



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**“ADAPTACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL
DE KOVACS EN ESTUDIANTES DE 9 A 15 AÑOS DE LA I.E.E.
RICARDO PALMA DE SURQUILLO”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

AUTOR:

BORRERO BRICEÑO JULIO CÉSAR

ASESORA:

DRA. AGUIRRE MORALES MARIVEL TERESA

JURADO:

DR. BUENO CUADRA ROBERTO

DRA. ARAUJO ROBLES ELIZABETH DANY

DRA. ÁLVAREZ MACHUCA MILITZA CARMEN

LIMA-PERÚ

2018

DEDICATORIA:

**A Dios Todopoderoso que me acompañó en
todo momento en recorrer este camino**

**A mi esposa Irma Flor
A mis hijos: Vany, Kary, Mily, Angelita y Julio César
A mis nietos: Vicente, Gael, Aitana y Julieta
A mi madre María Hortensia**

**A mis profesores y asesores de la Universidad
que generosamente impartieron sus enseñanzas
y por el tiempo que dieron para culminar
este trabajo**

A Eduardo Ruelas (+) por sus consejos en psicometría

RESUMEN

El estudio es la adaptación semántica del Inventario Children Depresión Inventory - CDI de Kovacs (2004) para el diagnóstico de la depresión en niños y adolescentes, para alumnos comprendidos en las edades de los 9 y 15 años de la I.E.E. Ricardo Palma de Surquillo. El tamaño poblacional fue 1800 alumnos con una muestra de 381 alumnos. Se realizó la validez de contenido a través de juicio de 10 jueces, la fiabilidad interna alcanzó un Alfa de Cronbach aceptable de 0,78, una adecuada correlación ítem-test (alfa entre 0,75 y 0,79), presenta una estabilidad temporal en un período de 30 días de $r=0,89$. Con el STAI presentó una correlación positiva de $r=0,73$ para la validez de constructo convergente y para encontrar la validez de criterio concurrente se utilizó el cuestionario CDS alcanzando una correlación positiva de $r=0,71$; mientras tanto en el análisis factorial exploratorio se encuentran dos factores: Disforia y Autoestima Negativa. En la aplicación del test se encontró que el puntaje más alto se aprecia en los adolescentes (nivel secundario) y que las alumnas son más propensas a éstos que los alumnos. Por todo ello, se concluye que el CDI adaptado sí mide depresión infantil y adolescente en la población estudiada.

Palabras clave: Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, adaptación, semántica, niños, adolescentes.

ABSTRACT

The study is the semantic adaptation of the Inventory Children Depression Inventory - CDI of Kovacs (2004) for the diagnosis of depression in children and adolescents, for students included in the ages of 9 and 15 years of the I.E.E. Ricardo Palma de Surquillo. The population size was 1800 students with a sample of 381 students. The content validity was judged by 10 judges, the internal reliability reached an acceptable Cronbach's alpha of 0.78, a suitable item-test correlation (alpha between 0.75 and 0.79), as well as a stability Considerable time of $r = 0.89$ over a period of 30 days. On the other hand, it presents a considerable concurrent criterion validity with the CDS questionnaire ($r = 0.71$); While the convergent construct validity obtained a positive correlation ($r = 0.73$) with the STAIC. The validity in the exploratory factor analysis shows that two factors are found: Dysphoria and Negative Self-Esteem. With regard to depressive symptoms, it is higher in the adolescents (secondary level) and the students present greater depressive symptoms than the students. Therefore, it is concluded that the adapted CDI does measure childhood and adolescent depression in the population studied.

Key words: Kovacs Child Depression Inventory, adaptation, semantics, children, adolescents.

ÍNDICE

	Páginas
INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO I	
1. Planteamiento del Problema	
1.1. Antecedentes de los tests psicológicos	11
1.1.1. Antecedentes del Inventario CDI de Kovacs	13
1.1.1.1. Confiabilidad del CDI de Kovacs	16
1.1.1.2. Validez del CDI de Kovacs	18
1.1.1.3. Adaptación del CDI de Kovacs en el Perú	23
1.2. Planteamiento del problema	
1.2.1. Descripción del problema	25
1.2.2. Formulación del problema	28
1.3. Objetivos	
1.3.1. Objetivo general	28
1.3.2. Objetivos específicos	28
1.4. Justificación	29
1.5. Alcances y limitaciones	29
CAPITULO II	
2. Marco Teórico	
2.1. Teorías Generales	
2.1.1. Teoría de los tests psicológicos	31
2.1.1.1. Teoría clásica de los test – TCT	31
2.1.1.2. Teoría de respuesta al ítem – TRI	38
2.1.1.3. Comparación de la TCT con la TRI	41
2.2. Bases Teóricas	
2.2.1. Definición y características de la depresión infantil	41
2.2.2. Evaluación de la depresión infantil y adolescente	55
2.3. Marco Conceptual	
2.3.1. Definición y características de los tests psicométricos	64
2.3.1.1. Ámbito de aplicación	64
2.3.1.2. Fiabilidad psicométrica	66

