patologías más frecuentes que se asocia al suicidio; anteriormente se creía que solo era parte de las dolencias en adultos y ancianos, sin embargo, actualmente es una realidad encontrar niños y adolescentes con depresión; constituyendo así una de las principales causas de alteraciones psicológicas en la población desde muy temprana edad. Como menciona Méndez (2002, citado por Loubat, Aburto y Vega, 2008), la depresión infantil es un problema complejo y recientemente reconocido como una entidad clínica dentro de la psicología. No obstante, la sintomatología de la depresión infantil rara vez se presenta semejante a la depresión del adulto, siendo esta de características más heterogéneas, lo cual dificulta su diagnóstico y por ende su tratamiento.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por tristeza profunda; disforia, autoestima negativa, producido por la percepción negativa que se tiene de sí mismo, del entorno y del futuro; lo que desemboca en dificultades para funcionar adecuadamente en la sociedad (Kovács, 1996).

La depresión es la principal causa de morbilidad y discapacidad que se produce en las edades comprendidas entre los 10 y los 19 años, afecta a más de 300 millones de personas en el mundo (Organización Mundial de la Salud OMS, 2017).

El Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI, 2015) encontró que, a nivel mundial, más de 800 mil personas mueren a causa del suicidio al año; así también en México, en 2013 se presentaron 5,909 suicidios, lo que representan 1% del total de defunciones registradas, que equivale a cinco por cada 100 mil habitantes.

Cuervo y Izzedin (2007) refieren que la depresión es considerada como uno de los principales problemas de salud emocional y mental que se presentan en los niños y adolescentes, aumentando considerablemente el riesgo de suicidio. Manifiestan que el peligro de padecer un trastorno depresivo en toda la vida oscila entre el 10 % y 25% en mujeres y entre el 5 % al 12 % en varones, siendo la incidencia infantil entre el 3 % al 5%.

Por otro lado, el director del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado (2017) cita que, alrededor del 21 % de la niñez en el Perú sufre de depresión; y el mayor número de casos se presentan entre los 8 a 10 años, aumentando notablemente en la adolescencia junto con el riesgo de suicidio al igual que en los adultos.

Por lo tanto, teniendo en cuenta los datos mencionados, se evidencia la importancia de contar con un instrumento validado y confiable que permita medir la sintomatología depresiva, ya que en este contexto no se cuenta con un instrumento que esté acorde a la realidad y que permita obtener resultados confiables de acuerdo a las características de la población.

Asimismo, existen varios instrumentos que permiten medir la depresión en adolescentes. Dentro de esos instrumentos se tiene el Cuestionario Básico de Depresión elaborado por Peñate (2001) el cual fue diseñado con la pretensión de recoger los síntomas propios de la depresión. Este cuestionario consta de 21 ítems referidos a tres áreas, típicamente depresivas: el afecto triste, la anhedonia y la baja autoestima. Las propiedades psicométricas del instrumento se describen de la siguiente manera: Se realizó una validez convergente con el CDI y se obtuvo una $r_{xy} = .73$; con la subescala de disforia una $r_{xy} = .70$; y con la subescala de baja autoestima una $r_{xy} = .58$, de igual forma, los coeficientes de consistencia interna (Alfa de Cronbach) fueron dispares: .87 para el primer factor; .67 para el segundo; y .38 para el tercero. Este instrumento

puede ser bastante útil para la medición de la depresión en población adolescente; sin embargo, los índices psicométricos aún son cuestionables.

Por otro lado, se tiene la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds. El instrumento consta de 30 ítems, con un formato de respuestas en base a la escala de medición de tipo Likert de 4 puntos, de los cuales deben elegir una respuesta que identifique y describa sus síntomas. El instrumento fue adaptado por Ugarriza y Escurra (2002) enfocándose en la población peruana, en donde se encontró un índice de confiabilidad por encima del 0.87, siendo este aceptable; sin embargo, el instrumento solo mide síntomas asociados con la depresión, pero no ha sido diseñado para realizar un diagnóstico de un desorden depresivo.

Además, se conoce el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) compuesto por 21 ítems, los cuales fueron realizados de acuerdo a la sintomatología depresiva del DSM-IV, posee una confiabilidad por el coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.878; sin embargo, su uso está netamente orientado para adultos (Carranza, 2013).

La presente investigación utilizó el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, CDI por ser un Test que está adaptado al idioma castellano, es práctico y de fácil aplicación, abarca una variedad de síntomas depresivos. Consta de 27 ítems, el tiempo de aplicación es de 10 a 25 minutos, puede ser aplicado en niños y adolescentes con edades de 7 a 15 años. Se califica en base a 3 puntos, de 0 a 2. Respecto a sus propiedades psicométricas, se encontró una confiabilidad por mitades de 0.79 y por Alfa de Cronbach de 0.80, los cuales son indicadores de un buen grado de confiabilidad (Kovács, 2004).

Es por ello que, en el presente trabajo de Investigación, se orientó a contar con un instrumento que mida la variable de depresión infantil y que realice el diagnóstico preciso.

Por lo antes expuesto, se concluye que el inventario de Depresión Infantil de Kovacs es de mucha utilidad para el campo de la investigación que permite medir la depresión infantil de los niños y adolescentes del Distrito de Huanchaco y así obtener resultados válidos y confiables.

1.2. Trabajos previos.

Del Barrio y Carrasco (2004, citado por Kovacs, 2004) Desarrollaron un estudio de tipo instrumental cuyo objetivo fue adaptar el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, en diversas comunidades de Sevilla, España, cuya muestra conformada por 7759 sujetos con edades comprendidas entre 7 y 15 años; donde obtuvo un coeficiente de Alfa de Cronbach de .83 y mediante el método de dos mitades es de 0.79. Asimismo, se constató que posee evidencias de validez que van desde 0.12 a 0.796 en ambas dimensiones.

Mengana (2013) realizó un proyecto de investigación con una muestra probabilística estratificada, conformada por un total 394 adolescentes de la provincia de Villa Clara en Cuba, cuyo objetivo fue adaptar un instrumento para la población de adolescentes cubanos, el Inventario de Depresión Infantil (CDI), creado por María Kovacs. Los resultados obtenidos con los análisis estadísticos demostraron que el instrumento fue confiable en el tiempo (test-retest) y mostró elevada consistencia interna de sus ítems, obteniendo en el análisis total de la prueba un Alfa de Cronbach de 0.892, como también se demostró que posee notables evidencias de validez de constructo, con valores que van desde 0.131 a 0.609 en ambas dimensiones.

Segura, Posada, Ospina y Ospina (2010), realizaron una investigación con el objetivo de validar Inventario CDI (Children Depresión Inventory) el tamaño de la muestra fue de 533 adolescentes en edades de entre 12 y 17 años, el estudio fue realizado en las Instituciones Educativas

estatales y privadas del Departamento de Antioquía Colombia; donde se demostró que el inventario tiene una confiabilidad según el Alfa de Cronbach de 0.79. En cuanto a la validez de contenido encontraron un Alfa de 0.8401 en la escala global. Lo que indica que los reactivos están elaborados para evaluar la sintomatología de la depresión en niños y adolescentes.

Miranda, Laborín, Chávez, Sandoval y Torres (2016), desarrollaron una investigación titulada: Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México, con el objetivo de obtener las propiedades psicométricas del Instrumento, inventario de Depresión Infantil de Kovacs, en una muestra compuesta por 557 estudiantes con un promedio de edad de 10.65 años, teniendo como resultado en el análisis factorial exploratorio con un KMO de 0.856 y el coeficiente de alfa de Cronbach de 0.821. Por otro lado, en cuanto a los valores de las cargas factoriales de los ítems oscilan entre .31 a .69 se concluye que la escala resulta adecuada y confiable para la población en estudio.

Del Barrio, Roa, Olmedo y Colodrón (2002) realizaron un trabajo de investigación, con la finalidad de adaptar el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en población española. Para la investigación contó con una muestra de 1.615 sujetos, 635 del sexo femenino y 980 de sexo masculino cuyas edades oscilan entre 9 a 15 años, obteniéndose una fiabilidad por consistencia interna de la prueba a través del Alfa de Cronbach de 0.71 y se obtuvo una validez concurrente de 0.89 ($p < 0,001$).

León (2013) realizó una investigación con el objetivo de validar el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI), el cual fue adaptado para adolescentes cuyas edades oscilan entre 9 a 15 años de la UGEL 02 de Lima Metropolitana. La investigación se aplicó a una muestra no probabilística conformada por 417 alumnos de las instituciones

educativas emblemáticas. En los resultados se evidencia que alcanzó niveles aceptables de confiabilidad y validez expresadas en un Alfa de Cronbach de 0,785. La confiabilidad por el método de mitades para la muestra se obtuvo mediante el análisis del coeficiente de Spearman dando un resultado de 0,734. Con respecto al índice de confiabilidad general mediante la técnica de Guttman, dentro de este tipo de consistencia interna se encontró valores desde 0.755 a 0.777 lo cual nos indica que es una correlación aceptable. La validez de constructo se realizó a través de test de Kaiser-Meyer y Olkin (K.M.O) donde se obtuvo como resultado 0.835 y con el test de esfericidad de Bartlett, se muestra significativa (Sig. ,000)

Ramírez (2009) realizó una investigación con la finalidad de adaptar el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs para la zona urbana de Cajamarca, para lo cual se realizó una adaptación lingüística, la muestra probabilística por racimos estuvo conformada por 623 niños y adolescentes entre 7 y 15 años. La prueba alcanzó un nivel de confiabilidad admisible de (Alfa=0.79) y una adecuada correlación ítem-test retest recogida en la mayoría de los ítems que conforman el inventario; se evidencia estabilidad positiva en la evaluación de test retest alcanzando 0.776 en un lapso de 30 días. Para el análisis de validez se utilizó el Test de Kayser, Meyer y Olkin (K.M.O.) y con el test de esfericidad de Bartlett. En ambos casos se puede observar que los resultados muestran la pertinencia del uso del análisis factorial de este estudio, puesto que el K.M.O. obtuvo un valor de 0.839, y la prueba de esfericidad de Bartlett se muestra significativa 0.000.

Arévalo (2008) realizó una investigación cuyo objetivo fue la adaptación y estandarización del CDI, para las ciudades de Trujillo Chiclayo y Piura, La muestra estuvo conformada por 10,200 escolares, de las cuales, 4806 pertenecen al nivel primario, 5 394 al nivel secundario, los estudiantes oscilan entre las edades de 8 a16 años, de ambos sexos, de colegios estatales y particulares, de las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura. En

relación a la confiabilidad se utilizó el coeficiente de Alfa de Cronbach cuyo resultado fue de 0.9176 muy significativo; asimismo, para encontrar la correlación entre ítems se utilizó el corrector de Mac Nemar (r_{McN}) $r > 0.35$, donde se aprecia que los ítems se correlaciona de manera significativa, con los puntajes totales de los demás ítems que componen el inventario ($p < 0.001$), lo cual muestra que todos los ítems del CDI contribuyen al diagnóstico de los síntomas de la depresión en niños y adolescentes.