2.3.1.2.1.	Coeficiente Alfa de Cronbach	67
2.3.1.2.2.	Método Test – retest	68
2.3.1.2.3.	Método de las dos mitades	69
2.3.1.2.4.	Método de las dos mitades de Guttman	69
2.3.1.2.5.	Otros métodos de fiabilidad interna	69
2.3.1.3.	Validez psicométrica	71
2.3.1.3.1.	Validez de contenido	73
2.3.1.3.2.	Validez predictiva	75
2.3.1.3.3.	Validez de constructo	76
2.3.1.3.4.	Validez de constructo convergente	76
2.3.1.3.5.	Validez de constructo concurrente	76
2.3.1.3.6.	Validez factorial	77
2.3.2.	Proceso de adaptación del test psicométrico	78
2.3.2.1.	Adaptación de la prueba psicológica	78
2.3.2.2.	Proceso de traducción en la adaptación	82
2.3.2.3.	Proceso de adaptación semántica y lingüística	83
2.4.	Hipótesis	86

CAPITULO III

3. Metodología

3.1.	Tipo y diseño de la investigación	87
3.2.	Población y muestra	87
3.3.	Técnicas de investigación	88
3.3.1.	Instrumentos de recolección de datos	93
3.3.1.1.	Children Depresión Inventory – CDI	93
3.3.1.2.	Cuestionario de Depresión para Niños – CDS	94
3.3.1.3.	Cuestionario de Autoevaluación de la Ansiedad –STAIC	97
3.3.2.	Procesamiento y análisis de datos	100
3.3.2.1.	Procesamiento de la muestra	100

CAPITULO IV

4. Presentación de los resultados

4.1.	Análisis de los resultados del CDI adaptado	102
------	---	-----

4.1.1. Análisis de confiabilidad del CDI	102
4.1.2. Análisis de validez del CDI	106
4.1.3. Calificación general del CDI	114
4.1.4. Normas percentilares del CDI	118
CAPITULO V	
5.1. Discusión	120
5.2. Conclusiones	136
5.3. Recomendaciones	137
5.4. Referencias	138
ANEXOS	
Anexo A: Ficha Técnica y Cuestionario adaptado del CDI	143
Anexo B: Consentimiento informado para padres o tutores	148
Anexo C: Ficha de validez de contenido para juicio de jueces	150

TABLAS

Tabla 1: Diferencias entre la teoría clásica y la teoría de respuesta a los ítems	40
Tabla 2: Principales síntomas clínicos en la depresión infanto-juvenil	44
Tabla 3: Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según la CIE-10	46
Tabla 4: Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10	47
Tabla 5: Criterios diagnósticos de episodio depresivo según DMS – 5	48
Tabla 6: Diagnóstico de la depresión mayor y otros trastornos psiquiátricos	49
Tabla 7: Comorbilidad de la depresión mayor en niños y adolescentes	49
Tabla 8: Vulnerabilidad y protección en la depresión infanto-juvenil	54
Tabla 9: Cuestionarios utilizados para la evaluación de la depresión	56
Tabla 10: Entrevistas utilizadas en la depresión de niños y adolescentes	59
Tabla 11: Ventajas y desventajas de los tests psicométricos	64
Tabla 12: Variables de estudio del CDI	89
Tabla 13: Confiabilidad: Alfa de Cronbach del CDI	103
Tabla 14: Correlación ítem – test del CDI	104
Tabla 15: Confiabilidad por mitades del CDI	105
Tabla 16: Indicadores de asociación de test - retest del CDI	106
Tabla 17: Validez de contenido a juicio de jueces del CDI	107
Tabla 18: KMO y prueba de Barlett del CDI	108
Tabla 19: Método Kaiser para buscar el número de factores del CDI	110
Tabla 20: Análisis de componentes principales del CDI	111
Tabla 21: Método de rotación: normalización varimax con káiser del CDI	112
Tabla 22: Correlaciones entre el CDI y el STAI	113
Tabla 23: Correlaciones entre el CDI y el CDS	114
Tabla 24: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la muestra de nivel primario	115
Tabla 25: Alumnos del nivel primario por edad y sexo	115
Tabla 26: Alumnos del nivel primario por edad y grado escolar	116
Tabla 27: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para muestra de nivel secundario	117
Tabla 28: Alumnos del nivel secundario por edad y sexo	117
Tabla 29: Alumnos del nivel secundario por edad y grado escolar	118
Tabla 30: Percentiles del CDI sexo masculino	119
Tabla 31: Percentiles del CDI sexo femenino	119
Tabla 32: Baremos generales del CDI	119