Ríos (2015) realizó una investigación cuyo objetivo fue evaluar las Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en escolares de educación secundaria de Instituciones Educativas Nacionales ubicadas en el distrito El Porvenir. La muestra no probabilística estuvo conformada por 371 adolescentes entre 12 y 15 años de edad. El estudio fue tecnológico, de diseño psicométrico. Los resultados muestran las propiedades psicométricas de la siguiente manera: se obtuvo una confiabilidad aceptable ($\alpha=0.83$), y una adecuada correlación ítem-test que varía entre 0.24 a 0.68 corregida en la mayoría de los ítems que conforman el inventario. Asimismo, en la correlación ítem- escala se percibe que los índices puntúan entre 0.30 y 0.62 en la dimensión de disforia y 0.25 a 0.71 en la dimensión de autoestima negativa del Inventario de Depresión infantil de Kovacs, concluyendo que el instrumento posee propiedades psicométricas apropiadas para la población del Distrito El Porvenir.

1.3. Teorías relacionadas al tema.

1.3.1. Adolescencia

La adolescencia es una etapa esencial del desarrollo humano, no solo coincide con la transformación biológica, sino que también aparecen cambios a nivel Psíquico de la persona hacia un proceso de madurez (Radzik, Sherer Neinstein, 2002; citado en Camacho 2008).

Por otro lado, Papalia, Wendkos y Duskin (2010) consideran a la adolescencia como la etapa de transición entre la niñez y la juventud, que implica cambios a nivel físico, cognoscitivo, biológico, emocional y social. Un cambio físico importante es el inicio de la pubertad, la fase que conduce a la madurez sexual o fertilidad. Anteriormente se creía que la adolescencia y la pubertad iniciaban al mismo tiempo, aproximadamente alrededor de los 13 años, sin embargo, en algunas sociedades occidentales está comprobado mediante investigaciones que se inicia mucho antes, desde los 10 años. En conclusión, la adolescencia abarca desde los 11 hasta 19 o 20 años.

Mc Conville (2009, citado por Fernández, 2014) coincide con Papalia y refiere que en la vida del adolescente tienen lugar varios cambios que van a ocasionar desorientación en distintos aspectos, como: a) Cambios físicos, que el adolescente tiene que aceptarlos, sobrellevarlos y adecuarse a ellos. Estos cambios acarrear inquietudes y preocupación sobre su imagen corporal; b) Cambios a nivel cognoscitivo, desarrollan el pensamiento abstracto, de donde deriva la constitución de la identidad. Los adolescentes se consideran seres independientes, estos cambios van de la mano con los cambios emocionales y de la conducta. c) Cambios psicoafectivos, las emociones están a flor de piel, en esta edad el adolescente presenta episodios de ira, tristeza, depresión, miedo ansiedad, timidez, etc. Los cambios del estado de ánimo son repentinos, rápidos y muchas veces sin excusa aparente, en especial la irritabilidad.

Así mismo, el autor refiere que en ocasiones se trata de una actitud que los adolescentes eligen como protección a la intrusión del adulto. Exigen privacidad y suelen ser temperamentales, desorbitados e inconsistentes, algunos excesivamente tímidos y cohibidos. Su sentimiento de inadecuación en ocasiones es grande

y lo hace sentir muy mal. También puede tener lugar a grandes depresiones e incluso suicidios. Es bueno que los adolescentes se sientan seguros y que sepan que gozan de nuestra confianza.

1.3.2 Historia de la depresión infantil a través del tiempo

En la actualidad, la depresión es considerada como una manifestación de síntomas que se presentan en la población infantil y en los adolescentes. Esta idea es aceptada por muchos estudiosos de la Psicología; sin embargo, las teorías contemporáneas se han negado a aceptar la existencia de la depresión en niños y adolescentes, la comunidad psicoanalítica iba en contra de la idea de que la depresión se presenta en poblaciones infantiles y pensaban que solo eran características asociadas al desarrollo normal del individuo (Klein, 1934; Spitz, 1946 y Bowlby, 1958; citados en Mengana, 2013). Esto también lo afirma Figueras (2006), ya que en los infantes aún no es notable el cuadro clínico en su totalidad por su mismo desarrollo evolutivo, estas han de notarse cuando sus características de personalidad estén definidas.

Los primeros estudios de la existencia de la depresión infantil iniciaron de teorías propuestas por el neo psicoanálisis, de donde partieron los primeros pasos para definir la depresión infantil. Muchos de los desacuerdos que existían eran por la naturaleza cambiante del cuadro clínico de la patología (Cuevas y Teva, 2006).

A partir de los años sesenta aparece la idea de depresión en niños y adolescentes, y que ésta, se presentaba de una manera camuflada por otros síntomas conductuales como irritabilidad, dificultades de conducta y del rendimiento académico (Figueras, 2006).

Por otro lado, con el paso del tiempo, a partir de la década del 70, ya existía una aceptación de la depresión en niños y en adolescentes y se empezó a tomar interés al estudio de esta patología, dirigido a la explicación, descripción y diagnóstico de la depresión infantil; hasta que más tarde se intentó buscar su etiología desde puntos de vista biológicos. De igual manera, los planteamientos de la depresión en adultos, de corte cognitivo comportamental, se empiezan a aplicar a los adolescentes en 1980, con la publicación del DSM III de la APA. Se logra un consenso de las distintas posiciones teóricas respecto a la existencia de la depresión infantil, siendo formalmente reconocida (Kaslow, Stark, Printz, Livingston y Tsai, 1992).

1.3.3 Definición de depresión infantil

Para Kovacs (2006, citado en Moral, 2013) la depresión es un trastorno del estado de ánimo, que se caracteriza por tristeza profunda, disforia, autoestima negativa, producto de la percepción negativa que se tiene de sí mismo, del entorno y del futuro, lo que desemboca en dificultades para desarrollarse adecuadamente; las mismas que coinciden con aspectos sintomatológicos planteados por Veytia, González, Andrade y Oudhof (2012) quienes asumen la existencia de un conjunto de síntomas emocionales, afectivos y físicos en los adolescentes que presentan depresión.

De igual manera para Lang y Tisher (2014), la depresión en adolescentes se define como un desorden mental frecuente que se caracteriza por la existencia de aflicción, melancolía, llanto, retraimiento social, abandono personal, problemas psicosomáticos, autoestima baja, sentimientos de inutilidad, sensación de rechazo, preocupación por la salud y la muerte, agresividad, pérdida de interés en las actividades cotidianas, sentimientos de culpabilidad,

alteraciones del sueño, trastornos en el apetito, cansancio y falta de concentración.

En la misma línea Álvaro, Garrido y Schweiger (2010) manifiestan que la depresión en los adolescentes es un problema psicológico común, que impide la adaptación y la motivación de los adolescentes, acompañados de sentimientos de cólera, irritabilidad y disforia. Esta concepción, se vincula con la intensidad y duración de la tristeza en los adolescentes producto de la distancia del objeto amado o carencia de afecto.

1.3.4 Causas de depresión infantil

La actuación en la relación parental que tienen los progenitores determina el ajuste emocional del niño, según estudios realizados por psiquiatras y psicólogos infantiles a través de los años. Los especialistas descartan el papel de los factores biológicos y resaltan como factor primordial las experiencias tempranas de la vida del niño como principales determinantes de la personalidad (Barbara, Ingersoll y Goldstein, 1995).

Continuando con los autores antes señalados, quienes refieren que las percepciones de los adolescentes con depresión que tienen sobre sus familias son más nocivas que las de otros jóvenes, y cuanto más intensa sea la depresión que presenta el adolescente, más lesivas son sus percepciones de la manera en que su familia funciona. Específicamente, los niños y adolescentes con depresión consideran a las figuras parentales como fríos e inflexibles, sin apoyo y emocionalmente lejanos. Estos jóvenes puntualizan problemas frecuentes con sus progenitores, refieren que sus familias rara vez están involucradas como familias en actividades sociales, religiosas, o recreativas.

Asimismo, manifiestan que los padres de los niños deprimidos son más autoritarios y controladores en sus interacciones con sus hijos. También usan el castigo físico más frecuentemente que los padres cuyos hijos no están deprimidos. De igual modo, debido a los altos niveles de irritabilidad que a menudo acompañan a la depresión, los padres con depresión es probable que se muestren calmados para elogiar a sus hijos, pero muy ligeros para juzgar y censurar a los mismos. Esto coincide con lo que refiere Del Barrio (2001) son diferentes factores de riesgo que intervienen en caso de depresión en niños, Como la interacción familiar y los estilos de vida inadecuados.

Los niveles de depresión se intensifican en los niños cuando las relaciones con sus progenitores no son buenas, o cuando existen problemas entre ellos. Igualmente, tales factores pueden interrelacionarse, aumentando la aparición de la depresión a temprana edad. Al respecto, Petti (1993, citado en Herrera, Lozada, Rojas, Gooding, 2009) manifiesta que en la descripción de niños con depresión se evidencian factores de desarrollo, familiares, sociales, culturales y cognitivos. Referente a las consecuencias de la depresión infantil, una de especial cuidado es el suicidio.

Por otro lado, Feldman (2010) refiere, que el desarrollo de los niños y adolescentes se ha visto afectado por los múltiples cambios sociales que están aconteciendo en las últimas décadas. Los cuáles, repercuten en el funcionamiento y en la estructura familiar, ocasionando un acrecentamiento de los hogares desestructurados, familias monoparentales, divorcios, entre otros, generando en los niños problemas depresivos. Coincidiendo con Pérez, Rodríguez, Dussan y Ayala (2007) quienes manifiestan que las pérdidas parentales en el proceso de la infancia son un factor preponderante para presentar trastornos depresivos en la adolescencia y edad adulta.

1.3.5. Características de la depresión entre 0-18 años

Los síntomas de la depresión tienen características particulares que se presentan según etapas del desarrollo como se detalla a continuación:

a. Desde bebés hasta la etapa preescolar de 0 - 2 años: La depresión se presenta cuando el niño no es estimulado por parte de la madre, cuando esta se aleja de su asistencia, este tipo de depresión se le llama depresión anaclítica, cuyas particularidades son: llanto frecuente, problemas en su desarrollo afectivo, manifestaciones a nivel motor como falta de expresividad emocional, insociabilidad, dificultad en sus movimientos (Spitz, 1958; citado por Del Barrio, 2005).

b. Preescolares de 2-5 años: En esta fase la depresión involucra la socialización del menor, se caracteriza por retraimiento en el área social, enfado, ira, autoagresión, agresión a objetos y personas; igualmente, pueden presentar problemas físicos, como enuresis, encopresis, dificultades para dormir y para alimentarse (Tomas, Teixidó y Gastaminza ,1996; citado por Cuevas y Teva, 2006).

c. Escolares de 6 - 12 años: La sintomatología se hace manifiesta en la escuela, a través de sus relaciones con sus compañeros, el adolescente rechaza las tareas escolares, presenta preocupación, irritabilidad, riñas frecuentes con compañeros, dificultades en el proceso de aprendizaje. Esta fase se inicia con su desarrollo cognitivo, lo cual hace que el adolescente presente pensamientos negativos, falta de motivación, inestabilidad, temores nocturnos y onicofagia. Asimismo, se presentan problemas de conducta propias de la depresión infantil como: llanto, gritos, conductas

autodestructivas (Tomas et Al., 1996; citado en Cuevas y Teva, 2006).

d. Adolescencia de 12 - 18 años: Se caracteriza por sucesos depresivos más fuertes, es donde se da mayor significación a aspectos cognitivos y emocionales. En esta fase la sintomatología a nivel motor disminuye e inicia a ser evidente el interés por el cuidado del aspecto corporal, emergen sentimientos de inferioridad, desesperanza, pensamientos suicidas, retraimiento social, agresividad, oposicionismo y conflictos con la conducta alimentaria (Tomas et Al, 1996; citado en Cuevas y Teva, 2006).

Asimismo, Del Barrio (2007, citado por Casas, 2015) al referirse a los síntomas de la depresión infantil, considera la afectación en cinco áreas como; a) *Emocionales*, caracterizado por desconsuelo, aflicción, pérdida del placer, falta de interés, alteración del estado de ánimo, pesimismo, desesperanza; b) *Motores*; falta de expresividad, letargo, disminución de la actividad motora y/o hiperactividad; c) *cognitivos*; déficit de atención, problemas con la memoria, desesperanza, culpabilidad, autoestima baja, preocupación, ideas, suicidas, y problemas para el rendimiento académico; d) *sociales*, retraimiento, carencia de habilidades sociales; e) *conductuales*, como riñas, agresiones , pataletas, rebeldía, desobediencia, problemas con el apetito, pérdida de peso, problemas del sueño, y otras quejas a nivel somático.

Por otro lado, Lang y Tisher (1997, citado en Pinto y Álvarez, 2010) manifiestan que los síndromes depresivos en niños y adolescentes muchas veces no llegan a ser diagnosticados. Lo cual se atribuye a que la sintomatología clínica en el adolescente es diferente a las depresiones que se presenta en

los adultos. En los niños y muchas veces en los adolescentes no identifican la sintomatología como depresión, y los adultos cercanos en la vida de los menores no pueden creer que a esa edad se padezca de esta patología; además, el tan solo hecho de aceptarlo puede denotar para ellos frustración.

La asociación Americana de Psiquiatría (2014) los trastornos depresivos se caracterizan por 5 (o más) de los siguientes síntomas.

1. Abatimiento: tristeza, desesperanza, vacío, en los niños y adolescentes pueden presentar llanto e irritabilidad.
2. Reducción del interés para realizar actividades que antes eran placenteras.
3. Pérdida o aumento de peso.
4. Insomnio o hipersomnia frecuentes.
5. Inquietud o enlentecimiento motor.
6. Agotamiento o pérdida de energía.
7. Culpabilidad o sentimientos de ineficacia.
8. Pérdida de la capacidad para concentrarse
9. Ideas suicidas reiteradas o intentos de suicidio

Los síntomas afectan la vida personal, laboral, familiar, académico del individuo.

No se presenta a causa de efectos fisiológicos, o por consumo de sustancias.

1.3.6 Teorías y modelos explicativos de la Depresión

Conceptualizaciones psicoanalíticas de la depresión

El vocablo depresión, no es un término inherente al modelo psicoanalítico, si no que procede del campo de la psiquiatría; Sin embargo, Freud y Abrahán fueron los pioneros en estructurar un modelo psicológico tratando de entender y explicar los problemas

de melancolía que hoy por hoy son llamados problemas depresivos, cuya psico génesis según Freud se produce por la pérdida del objeto, referido como objeto a la autoestima (Muñoz, 2009; citado por Korman y Sarudiansky, 2011).

Los modelos dinámicos se hallan básicamente formados por hipótesis que establecen relaciones de causa, entretanto que los modelos cognitivo conductuales como el modelo de Aron Beck se considera generalmente un modelo de contingencias (Ávila, 1990; citado por Korman y Sarudiansky, 2011).

La teoría conductual de la depresión

La depresión es un problema aprendido a través de las interacciones nocivas que se da entre los individuos y su ambiente; estas formas de relacionarse con el ambiente pueden mediar y ser influenciadas por los pensamientos, los comportamientos y las emociones, existiendo una reciprocidad entre todos; así mismo, las estrategias conductuales se usan para modificar las formas de comportamiento, la manera de pensar y expresar las emociones desadaptativas Antonucciio (Ward y Tearnan, 1989; citado por Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000).

La teoría de la indefensión aprendida

De acuerdo a Seligman (1975), la depresión se origina cuando el individuo no es capaz de diferenciar el vínculo entre su conducta y el resultado de éstas, sean beneficiosas o perjudiciales; lo que va a ocasionar la indefensión aprendida, referida a la incapacidad que tiene las personas de reaccionar ante situaciones dolorosas, respondiendo con pasividad a los acontecimientos.

Abramson, Seligman y Teasdale (1978) hacen hincapié en el modelo de atribución que el individuo efectúa acerca de su indefensión; refiriendo que estas atribuciones varían en determinadas dimensiones; como son: Interna-externa, global-específica y estable e inestables; siendo estas dimensiones determinantes para el autoestima, la generalidad de la indefensión y la cronicidad de la depresión; asimismo, refiere que los pacientes que hacen depresión culpan los sucesos nocivos a circunstancias intrínsecas, estables y globales.

Las teorías cognitivas de la depresión

Vásquez, Muñoz y Becoña (2000), en relación a la teoría cognitiva consideran más importante a la interpretación que el individuo hace sobre un acontecimiento, que el acontecimiento en sí mismo; de igual forma, la teoría enfatiza la apreciación inexacta de uno mismo, de los demás y de los acontecimientos, evaluando de manera negativa las experiencias de la vida, perjudicando de esa manera los procesos cognitivos, su relación motivacional y afectiva, vinculados a la depresión.

1.3.7 Modelo cognitivo de la depresión infantojuvenil

Para dar una definición exacta de depresión según la teoría cognitiva, se hace referencia a Beck (1976) quien define a la depresión como una fase fuera de lo normal del individuo que se manifiesta mediante señales y síntomas característicos, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y una pérdida de la espontaneidad. Por otro lado, Wicks e Israel (1997, citados en Cuevas y Teva, 2006) mencionan como paso importante para precisar la definición de la depresión infantil, distinguir entre lo que es la depresión como síntoma, como síndrome y como trastorno.

a. Depresión-síntoma: Referido a un estado de ánimo disfórico, donde la persona suele expresar sentirse desdichado, afligido, melancólico y desesperanzado. Estas manifestaciones pueden emerger en cualquier etapa del desarrollo, como consecuencias de experiencias negativas y dolorosas que la persona ha experimentado en alguna etapa, siendo estas temporales (Wicks e Israel, 1997; citados en Cuevas y Teva, 2006).

b. Depresión-síndrome: Es una serie de síntomas concomitantes con el estado disfórico, relacionados a dificultades somáticas, conductuales, cognitivos y motivacionales (Wicks e Israel, 1997; citados por Cueva y Teva, 2006).

c. Depresión-trastorno: Según Wicks e Israel (1997, citados por Cueva y Teva, 2006) es un problema más complejo, siendo esta una condición emocional se presenta de forma persistente y contribuye de forma negativa en las diferentes áreas del desarrollo del infante y adolescente, considerando como factores de riesgo; la historia familiar, el ambiente, el aspecto biológico y cognitivo de la persona.

Beck, autor en el cual se basa la teoría del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, menciona que para explicar la depresión infantil hay que entender aspectos como la triada cognitiva, los esquemas cognitivos y los errores cognitivos. *La tríada cognitiva* se fundamenta en la visión negativa que tiene el sujeto acerca de sí mismo, visión negativa del mundo (de las experiencias) y visión negativa del futuro. *Los esquemas cognitivos*, se refieren a la estructura del pensamiento que explican por qué las personas con depresión mantienen actitudes de malestar, incluso, ante el conocimiento de alternativas de solución en sus experiencias, estos pueden mantenerse inactivos por largos periodos de tiempo, activándose a través de una serie de estímulos, que hacen que el

paciente deje gran parte del control voluntario de sus procesos de pensamiento, siendo difícil que pueda hacer uso de esquemas más adecuados.

Los *errores cognitivos*, son errores en el procesamiento de la información, que, obedecen a confusiones sistematizadas que se dan en la forma de pensar de las personas y que ratifican las creencias que la personas poseen sobre sus propias concepciones, los cuales se conocen como inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización, maximización, minimización, personalización, pensamiento absolutista y dicotómico, que desorganizan la realidad percibida por el sujeto (Abello, García, García, Márquez, Niebles y Pérez, 2016).

Según lo planteado por Beck, Rush, Show y Emery (1983, citado por Abello, Cortés, Barros, Mercado & Solano, 2014) las personas que presentan depresión habrían experimentado experiencias negativas en alguna etapa temprana de su vida, que originan en sus pensamientos esquemas cognitivos inapropiados o pensamientos irracionales, manifestándose a través de diferentes áreas mediante la llamada sintomatología objetiva de la depresión, la cual se detalla mediante seis categorías, como son; a) *emocionales o afectivos*, donde se encuentran los sentimientos de tristeza, pérdida del disfrute, falta de sentido a la vida, cambios bruscos de humor, irritabilidad; así como la ausencia de interés en las cosas y llanto excesivo; b) *motores*, se hace referencia por un lado a la hipo actividad, letargo, enlentecimiento motor, inmovilidad, torpeza, estupor, atonía; y, por el contrario, también encontramos la hiperactividad e inquietud; c) *cognitivos*, falta de concentración, pérdida de memoria, descenso en el rendimiento académico; así como, pesimismo, desesperanza, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima e ideas de suicidio; d) *sociales*, aislamiento, retraimiento, evitación e incompetencia social; e) *conductuales*,

síntomas referidos exclusivamente a la depresión infantil, en comparación a la del adulto, entre los cuales se cita; protestas, riñas, desobediencia, rabietas, indisciplina escolar, delincuencia, drogas y piromanía. f) *psicosomáticos*: se destacan la enuresis, fatiga, pérdida de peso, dolores múltiples, pesadillas, cambios en el sueño y el apetito, dermatitis y alergias.

1.4. Formulación del problema.

¿Qué evidencias de validez existen en el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en adolescentes del distrito de Huanchaco?

1.5. Justificación del estudio.

La presente investigación es relevante para su desarrollo porque permitió adaptar el instrumento Inventario de Depresión Infantil de Kovacs y cuyos datos recogidos en esta investigación incidió para saber si ese instrumento es válido y cumple con los criterios de confiabilidad adecuados.