FIGURAS

Figura 1: Método de Catell para la determinación del número de factores 110

INTRODUCCIÓN

La psicología como ciencia requiere establecer métodos descriptivos y métodos de medida con los cuales fijar y valorar los fenómenos que se han de considerar, es decir, fijar métodos de evaluación de procesos (Del Barrio, 2014). La psicología no sólo pretende describir, clasificar, predecir y explicar de acuerdo con ciertas leyes, sino que también trata de aprovechar dichos conocimientos para intervenir. Esta triple meta de “saber”, “prever” y “poder” ha estado presente también en el estudio psicológico del niño desde sus primeros tiempos y requieren de métodos de evaluación científicos. El estudio de la evaluación infantil no ha hecho sino crecer desde la propia fundación de la psicología científica a finales del siglo XIX, donde el retraso mental y las deficiencias auditivas fueron los temas estelares, pero los avances han sido especialmente numerosos, en tiempos recientes (Del Barrio, 2014). En consecuencia, la evaluación psicológica en niños y adolescentes ocupa un papel relevante, puesto que permite no sólo el diagnóstico de los problemas, sino también la prevención tanto primaria como secundaria de los mismos, cosa que es hoy imprescindible característica de una buena evaluación.

En la actualidad, la evaluación psicológica infantil y adolescente destaca por su postura integradora, interdisciplinar y ecléctica, siendo difícil determinar los límites de cada aproximación y observándose una complementariedad entre la evaluación tradicional y la conductual (Del Barrio, 2014). Todo ello ha conllevado una proliferación de instrumentos de evaluación, así como la mejora de las garantías científicas, y la aplicación de diferentes modelos de evaluación psicológica a ámbitos aplicados. En los últimos años diversas publicaciones coinciden al señalar la importancia de la evaluación psicológica en la infancia y adolescencia desde el punto de vista de las actividades profesionales.

El Inventario de depresión infantil de Kovacs, cuyo nombre original en inglés es Children's Depression Inventory (CDI), es el instrumento más utilizado y aceptado por los diversos expertos en el tema de la depresión infantil y adolescente (Del Barrio, 2005). El CDI, al ser el primer instrumento publicado para evaluar la depresión infantil, ha sido extensamente utilizado y se ha convertido en un instrumento básico. Su aplicación en diferentes contextos permite la comparación de los datos obtenidos en muestras de diversos países y continentes (Kovacs, 2004).

Por estas razones, en el presente trabajo de investigación se plantea realizar una adaptación semántica del CDI (Tea Ediciones, 2004) con la finalidad de evaluar a un grupo de estudiantes de ambos sexos comprendidos entre los 9 y 15 años de edad de la I.E.E. Ricardo Palma de Surquillo; así como determinar sus características psicométricas de validez y confiabilidad.

Para ello, se ha realizado una revisión teórica en la que se aborda la historia, descripción y características de la depresión infantil y se revisan los datos epidemiológicos de la depresión infanto juvenil en el Perú y se describe detalladamente los factores de riesgo.

Posteriormente, se realiza una descripción del CDI y de sus características psicométricas. Por último, se describe el método mediante el cual se realizó esta investigación, se obtienen los resultados y luego de la discusión pertinente arribamos a las conclusiones y recomendaciones que presentamos al final.

CAPITULO 1

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes de los test psicológicos

Los tests psicológicos constituyen seguramente la tecnología más sofisticada de la que disponen los psicólogos para ejercer su profesión, por eso no es infrecuente que la sociedad identifique a los psicólogos con los tests (Muñiz, 2010). Naturalmente, unos psicólogos utilizan los tests más que otros, dependiendo de su campo profesional y de su forma de trabajar. Los tests son muestras de conducta que permiten llevar a cabo inferencias relevantes sobre la conducta de las personas. Bien utilizados son herramientas claves en la profesión del psicólogo.

Los tests nacen con un afán de objetividad y justicia, para evaluar a las personas por lo que realmente valen, evitando evaluaciones sesgadas por aspectos tales como la clase social, la raza, el sexo, las creencias, y otros sistemas de evaluación subjetivos. Unas veces estos nobles fines se han alcanzado mejor que otras, pero ésa era y sigue siendo la idea central, evaluar a todos por el mismo rasero. (Muñiz, 2010).