Así mismo, una vez adaptado el instrumento brindará un aporte al campo de la psicometría como un antecedente para futuras investigaciones.

Por otro lado, en el campo metodológico, proporcionará un instrumento con adecuadas propiedades psicométricas que miden el constructo y realicen un adecuado diagnóstico.

A nivel teórico se corroboró si los datos obtenidos con los resultados se ajustan a las bases teóricas. Por ese motivo, se realizó la presente investigación de corte psicométrico.

1.6. Objetivos

1.6.1. General:

Determinar las evidencias de Validez del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en adolescentes del distrito de Huanchaco.

1.6.2. Específicos:

Identificar la evidencia de validez basada en la estructura interna por medio del análisis factorial confirmatorio del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, en adolescentes del distrito de Huanchaco.

Estimar la confiabilidad basada en el método de consistencia interna del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en adolescentes del distrito de Huanchaco.

II. MÉTODO:

2.1. Diseño de la investigación

La presente investigación pertenece a un diseño de corte instrumental puesto que se orienta al desarrollo y adaptación de instrumentos para analizar sus propiedades psicométricas (Montero y León, 2007).

2.2. Variables, operacionalización

Tabla 1

Operacionalización de la variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Depresión infantil	La depresión es un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por tristeza profunda, disforia, autoestima negativa, producto de la percepción negativa que se tiene de sí mismo, del entorno y del futuro, lo que desemboca en dificultades para funcionar adecuadamente en la sociedad (Kovacs, 1996, citado en Ríos 2015).	Se asume la definición de medida en función a las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión infantil de (Kovacs, 1996).	27 ítems Disforia: 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24, 26. Autoestima Negativa: 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25, 27	Intervalo

2.3. Población y muestra

2.3.1. Población:

El presente estudio estuvo dirigido a estudiantes del 1º, 2º y 3º de educación secundaria de dos instituciones educativas del distrito de Huanchaco, con una población total de 710 adolescentes cuyas edades oscilaron entre 12 y 15 años de edad.

2.3.2. Muestra:

Para efectos del presente estudio se recolectó los datos de los estudiantes en función al muestreo no probabilístico por conveniencia, de acuerdo a las características que el investigador designe (Hernández, Fernández & Batista, 2010). En una población accesible (Ventura -León, 2017).

Con respecto al tamaño muestral, MacCallum, Widaman, Zhang y Hong, (1999, citado por Lloret, Ferreres, Hernández y Tomas, 2014) señalan que si el investigador busca evaluar la calidad de un instrumento es recomendable un tamaño de muestra según la siguiente escala: 50 muy insuficiente; 100 insuficiente; 200 aceptable; 300 conveniente; 500 muy conveniente y 1000 magnífica.

La muestra estuvo conformada por 517 adolescentes del Distrito de Huanchaco, por considerarse una cantidad muy conveniente para los fines que la presente investigación persigue, Las Instituciones educativas escogidas según criterio del evaluado y por accesibilidad para el desarrollo del presente proyecto fueron 2 Instituciones Educativas del Distrito de Huanchaco, cuyas edades oscilaron entre 12 y 15 años de edad.

Tabla 2

Distribución de la muestra según género con las frecuencias porcentuales

Instituciones Educativas	Género				Total	
	Hombres		Mujeres			
	f	%	f	%	f	%
I.E. "1"	208	40	164	32	372	72
I.E. "2"	76	15	69	13	145	28

2.4. Criterio de selección

2.4.1. Criterios de inclusión:

Estudiantes de 12 a 15 años de edad.

Que deseen participar voluntariamente en el proyecto.

Que pertenezcan a los dos centros educativos considerados en la investigación.

2.4.2. Criterios de exclusión:

Adolescentes que no completen en marcar las respuestas del test.

Adolescentes que marquen más de una respuesta por pregunta.

Adolescentes que obviaron marcar alguna pregunta.

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

2.5.1. Técnica

Se utilizó la técnica de evaluación psicométrica, Aragón (2015) la evaluación psicológica es la disciplina de la psicología científica que estudia y analiza el comportamiento de personas, grupos o

instituciones con diferentes objetivos, tales como: diagnosticar, seleccionar, explicar, etc. utilizando pruebas psicológicas.

2.5.2. Instrumento

Inventario de Depresión Infantil de Kovacs.

2.5.3. Ficha técnica

El Instrumento utilizado en este estudio es el Inventario de Depresión Infantil (Children's Depresión Inventory), cuyo autor es María Kovacs, procedencia: Multi Health Systems. Toronto (Canadá), creado en el año 1977, adaptación española por: Victoria Del Barrio y Miguel Ángel Carrasca en al año 2004. Puede ser aplicado de forma individual o colectiva; el tiempo de aplicación es entre 10 a 25 minutos; tiene como finalidad evaluar la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, y su facilidad de lectura permite la aplicación a partir de los 7 años hasta los 15 años. Su Baremación es Percentilar, típica, Z y T para tres rangos de edad (7-8 años, 9-10 años y 11-15 años de edad), y contiene un manual y ejemplar auto corregible (Kovacs, 2004).

Las puntuaciones generales consideradas son de 0 a 54, el instrumento mide la gravedad del trastorno por escalas, considerando Kovacs un puntaje de 19 como el acceso que separa a los niños con depresión; la escala evalúa manifestaciones de melancolía, culpabilidad, falta de capacidad para experimentar el placer, baja autoestima, dificultades para dormir, agotamiento, pensamientos suicidas; la sintomatología deberá ser estimado por el menor considerando sus pensamientos y sensaciones en los dos últimos meses.

2.5.4. Validez y confiabilidad del instrumento

Confiabilidad

Se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio sobre la estructura factorial obtenida inicialmente por Análisis Factorial Exploratorio. El Análisis Factorial Confirmatorio realizado estimó los parámetros con el método de verosimilitud. El ajuste global hallado a través de Chi- cuadrado no fue adecuado ($X^2=6053,0666$; $gl = 298$; $p=0,001$); en cambio los índices de ajuste calculados, muestran que la estructura propuesta no puede ser rechazada. Por lo tanto, una estructura bidimensional del CDI puede ser utilizada adecuadamente. Entre los índices de ajuste hallados, el GFI (Índice de Bondad de Ajuste) fue 0,937 y el AGFI (índice de bondad de ajuste corregido) de 0.926; ambos indicaron un claro ajuste a los datos y son considerados significativos a partir de 0.90 (Bentler, 1995; citado por Kovacs (2004) El PGFI (Parcimony Goodness of Fit Index) fue de 0.796 y de la misma forma indicó un buen ajuste (Mulaik Et al., 1989; Kovács 2004).

El error cuadrático medio poblacional, RMSEA, fue de 0,050, y es de los índices más relevantes en cuanto a su valor informativo respecto de las diferencias entre el modelo de estructura de covarianza de la muestra y el modelo. Como sugiere Hu y Bentler (1999), un valor de 0,06 es indicador de buen ajuste, en este caso, el valor del RMSEA fue avalado por el reducido intervalo de confianza obtenido (0.049-0,051) y el p-value asociado mayor de 0,50 (PCLOSE-0,560). Todo ello nos permite estimar con precisión el grado de ajuste (Joreskog y Sobón, 1996; Mac Callum, Browne y Sugawuara, 1996).

En cuanto a la confiabilidad obtenida del total de la prueba evaluada mediante el método de Alpha de Cronbach se puede observar que la prueba total alcanza un valor de $a=0.83$, En la

escala Disforia obtiene 0.75, y en la Escala Autoestima Negativa $\alpha=0.78$.

Validez de criterio.

Cassidy et al., (2003, citado por Kovacs 2004)) encuentran que las puntuaciones del CDI Tienen una correlación de 0.60 con los criterios diagnósticos de depresión de clínicos expertos.

Fiabilidad Test -retest

La fiabilidad test- Retest del CDI se analizó en una muestra española, extensa, conformada por 7.759 sujetos, 3.723 mujeres (48%) y 4.031 varones (52%) con edades comprendidas entre 7 y 15 años, con una media de edad de 11,3 años y una desviación típica de 2,34.

Respecto a la puntuación total obtenemos un valor de (0,38) con un intervalo de dos semanas, ligeramente inferior para el factor 1 (0,35) y ligeramente superior para el factor 2 (0,43). Los valores obtenidos no son altos, pero es lo habitual en muestras no clínicas. El factor 1 tiene un (0,352), el factor 2 (0, 435) y en la escala total muestra 0,383.

Al revisar en el contexto Trujillano por Ríos (2015) quien realizó la validez de constructo, en una muestra compuesta por 371 estudiantes del distrito del Porvenir, Trujillo. El procedimiento lo realizó mediante los métodos de correlación Ítem-Test, Ítem-Escala y correlación entre las Sub-Escalas. En la correlación Ítem-Test corregido encontró que los ítems que conforman la prueba presentan un índice de correlación adecuado puesto que los puntajes obtenidos varían entre 0.24 y 0.68, lo que indica que los puntajes son mayores a 0.20 y cumplen el con el criterio de aceptabilidad. (Elosua, 2003; citado por Kovacs 2004).

2.6. Método de análisis de datos.

Para procesar información, una vez terminada la aplicación se realizó primero la limpieza de datos, omitiendo y eliminando aquellos que no hayan cumplido con los criterios de inclusión requeridos, como no haber completado todo el cuestionario, marcar dos veces, estar fuera de la edad correspondiente. Después se le asignó un número a cada uno de los cuestionarios para la realización de su respectiva base de datos en una hoja de cálculo en Excel.

El análisis de los datos inició con la estimación de supuestos de normalidad univariante mediante la media, desviación estándar y los índices de asimetría y curtosis, hallándose valores externos al rango de -1 a 1, mostrando presencia de asimetría y curtosis en la asignación de las respuestas a los ítems (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 2005). El análisis de la multicolinealidad se realizó mediante la matriz de correlaciones de Pearson encontrándose valores menores a .90, indicando ausencia de multicolinealidad (Arias, 2008).

Con estos resultados se procedió a evaluar las cargas factoriales estandarizadas, los errores de medición y la correlación entre factores latentes mediante el Análisis Factorial confirmatorio utilizando el método de los Mínimos cuadrados no ponderados el cual no exige que todas las variables posean una distribución normal; para luego conseguir los índices que determinaron el ajuste del constructo a la realidad investigada reportando resultados satisfactorios a nivel de ajuste absoluto, considerando un ajuste satisfactorio si los índice de ajuste global $X^2/gl < 3$ (Carmines y Mclver, 1981). RMR < .08 (Hu y Bentler, 1999). GFI > .90 (Jöreskog y Sorböm, 1984). Asimismo, en los índices de ajuste comparativo NFI = > .90 (Bentler y Bonet, 1980). y RFI > .90 (Bollen, 1986). Igualmente, en los índices de ajuste corregido por parsimonia PNFI > .50 y PGFI > .50 (James, Mulaik y Brett, 1982), coincidiendo con Uriel y Aldás (2005) en GFI = > .90, NFI = > .90. Así

mismo, se encontraron cargas factoriales estandarizadas y errores de medición diferentes y no correlacionados para los ítems, indicando la no equivalencia entre ítems para medir cada factor y decidiéndose por utilizar el estadístico Omega de McDonald (1999) para estimar de forma puntual e intervállica al 95% de confianza la consistencia interna de cada factor.