Según Muñiz (2010) el origen remoto de los tests son unas pruebas que los emperadores chinos ya hacían allá por el año 3000 antes de Cristo para evaluar la competencia profesional de los oficiales que iban a entrar a su servicio. Otras muchas huellas antiguas pueden rastrearse, pero los tests actuales tienen sus orígenes más cercanos en las pruebas senso-motoras utilizadas por Galton (1900) en su laboratorio antropométrico. Pero será McKeen (1890) el primero en utilizar el término test mental.

Pronto quedó claro que estos primeros tests senso-motores no eran buenos predictores de las capacidades cognoscitivas de las personas, y Binet y Simon (1905) darán un giro radical al introducir en su nueva escala tareas cognoscitivas para evaluar aspectos como el juicio, la comprensión y el razonamiento. Terman llevó a cabo la revisión de la escala en la Universidad de Stanford, la cual se conoce como la revisión Stanford - Binet (Terman, 1916, citado en Muñiz, 2010), utilizando por primera vez el concepto de Cociente Intelectual (CI) para expresar la puntuación de las personas. La escala de Binet abre una tradición de escalas individuales que llega hasta nuestros días. En 1917 los tests reciben otro gran impulso al aparecer los tests colectivos Alfa y Beta a raíz de la necesidad del ejército norteamericano de reclutar rápidamente soldados para la primera guerra mundial. El test Alfa iba dirigido a la población en general y el Beta a personas analfabetas o que no dominaban el inglés. Las pruebas tuvieron mucho éxito y terminada la guerra, las empresas y otras instituciones adoptaron de forma entusiasta el uso de los tests para distintos menesteres.

La aparición de la técnica del análisis factorial va a suponer un gran avance en la construcción y análisis de los tests, permitiendo la aparición de las baterías de tests, cuyo representante más genuino serían las Aptitudes Mentales Primarias (PMA) de Thurstone (Thurstone, 1941; citado por Muñiz, 2010). Pero no sólo se producen avances en el campo de los tests cognoscitivos, también los tests de personalidad se aprovechan de los avances que se producen en la psicometría. Suele citarse la hoja de datos personales utilizada por Woodworth en 1917 para detectar neuróticos graves como el pionero de los tests de personalidad. Por su parte el psiquiatra suizo Rorschach (1921) propone su test proyectivo de manchas de tinta, al que seguirán otros muchos tests basados en el principio de la proyección, que asume que ante un estímulo ambiguo,

la persona evaluada tenderá a producir respuestas que de algún modo reflejan aspectos importantes de su personalidad.

En suma, la historia de los tests es una historia exitosa de la que la psicología tiene que sentirse orgullosa, sin olvidar, claro está, que como ocurre con cualquier tecnología de cualquier campo, en ocasiones su utilización por manos inexpertas ha dejado mucho que desear. Es por ello que en la actualidad distintas organizaciones nacionales (Colegio de Psicólogos del Perú, CPP) e internacionales (Asociación Americana de Psicología, APA; Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, EFPA; Comisión Internacional de Tests, (ITC) desarrollan numerosos proyectos y actividades para potenciar el uso adecuado de los tests (Muñiz, 2010).

1.2. Antecedentes del Inventario de depresión infantil (CDI) de kovacs

Este inventario, es el instrumento más utilizado y aceptado por los diversos expertos en el tema de la depresión infantil y adolescente (Del Barrio, 2005). Tiene por objetivo evaluar la sintomatología depresiva, se usa en la evaluación, investigación y el rastreo de casos (screening). El CDI, al ser el primer instrumento publicado para evaluar la depresión infantil, ha sido extensamente utilizado y se ha convertido en un instrumento básico. Su aplicación en diferentes contextos permite la comparación de los datos obtenidos en muestras de diversos países y continentes (Kovacs, 2004).

El desarrollo del Inventario de Depresión Infantil, cuyo nombre original en inglés es Children's Depression Inventory (CDI), está relacionado inicialmente con las dificultades de la aplicación del Beck Depression Inventory (BDI) para la población infantil y adolescente, pues al ser un instrumento creado para evaluar población adulta,

se obtenían datos poco confiables, de lo cual se ve la necesidad de crear un instrumento específico para medir la depresión infantil.