2.7. Aspectos éticos

Para la realización de esta investigación se inició haciendo las respectivas coordinaciones con los directores de las instituciones educativas en las que se aplicó el instrumento, para lo cual se contó con una carta emitida por la Escuela de Psicología de la Universidad Cesar Vallejo.

Asimismo, se explicó a los estudiantes como va a ser su participación, las características de la investigación y de despejar dudas si hubiera durante la evaluación. Así como también se les informó acerca de los objetivos del estudio, indicando que su participación es voluntaria y tienen el derecho de no desarrollarlo si así lo desean. Igualmente, se informó que la información adquirida durante el proceso de la investigación es privada y con usos exclusivamente de investigación, que una vez siendo codificadas y vaciadas los datos, las pruebas terminarán siendo destruidas. Igualmente, se les hizo de su conocimiento, a los participantes que se mantendrá la confidencialidad el respeto y la protección de identidad del mismo, para lo cual la evaluación es anónima.

Para la aplicación del instrumento se solicitó la firma de la carta testigo de cada uno de los docentes responsables de cada una de las aulas.

Se proporcionó al docente información sobre la razón del estudio a fin de aclarar aspectos que no hayan quedado claros, asumiendo la responsabilidad de evitar consecuencias perjudiciales para los participantes.

Por otro lado, el Colegio de Psicólogos del Perú (2017) señala en el código de ética profesional del psicólogo peruano, en el capítulo X, del artículo 57, que el Profesional debe explicar al evaluado respecto “la naturaleza, propósito y resultados de la prueba, en un lenguaje claro y constructivo protegiendo de cualquier situación que pueda poner en riesgo su estabilidad emocional” (p. 8).

III.RESULTADOS

3.1. Evidencias de validez basada en la estructura interna

En la tabla 3.

Al revisar la normalidad univariada de los ítems se aprecia que el ítem 5 presenta distribución severamente sesgada con respecto a la curva normal (asimetría > -3) con tendencia de respuesta inclinada por sobre el promedio. Luego los ítems 1, 3, 9, 12, 17, 20 y 27 reportan asimetría ligeramente desviada de la curva normal con puntuaciones por debajo de la media (Asimetría > 1), en tanto los ítems 5, 7, 8, 10, 11, 16, 18, 21 y 25 inclinan sus puntuaciones ligeramente sobre la media. Los restantes 11 ítems reportan puntuaciones ajustadas en la curva normal (Asimetría $< \pm 1$).

En la tabla 4 se reportan las correlaciones entre los ítems, encontrándose valores entre $-.46$ a $.44$, evidenciando la ausencia de multicolinealidad (Arias, 2008).

Tabla 3

Estadísticos descriptivos, medias, desviación estándar, asimetría y curtosis del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs.

Ítems	M	DE	g1	g2
1 Tristeza	1,15	0,40	2,81	7,60
2 Desesperanza	2,46	0,56	-0,42	-0,81
3 Sentimientos de inutilidad	1,23	0,48	1,95	3,05
4 Anhedonia general	1,45	0,54	0,61	-0,82
5 Autoimagen negativa	2,91	0,35	-3,99	16,20
6 Pesimismo	1,50	0,59	0,73	-0,44
7 Odio a si mismo	2,84	0,41	-2,60	6,35
8 Culpabilidad	2,68	0,56	-1,60	1,58
9 Ideas suicidas	1,32	0,53	1,33	0,81
10 Llanto	2,80	0,55	-2,65	5,53
11 Aprensión, preocupación	2,48	0,75	-1,04	-0,43
12 Reducción del interés social	1,31	0,52	1,39	0,97
13 Indecisión	2,36	0,60	-0,34	-0,67
14 Autoimagen física negativa	1,49	0,52	0,30	-1,36
15 Tareas del colegio	2,19	0,71	-0,29	-1,01
16 Disturbio del sueño	2,57	0,68	-1,29	0,30
17 Fatiga	1,22	0,52	2,30	4,30
18 Disminución del apetito	2,51	0,77	-1,15	-0,33
19 Preocupación somática	1,77	0,71	0,37	-0,99
20 Sentimientos de soledad	1,41	0,59	1,13	0,26
21 Anhedonia en el colegio	2,57	0,62	-1,13	0,21
22 Aislamiento social, falta de amigos	1,48	0,56	0,63	-0,66
23 Declinamiento escolar	1,49	0,60	0,82	-0,32
24 Autoimagen negativa en comparación con los pares.	2,28	0,62	-0,28	-0,65
25 Sentimientos de no ser querido	2,76	0,48	-1,81	2,45
26 Desobediencia	1,72	0,69	0,42	-0,85
27 Problemas interpersonales.	1,12	0,35	2,70	6,66

Nota: M= Media; DE= Desviación estándar; g1= Asimetría; g²=Curtosis

Tabla 4

Matriz de correlaciones de los ítems del Inventario De Depresión Infantil De Kovacs

Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
1	--																											
2	-,24	--																										
3	,44	-,27	--																									
4	,19	-,17	,17	--																								
5	-,14	,13	-,21	-,14	--																							
6	,16	-,12	,25	,11	-,04	--																						
7	-,31	,31	-,24	-,12	,16	-,10	--																					
8	-,28	,28	-,37	-,22	,27	-,14	,31	--																				
9	,29	-,22	,30	,15	-,12	,12	-,31	-,25	--																			
10	-,33	,14	-,21	-,04	,08	-,10	,23	,18	-,31	--																		
11	-,18	,13	-,10	-,05	,10	-,12	,18	,17	-,17	,27	--																	
12	,14	-,17	,13	,29	-,12	,09	-,13	-,18	,11	-,09	-,10	--																
13	-,11	,28	-,21	-,11	,06	-,10	,23	,27	-,17	,15	,17	-,12	--															
14	,14	-,34	,21	,15	-,09	,03	-,31	-,23	,13	-,13	-,05	,22	-,29	--														
15	-,05	,21	-,13	,01	-,01	-,06	,12	,13	-,09	,07	,09	-,04	,25	-,23	--													
16	-,21	,20	-,26	-,12	,12	-,18	,23	,14	-,27	,16	,17	-,20	,19	-,18	,18	--												
17	,24	-,09	,18	,11	-,08	,15	-,22	-,20	,20	-,20	-,26	,16	-,16	,10	-,10	-,31	--											
18	-,13	,14	-,15	-,11	,01	-,07	,19	,10	-,24	,09	,15	-,10	,18	-,16	,21	,24	-,10	--										
19	,04	-,06	-,01	,11	,02	,01	,01	-,01	-,03	-,01	-,09	,07	-,02	,13	-,02	,02	-,01	-,03	--									
20	,28	-,24	,28	,20	-,10	,10	-,30	-,33	,30	-,28	-,20	,26	-,24	,26	-,09	-,25	,28	-,23	,06	--								
21	-,19	,20	-,23	-,20	,07	-,09	,13	,15	-,12	,12	,11	-,24	,12	-,10	,07	,22	-,21	,07	,06	-,32	--							
22	,15	-,13	,13	,13	-,23	,05	-,17	-,14	,18	-,17	-,09	,16	-,20	,20	-,09	-,13	,16	-,04	-,01	,23	-,12	--						
23	,22	-,27	,31	,07	-,04	,10	-,16	-,22	,24	-,14	-,09	,17	-,25	,33	-,24	-,28	,24	-,20	,02	,31	-,21	,17	--					
24	-,19	,30	-,26	-,12	,15	-,07	,25	,23	-,26	,18	,14	-,17	,25	-,34	,21	,32	-,12	,26	-,10	-,27	,09	-,10	-,34	--				
25	-,31	,29	-,39	-,17	,11	-,09	,35	,31	-,34	,25	,11	-,21	,25	-,26	,09	,30	-,22	,18	,01	-,46	,30	-,22	-,30	,30	--			
26	,01	,01	,03	-,01	-,07	,03	-,02	-,03	,01	,06	-,02	,07	,04	,02	-,04	,01	,03	,10	-,04	,04	-,07	,04	,14	-,07	-,05	--		
27	,18	-,15	,20	,11	-,24	,08	-,23	-,20	,09	-,16	-,02	,15	-,09	,21	-,17	-,22	,21	-,08	,12	,19	-,19	,12	,24	-,18	-,19	,18	--	

La tabla 5

Se muestra los coeficientes estandarizados de las cargas factoriales con valores entre -.56 a .56 en el factor Disforia y -.62 a .61 en el factor autoestima negativa, con una relación de .87 entre ambos factores estimados mediante el método de mínimos cuadrados no ponderados.

Además, el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs reporta resultados satisfactorios a nivel de ajuste absoluto ($X^2/ gl = 2.22$, $RMR = 0.17$, $GFI = .95$); comparativo, con $NFI = .91$, $RFI = .90$ e índice de ajuste parsimonioso $PNFI = .93$ y $PGFI = .82$, para la muestra de adolescentes del distrito de Huanchaco. No obstante, al revisar la relación de los ítems con el factor por medio de las cargas factoriales, se aprecia que los ítems 26, 19, 6 de disforia y el ítem 5 de autoestima negativa presentan valores que no alcanzan el .30.

Por otro lado, ambas dimensiones presentaron consistencia interna medidas con el Coeficiente Omega de McDonald, obteniéndose para Disforia ($\omega = .66$; $IC95\% .62 - .70$) y para Autoestima negativa ($\omega = .79$; $IC95\% .76 - .82$).

Además, al haber trabajado con el paquete AMOS y con el método de Mínimos cuadrado no ponderados los índices que arroja son ajuste absoluto, (X^2/gl , RMR , GFI comparativos, NFI y RFI y corregido por parsimonia, $PNFI$ y $PGFI$). Por otro lado, el reporte del índice de ajuste CFI , $RMSEA$ Y $SRMR$ se trabaja con el método de Máxima verosimilitud, el cual, según Arias (2008) exige el cumplimiento de una serie de supuestos, tales como, el tamaño de muestra mayor a 1000, Normalidad multivariada, Normalidad Univariada, con ausencia de asimetría y curtosis elevada; coincidiendo con Ximénez y García (2005) cuando se viola el supuesto de

normalidad, y las cargas factoriales son bajas el método más utilizado es el de Mínimos cuadrados no ponderados.

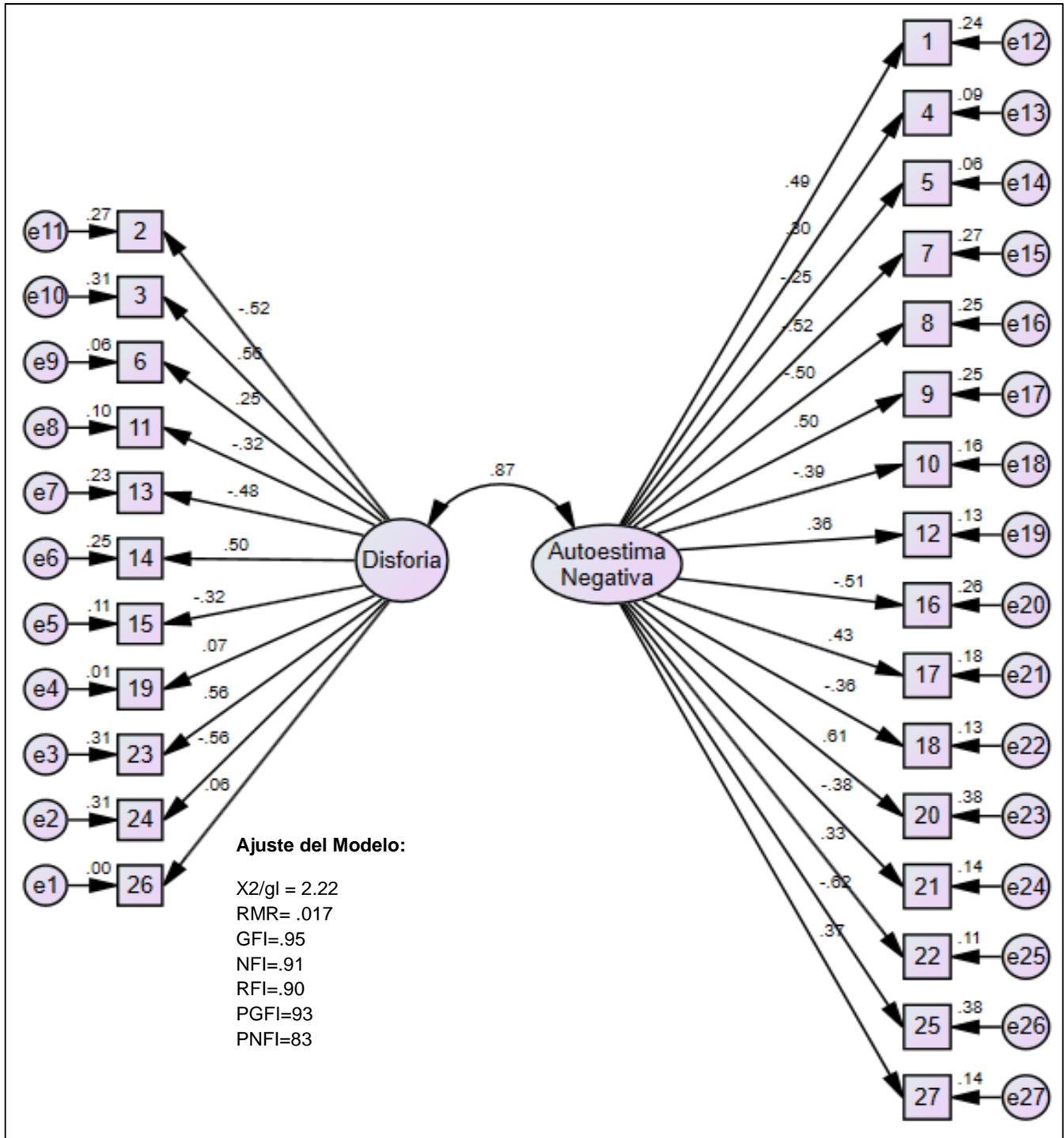
Tabla 5

Cargas factoriales de los ítems del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs.

Ítems	Disforia	Autoestima Negativa
26 Desobediencia	.06	
24 Autoimagen negativa en comparación con los pares.	-.56	
23 Declinamiento escolar	.56	
19 Preocupación somática	.07	
15 Tareas del colegio	-.33	
14 Autoimagen física negativa	.50	
13 Indecisión	-.48	
11 Aprensión, preocupación	-.32	
6 Pesimismo	.25	
3 Sentimientos de inutilidad	.56	
2 Desesperanza	-.52	
1 Tristeza		.49
4 Anhedonia general		.30
5 Autoimagen negativa		-.25
7 Odio a si mismo		-.52
8 Culpabilidad		-.50
9 Ideas suicidas		.50
10 Llanto		-.39
12 Reducción del interés social		.37
16 disturbio del sueño		-.51
17 Fatiga		.43
18 Disminución del apetito		-.36
20 Sentimientos de soledad		.61
21 Anhedonia en el colegio		-.38
22 Aislamiento social, falta de amigos		.33
25 Sentimientos de no ser querido		-.62
27 Problemas interpersonales.		.37
Dimensiones	1	2
1. Disforia	-	.87
2. Autoestima		-

Figura 1

Se muestra el Diagrama de senderos del modelo de dos factores del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en adolescentes, estimados mediante el método de mínimos cuadrados no ponderados.



IV.DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente estudio fue conocer las evidencias de validez del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en una muestra de 517 adolescentes, con edades entre 12 y 15 años, del distrito de Huanchaco en la provincia de Trujillo.

Al finalizar la investigación se confirmó que el cuestionario presenta evidencias de validez que garantizan su aplicabilidad, en la medida se cumplan las recomendaciones que, en función de los resultados, aquí se determinen. Con lo presentado a continuación, además de responder a los objetivos planteados, se corroboró la teoría planteada por Kovacs (2004) con los datos empíricos sobre la medida de la depresión en un modelo de dos factores: Disforia (humor depresivo, tristeza y melancolía, irritabilidad, tensión, ansiedad) y autoestima negativa (juicios de infancia, fealdad, maldad, culpa, etc.).

En primer lugar, se procedió a determinar evidencias basadas en la estructura interna del instrumento, por medio del análisis factorial confirmatorio, por ser una herramienta de mayor precisión y optimización de sus resultados, que proporcionan establecer resultados congruentes, compactos y estables, contrastando las hipótesis respaldado por un soporte teórico (Morales, 2013).

Asimismo, con base en el análisis factorial confirmatorio, el procesamiento de datos se realizó mediante el método de Mínimos cuadrados no ponderados, encontrándose ajuste satisfactorio en todos los índices, tanto absoluto, $X^2/gl = 2.22$ considerado aceptable (Carmines y Mclver, 1981), $RMR = .017$ buen ajuste (Hu y Bentler, 1999) y $GFI = .96$, buen ajuste (Jöreskog, & Sorböm 1984); Asimismo, en los índices de ajuste comparativo $NFI = .91$ considerado un ajuste aceptable (Bentler y Bonet, 1980) y (García 2012); $RFI = .90$ considerado buen ajuste (Bollen, 1986). Igualmente, en los índices de ajuste corregido por parsimonia se encontró en el $PNFI = .83$ aceptable y $PGFI = .82$ considerado buen ajuste (James, Mulaik y Brett, 1982) esto concuerda con (Uriel y Aldás, 2005) y (García, 2012).

Por otro lado, en lo que respecta a las cargas factoriales en la relación ítem escala, se observa la existencia de adecuados índices de correlación en la mayoría de los ítems que, según Zamora, Monroy y Chávez (2010) las cargas factoriales mayores a .30 son consideradas relevantes para ese factor, lo cual es corroborado por Méndez y Rondón (2012) resultados mayores .30 son considerados aceptables. A excepción de los ítems 6, 19 y 26 correspondientes a la escala de Disforia y del ítem 5 en la escala de Autoestima negativa cuyos valores de sus cargas factoriales no son representativos, por lo tanto, no cumplen con el criterio de la relevancia práctica y no están aportando lo suficiente en la medida de las dimensiones que le corresponden. Estos ítems se detallan a continuación:

El ítem 6: *-A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas. -Me preocupa que me ocurran cosas malas. – Estoy seguro que me ocurran cosas muy terribles.* En este ítem el uso de intensificadores (cambio de malo a terrible), con la intención de dar más intensidad a la oración, que genera un cambio brusco en la secuencia mental de los evaluados por falta de claridad y precisión en la pregunta.

Igual situación sucede en el ítem 5 cuyo enunciado es: *-Soy malo siempre, - Soy malo muchas veces y - Soy malo algunas veces.* El término malo es ambiguo para los adolescentes; esto se evidenció al momento de la aplicación pues, los evaluados presentaron dudas para marcar estos ítems, por la confusión a que se refería el término “malo” en el ítem 5 y los términos “cosas malas” y “cosas terribles” en el ítem 6.

En el ítem 6. Los evaluados realizaron interrogantes como: ¿A qué se refiere malo? ¿Qué quiere decir con terrible?, ¿malo en la casa o en el colegio? entre otras. En relación al uso de términos sin ambigüedades en la construcción de los ítems en un instrumento de evaluación, Muñiz (2005, citado por Muñiz y Fonseca, 2008) refiere los requisitos básicos que deben regir en la construcción de un ítem son: Representatividad, relevancia, diversidad, claridad, sencillez y comprensibilidad. En tal sentido; se sugiere la evaluación de la semántica y un nuevo fraseo de estos ítems a través de una evaluación para confirmar su adecuada comprensión en los evaluados.

El ítem 19 relacionado a la preocupación por la enfermedad, que en detalle se expresa:

-No me preocupa el dolor ni la enfermedad. -Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad. -Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad. Este ítem está relacionado a las experiencias que el adolescente haya tenido con lo referente a algunas situaciones dolorosas o padecimiento de enfermedades del propio adolescente o de alguna persona cercana a su entorno familiar; coincidiendo con lo planteado por Beck, Rush, Show y Emery (1983, citado por Abello, et al. 2014) las personas que presentan depresión habrían experimentado experiencias negativas en alguna etapa temprana de su vida, que originan en sus pensamientos esquemas cognitivos inapropiados o pensamientos irracionales, manifestándose a través de los síntomas objetivos de la depresión en las diferentes áreas de la persona como son: síntomas emocionales, cognitivos, motores, conductuales y sociales.

Igualmente, Kellner (1989; Oblitas 2010) menciona que, ciertas experiencias tempranas de la vida predisponen al adolescente a centrar su atención sobre síntomas corporales. Eventos como haber tenido durante la infancia familiares enfermos, presenciar la muerte de algún ser querido u otras experiencias que aumenten la concepción de vulnerabilidad física pueden comenzar a experimentar ansiedad o preocupación por futuras consecuencias de dolor y enfermedad, lo que, a su vez, los lleva a percibir de forma selectiva las sensaciones somáticas. Si el adolescente ha vivido alguna de estas experiencias dolorosas aceptará como válido el término de preocupación por el dolor y la enfermedad, caso contrario emitirá una respuesta que podría estar sesgada que terminaría debilitando el aporte del ítem al factor.

En lo que respecta al ítem 26 hace referencia a.

-Generalmente hago lo que me dicen. – Muchas veces no hago lo que me dicen. – Nunca hago lo que me dicen; se puede evidenciar que en el presente ítem existe el uso de la palabra “no”, cuyo término es confuso para las personas. Lisa (2010) refiere que la mente humana tiene un lenguaje distinto al que se utiliza con palabras; el cerebro convierte toda palabra en símbolos e imágenes.

La mente siempre necesitará una imagen para asociar a los pensamientos. Asimismo, expresa que hay palabras que la mente no puede traducir en una imagen. En el término “NO”. La expresión negativa no tiene una representación en imágenes para el cerebro; por eso cuando uno dice “no quiero tal cosa”, lo que el cerebro ve es “la tal cosa”. Por lo tanto, cada vez que se pronuncian negaciones la mente solo puede traducir en imágenes la parte que expresa el pensamiento, más no su negación. Al respecto Abad, García, Gil, Olea, Ponsoda y Revuelta (2004), en lo referente a redacción del ítem, recomiendan evitar el uso de negaciones y si se incluye subrayarla, por la confusión que eso puede conllevar al momento de marcar de los evaluados y por ende influir en los resultados de medida.

Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Ramírez (2009), Mengana (2013) y León (2013) en los cuales los resultados de las cargas factoriales de algunos ítems están por debajo de los valores óptimos a .30 (ítem 5 =.22 .19), (ítem 6 =.21 y .28) (ítem 19=.20 .13 y .28) y el (ítem 26 =. 13 .13).

Para determinar el coeficiente de confiabilidad en la presente investigación se utilizó el Coeficiente Omega puesto que, al trabajar con cargas factoriales no se ve afectado por el rango de escala de medida y el tamaño de los ítems, evidenciando adecuados niveles de fiabilidad. En segundo lugar, el Coeficiente Omega no depende del número de ítems (Mc-Donald, 1999); éste refleja un efectivo nivel de fiabilidad (Timmerman, 2005), obteniendo altos niveles de confiabilidad. Estos resultados son similares a los encontrados por estudios internacionales como: Del Barrio y Carrasco (2004, citado por Kovacs, 2004), Mengana (2013), Miranda, et al. (2016) y Segura et al. (2010) además, en estudios realizado por investigadores peruanos como: Arévalo (2008), Segura (2010) y Ríos (2015), que obtuvieron niveles altos de confiabilidad, cuyos valores reportados fueron de .82 y .91 consecutivamente. Sin embargo, difieren del estudio realizado por Ramírez (2009), Del Barrio, et al. (2002) y León (2013) cuyos resultados fueron valores moderados de confiabilidad con valores de .71 a .79 respectivamente.

A través de estos resultados se evidencia el buen grado de funcionamiento de la prueba en la población en estudio, específicamente en el distrito de

Huanchaco. En tal sentido Kats (2006, citado por Ventura -León y Caycho - Rodríguez, 2007) hace referencia que para considerar un valor aceptable de confiabilidad pueden aceptarse valores superiores a .65, siendo más representativos valores entre .70 a .90 (Campo, Arias & Oviedo, 2008; citado por Ventura – León y Caycho – Rodríguez, 2017).

Los resultados, acorde al modelo de evaluación propuesto por Kovacs (2004), quien a su vez para elaborar el Inventario de Depresión Infantil se basó en la teoría cognitiva de Beck, confirman la medición de la depresión siguiendo tal diseño, el cual estructura la triada cognitiva de los ítems que se relacionan como son 5, 7, 14 y 24 que describe la visión negativa de sí mismo; los ítems 3 y 8 se refieren a la visión negativa de sus experiencias mientras que los ítems 02, 06 y 19 están referidos a la visión negativa del futuro. (Abello, et al. 2016).

Igualmente, el contenido de los ítems reúne algunos errores cognitivos como: *“Nunca me va a salir nada bien”* relacionado con la generalización de los acontecimientos y *“Todas las cosas malas son por mi culpa”* vinculado a la personalización. Así mismo, los Ítems también se construyen buscando diferenciar la depresión infantil de la depresión en adultos mediante algunos síntomas como: Odio a sí mismo (ítem 07), declinamiento en el rendimiento escolar (ítem 23), cambios en las tareas del colegio (ítems 15 y 21), desobediencia (ítem 26) problemas interpersonales (ítem 27) (Tomas et al. ,1996; citado en Cuevas y Teva, 2006). Sin embargo, es necesario tener en cuenta la revisión de los ítems 5, 6, 19 y 26 que representaron una medición pobre en sus cargas factoriales.

Por lo antes expuesto, en la presente investigación se aprecia que el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, cuenta con adecuados índices de confiabilidad en la muestra de estudio, además, es un instrumento que servirá de aporte para futuras investigaciones. Sin embargo, es necesario revisar algunos aspectos de redacción de algunos ítems, para fortalecer las evidencias de validez.

V. CONCLUSIONES:

- Se determinó las evidencias de validez basadas en la estructura interna por medio del Análisis Factorial Confirmatorio de la escala bifactorial con índices de ajuste satisfactorio a nivel de ajuste absoluto, comparativo y corregido por parsimonia.
- Se estimó la confiabilidad por medio de la consistencia interna, encontrándose niveles aceptables de confiabilidad en ambas dimensiones .66 disforia a .79 autoestima negativa y de .87 para la escala total.

VI.RECOMENDACIONES:

- Realizar una revisión lingüística de ciertos aspectos de redacción de algunos términos y modificar la redacción de algunos ítems.
- Desarrollar investigaciones de la misma variable en una muestra más extensa para mayor generalización de los resultados.
- Obtener evidencias de validez de criterio con otro instrumento que mida la misma variable en poblaciones similares.

VII. REFERENCIAS

- Abad, F.; García, C., Gil B., Olea, J., Ponsoda, V. & Revuelta, J. (2004). *Introducción a la psicometría- Teoría clásica de los test y teoría de la respuesta al Ítem*. Universidad autónoma de Madrid, Facultad de Psicología.
https://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/cadalso/Docencia/Psicometria/Apuntes/tema1TyP_4.pdf
- Abello, L. D., Cortez, P. O., Barros, V. O., Mercado.O.S., & Solano.L. D. (2014). Infantile depression prevalence in Barranquilla official schools. *Red de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal*, 9(1),190-201.
- Abello, L. D., García, M. E., García, R. P., Márquez, J. L., Niebles, CH. J. & Pérez, P.D. (2016). Perfil cognitivo y prevalencia de depresión, desesperanza y riesgo suicida en jóvenes vinculados al primer nivel de formación en una escuela militar colombiana. *Revista Psicología desde el Caribe*, 33(3), 299-311.
- Abramson, L., Selegmon, M., & Teasdale, J. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87 (1), 49-74.
- Álvaro, E. J., Garrido, L. A., & Schweiger, G. (2010). Una revisión crítica del modelo atributivo a la depresión. *Revista Internacional de Sociología*, 68(2), 333-348.
- Aragón (2015). *Evaluación Psicológica: Historia, fundamentos teórico - conceptuales y psicometría*. (2da ed.). México: Editorial El Manual Moderno.
- Arévalo, L. E. (2008). *Adaptación y estandarización del CDI, para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura*. Investigación Psicológica. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/50593062/Manual-Del-Cdi>.

- Arias, M. B. (2008). Desarrollo de un ejemplo de un análisis factorial confirmatorio con LISREL y SAS Seminario de actualización en Investigación sobre discapacidad SAID 2008. *Universidad de Valladolid*. 75-129.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V*. Arlington: APA.
- Barbara, D., Ingersoll, P. & Goldstein, P. (1995). *A Parents IS Guide to Depression in children and adolescents*. Printed in the United States of America. New York.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.1-46
- Bentler, P.M. & Bonett, D.G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588–606.
- Bollen, K. (1986). Sample size and Bentler and Bonett's non-normed fit index. *Psychometrika*, 51 (3), 375-377.
- Camacho, L. P. (2008). *Validación de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos en población adolescente escolarizada en la ciudad de Bucaramanga* (Tesis de Maestría). Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Recuperado de <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2008/125476.pdf>
- Carmines, E.G. & Mclver, J.P. (1981). Analyzing models with unobserved variables. In Bohrnstedt, G.W. & Borgatta, E.F. [Eds.] *Social measurement: Current issues*. Beverly Hills: Sage.
- Carranza, E. R. (2013). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck Universitarios de Lima. *Revista de Psicología*, 15(2), 170-182. Recuperado de: http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/viewFile/219/128
- Casas, H, M. (2015). *Validación del CDI y CES-DC para la Detección Temprana de Depresión Infantil en Población Colombiana* (Tesis de

- maestría). Universidad de los Andes, Colombia. Recuperado de <http://repositorio.uniandes.edu.co/xmlui/handle/1992/119?show=full>
- Colegio de psicólogos del Perú (2017). Código de Ética Profesional de Psicólogos del Perú. Consejo directivo Nacional. Recuperado de http://www.cpsp.pe/aadmin/contenidos/marcolegal/codigo_de_etica/del/cpsp.pdf
- Cuevas, M., & Teva, I. (2006). *Evaluación y tratamiento de la depresión infantil*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Curvo, A., & Izeedin, R. (2007). Tristeza, Depresión y Estrategias de Autorregulación en Niños. *Tesis Psicológica, (2)*, 35-47.
- Del Barrio, M. (2005). Trastornos depresivos. *Psicopatología del niño y del adolescente* 229-262. Madrid: Pirámide.
- Del Barrio, V. (2001). Avances en la depresión infantil y juvenil. *Información Psicológica, 4 (76)*, 3-23.
- Del Barrio, V., Roa, M.L., Olmedo, M., & Colodrón, F. (2002). *Primera adaptación infantil de CDI-S a población española*. Departamento de personalidad evaluación y tratamiento psicológico. *Facultad de psicología*. Universidad Nacional de Educación a distancia, *Acción Psicológica, 3(1)*, 263-272.
- Feldman, S. R. (2010). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana* (8ª Edición). México D.F: Mc Graw-Hill.
- Fernández, P, A. (2014). Adolescencia, crecimiento emocional, proceso familiar y expresiones humorísticas. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, 50 (2)*, 445-466.
- Figueras, M. A. (2006). *Multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes* (Tesis Doctorado). Universidad de Barcelona, España.
- García, V. M. (2012). *Análisis de las ecuaciones estructurales de la satisfacción ciudadana con los servicios* (Trabajo de Master).

Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2005). *Análisis multivariante*. Madrid: Pearson.
- Hernández, R., Fernández, C., & Batista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta ed.). México D.F.: Mc Graw-Hill.
- Herrera, M.E., Lozada, Y. L., Roja, L. A., & Gooding, L. P. (2009) Prevalencia de la Depresión infantil en Neiva Colombia. *Avances en Psicología Latino Americana*, 27 (1). 154-164. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/799/79911627011.pdf>
- Hu, L.T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Instituto de Salud Mental Honorio Delgado. (2017). El 21% de niños peruanos sufre de depresión. *Andina del Perú para el mundo*, p.1.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Estadísticas a propósito del día Mundial para la prevención del suicidio*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>
- James, L.R., Mulaik, S.A. & Brett, J.M. (1982). *Causal analysis: Assumptions, models and data*. Beverly Hills: Sage.
- Jöreskog, K.G. & Sörbom, D. (1984). *LISREL-VI user's guide* (3rd ed.). Mooresville, IN: Scientific Software.
- Kaslow, N., Stark, K., Printz, B., Livingston, R. & Tsai, S. (1992). Cognitive triad inventory for children: Development and relation to depression and anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 339-347.
- Korman, G. P., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos cognitivos*, 15(1), 119-145. recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v15n1/v15n1a05.pdf>

- Kovacs, M. (1996). Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life Span. *Special Article*,35 (6),705-715.
- Kovacs, M. (2004) Ficha técnica del Inventario de Depresión Infantil. Recuperado de <http://slideplayer.es/slide/8403774/>
- Lang, M., & Tisher, M. (2014). *Cuestionario de depresión para niños CDS*. Madrid: TEA. Recuperado de http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/CDS_extracto_MANUAL_Web.pdf
- León, E. (2013). Adaptación del inventario de depresión infantil de kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana. *Revista PsiqueMag*, 1(1), 27-44. Recuperado de <http://www.ucvlima.edu.pe/minds/index.html>.
- Lisa, N (2010) Tu mente no entiende el NO. Globedia, el diario colaborativo Recuperado de <http://es.globedia.com/tu-mente-no-entiende-el-no>
- Loubat, O. M., Aburto. M. M., & Vega, A. M. (2008). Aproximación de la depresión infantil por parte de Psicólogos que trabajan en COSAM de la Región Metropolitana. *Red de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal*, 26 (2), p-189-197.
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A., & Tomas, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*,30 (3),1151-1169.
- Mac Callum, R, C., Browne, M, w. & Sugawara, H, M. (1996) Power Analysis and Determination of Sample Size for Covariance Structure Modeling *Psychological Methods*,1 (2),130-149.
- Mc Donald, R.P. (1999). *Test Theory: A Unified treatment*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, Inc.
- Méndez, M., C. & Rondón, S. M. (2012). Introducción al análisis factorial exploratorio. *Revista Colombiana de Psiquiatría Bogotá, D.C., Colombia*,41(1) 197-207.

- Mengana, P. K. (2013). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en adolescentes Cubanos de 12 a 15 años* (Tesis de licenciatura), Universidad Central Martha Abreu de las Villas, Santa Clara, Cuba. Recuperado de <http://dspace.uclv.edu.cu/bitstream/handle/123456789/175/Tesis%20de%20Kenia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Miranda, L., Laborín, J., Chávez, A., Sandoval, S., & Torres, N. (2016). Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, Mexico. *Psicología y Salud*, 26(2), 273-282. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/339243511/Propiedades-psicometricas-del-CDI>
- Montero, I. &, León, O. (2007). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. (3rd ed). Madrid. Mc Graw Hill.
- Moral, J. (2013). Validación de un formato simplificado del Inventario de Depresión de Beck BDI -2. *Red de revistas Científicas en América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 21(1), 42-52. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/1339/133929862006/>
- Morales, V. P. (12 de abril, 2013) *El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios*. Recuperado de <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/AnalisisFactorial.pdf>
- Muñiz, J. & Fonseca, E, P. (2008) Construcción de instrumentos de medida para la población universitaria CIBERSAM, Universidad de Oviedo. *Revista de investigación en educación* 5 (s/n) , 13-25.
- Oblitas, G., L. (2010). *Psicología de la Salud y la calidad de vida*. (3°ed.). México.
- Organización mundial de la salud (2017). *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

- Papalia, d., Wendkos, S. y Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. España: Jesús Mares Chacón.
- Peñate, W. (2001). Presentación de un cuestionario básico para evaluar los síntomas genuinos de la depresión. Introducción. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(1), 679-731.
- Pérez, O, L.; Rodríguez, S, E.; Dussan, B, M. & Ayala, A, J. (2007). Caracterización psiquiátrica y social del intento de suicidio atendido en una clínica infantil, 2003-2005. *Rev. Salud Publica*, 1(2),230-240.
- Pinto, B., & Álvarez, E. (2010) Terapia breve y Depresión infantil. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*,8 (1). 87-106. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4615/461545465005.pdf>
- Ramírez, J. (2009). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca* (Tesis de bachiller), Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de https://www.colpsic.org.co/aym_image/files/CodigoEticaPeru.pdf.
- Ríos, M. (2015). *Propiedades psicométricas del inventario de Depresión Infantil de Kovacs, en adolescentes del Distrito El Porvenir* (tesis de licenciatura), Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
- Segura, S., Posada, S., Ospina, S & Ospina, M. (2010) Estandarización del Inventario CDI en niños y adolescente entre 12 y 17 años de edad, del Municipio de Sabaneta del Departamento de Antioquia-Colombia. *International Journal of Psychological Research*, 3 (2), 63-73. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023506008.pdf>
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Timmerman, M. (2005). Factor analysis. Recuperado de <http://www.ppsw.rug.nl/~metimmer/FAMET.pdf>

- Ugarriza, N. & Ecurra, M. (2002). Adaptación psicométrica de la escala de depresión para adolescentes de Reynolds en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona*, 5(1), 83-130.
- Uriel, J., E. & Aldás, M., J. (2005). *Análisis multivariante aplicado*, Thomson (ed.). Madrid, España.
- Vásquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología*.
- Ventura-León, J. L. (2017). ¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(4), 648-649.
- Ventura-León., J. L y Caycho-Rodríguez., T. (2017). El coeficiente omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 15 (1), 625 – 627.
- Veytia, M., González, N., Andrade, P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1), 37-43. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58223290006.pdf>
- Ximénez, M, C. & García, A, G. (2005). Comparación de los métodos de estimación de Máxima Verosimilitud y Mínimos cuadrados no ponderados en el Análisis Factorial Confirmatorio mediante simulación Monte Carlo. *Psicothema*, 17(3),528-535.
- Zamora, M, S., Monroy, C, L. & Chávez, A, C. (2010). Análisis Factorial: Una técnica para evaluar las dimensiones de las pruebas. Centro Nacional de evaluación para la educación superior. México. Recuperado de <http://www.ceneval.edu.mx/documents/20182/0/CuadernoTecnico061aed.pdf/a922a295-93f3-4bd0-9c8b-28a52c499cf5>

ANEXOS

Anexo 01

Declaración de Testigo

Por el medio del presente documento:

Yo _____ docente de la Institución Educativa _____ de Distrito de Huanchaco quien está a cargo de la asignatura de _____, soy testigo que la Sra: Flores Soto Nila Rosmir con DNI N° 16712170, quien es alumna del XI ciclo de la Escuela Académica profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo, ha explicado y resuelto las dudas sobre la aplicación del Instrumento del proyecto de Tesis titulada “Evidencias de validez del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en adolescentes del Distrito de Huanchaco” aplicado a los alumnos que tengo a mi cargo . Teniendo en cuenta a cerca de los objetivos de la evaluación, la confidencialidad y la participación voluntaria de los estudiantes, siendo dicha investigación solo para fines académicos, razón por la cual decido participar como testigo de su realización.

Trujillo 25 de Setiembre del 2017



Cuestionario del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs

Inventario de Depresión Infantil de Kovacs- CDI

aplicación en niños de entre 7 y 15 años

CDI

Edad----- Años-----Meses-----Sexo-----Grado Escolar-

Fecha de hoy -----centro educativo-----

Puntuación-----

INSTRUCCIONES

En el presente cuestionario, No hay respuestas correctas o incorrectas. únicamente señala la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS SENTIDO** últimamente. Marca con una (X) en el círculo de la frase que mejor te describe.

DE LAS TRES FRASES QUE SE PRESENTAN EN CADA PREGUNTA ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO TE SIENTES.

PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE.

1.
 - Estoy triste de vez en cuando
 - Estoy triste muchas veces.
 - Estoy triste siempre.
2.
 - Nunca me saldrá nada bien.
 - No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
 - Las cosas me saldrán bien.
3.
 - Hago bien la mayoría de las cosas.
 - Hago mal muchas cosas.
 - Todo hago mal.
4.
 - Me divierten muchas cosas.
 - Me divierten algunas cosas.
 - Nada me divierte.
5.
 - Soy malo siempre.
 - Soy malo muchas veces.
 - Soy malo algunas veces.
6.
 - A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
 - Me preocupa que me ocurran cosas malas.
 - Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas muy terribles.
7.
 - Me odio.
 - No me gusta como soy.
 - Me gusta como soy.
8.
 - Todas las cosas malas son culpa mía.
 - Muchas cosas malas son culpa mía.
 - Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.
9.
 - No pienso en matarme.
 - Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - Quiero matarme.
10.
 - Tengo ganas de llorar todos los días.
 - Tengo ganas de llorar muchos días.
 - Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.
- 11.

- Las cosas me preocupan siempre.
 - Las cosas me preocupan muchas veces.
 - Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
- 12.
- Me gusta estar con la gente.
 - Muy a menudo no me gusta estar con la gente.
 - No quiero en absoluto estar con la gente.
- 13.
- No puedo decidirme.
 - Me cuesta decidirme.
 - Me decido fácilmente.
- 14.
- Tengo buen aspecto.
 - Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
 - Soy feo.
- 15.
- Siempre me cuesta ponerme hacer los deberes.
 - Muchas veces me cuesta ponerme hacer los deberes.
 - No me cuesta ponerme hacer los deberes.
- 16.
- Todas las noches me cuesta dormirme.
 - Muchas noches me cuesta dormirme.
 - Duermo muy bien.
- 17.
- Estoy cansado de cuando en cuando.
 - Estoy cansado muchos días.
 - Estoy cansado siempre.
- 18.
- La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
 - Muchos días no tengo ganas de comer.
 - Como muy bien.
- 19.
- No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
 - Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.
 - Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.
- 20.
- Nunca me siento solo.
 - Me siento solo muchas veces.
 - Me siento solo siempre.
- 21.
- Nunca me divierto en el colegio.
 - Me divierto en el colegio solo de vez en cuando.
 - Me divierto en el colegio muchas veces.

22.

- Tengo muchos amigos.
- Tengo muchos amigos, pero me gustaría tener más.
- No tengo amigos.

23.

- Mi trabajo en el colegio es bueno.
- Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
- Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.

24.

- Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
- Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
- Soy tan bueno como otros niños.

25.

- Nadie me quiere.
- No estoy seguro de que alguien me quiera.
- Estoy seguro de que alguien me quiere.

26.

- Generalmente hago lo que me dicen.
- Muchas veces no hago lo que me dicen.
- Nunca hago lo que me dicen.

27.

- Me llevo bien con la gente.
- Me peleo muchas veces.
- Me peleo siempre.