Es así que el CDI se confecciona a partir del BDI para adultos y en base a la teoría cognitiva de la depresión de Beck, (1963). Una primera forma experimental del CDI apareció en 1975 y contaba con 20 ítems, un ítem menos que el BDI (pues se había retirado el ítem que correspondía al contenido sexual). Posterior a esta versión experimental existen otras dos: la primera (1977) incluye 5 ítems más, referidos a las relaciones con los compañeros, al entorno y rendimiento escolar y la segunda (1983) incluye además un ítem sobre culpabilidad (Kovacs, 2004).

La primera versión oficial del CDI fue creada por Kovacs y Beck en 1977 y, desde entonces, la prueba no sufre muchas variaciones, constituyéndose en el primer instrumento de depresión fundamentado en un marco teórico cognitivo. Entre los años 1978 y 1981, como producto de la intensa investigación de Kovacs, aparecen muchos artículos publicados sobre el instrumento.

La primera edición comercial del CDI aparece recién en 1992 para la población anglosajona y luego fue traducida al español y adaptada para la población española por Victoria Del Barrio (1999) y luego esta última por María Kovacs en el 2004 publicada por TEA Publicaciones para la población española (Kovacs, 2004).

Esta última versión del CDI en español (Kovacs, 2004) presenta 27 ítems, cada uno de ellos expresados en tres frases que muestran, en distintas intensidades o frecuencias, la presencia de sintomatología depresiva en el niño o el adolescente. El contenido de estos ítems cubre la mayor parte de los criterios utilizados para el diagnóstico de la depresión infantil. El resultado de la prueba permite obtener datos

acerca del nivel de la depresión total y de dos escalas adicionales: Disforia y Autoestima negativa.

La prueba puede ser aplicada individual o colectivamente desde los 7 a los 18 años. Se recomienda la aplicación individual en niños pequeños y en población clínica, mientras que su uso colectivo facilita el uso de la prueba en la investigación y el rastreo de casos (screening) (Kovacs, 2004).

Para la aplicación de la prueba, se pide a los participantes que escriban sus datos personales y luego el evaluador debe leer las instrucciones en voz alta, poniendo especial atención en que los niños pequeños atiendan y comprendan las instrucciones. Sólo se necesita la hoja de respuestas, un lápiz y un borrador. La aplicación dura entre 10 y 20 minutos (Kovacs, 2004).

La calificación de cada ítem se hace con una escala de 0 a 2 puntos, la puntuación de 0 corresponde a la intensidad o frecuencia de aparición más baja del síntoma, el 1 corresponde a la intensidad o frecuencia media y el 2 a la mayor frecuencia e intensidad. Luego de esta calificación, se podrá obtener la puntuación directa de la **escala de Disforia**, sumando los puntajes de los ítems: 1, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27; y la puntuación directa de la **escala de Autoestima Negativa**, sumando los puntajes de los ítems restantes: 2, 3, 4, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24 y 26. La suma de ambas escalas nos proporcionará la puntuación directa de depresión. Estas puntuaciones directas serán transformadas en sus correspondientes percentiles.

1.2.1. Confiabilidad del CDI

a. Consistencia interna. Para demostrar la consistencia interna del CDI en las versiones anteriores a la del 2004, se realizaron 24 estudios, entre 1978 y 2003, en

diversos países como Kuwait, Egipto, Estados Unidos, Inglaterra, Italia y España; tanto con muestras clínicas como normales. Se ha obtenido resultados que en su mayoría indican que el instrumento es fiable, pues el Alfa de Cronbach varía entre 0,70 y 0,94, lo cual significa que entre el 70 y el 94 % de los puntajes observados es atribuible a un puntaje aceptable (Kovacs, 2004).

En 7 de los anteriores estudios también se obtuvo la confiabilidad por mitades, la cual varía entre 0,54 y 0,84; en cinco de estos estudios este tipo de confiabilidad está por encima de 0,70, por lo que se confirma su grado de fiabilidad (Kovacs, 2004).

Los estudios hechos en muestras españolas por Frías, Del Barrio y Mestre (1991, citados en Kovacs 2004), Del Barrio, Moreno y López (1999, citados en Kovacs, 2004), dan una confiabilidad a través del Alfa de Cronbach, entre 0,81 y 0,82.

En el Perú, Raffo (1991) hizo la primera adaptación y validación del CDI, para un estudio que relacionaba autoconcepto con depresión, utilizando una edición no oficial del año 1983. En el estudio se obtuvo un adecuado nivel de consistencia interna (Alfa de Cronbach de 0,81), así como las correlaciones ítem-test donde la media de los ítems osciló entre 0,21 y 0,63.

El trabajo más extenso en nuestro país, fue realizado por Reátegui (1994). El objetivo principal de esta investigación fue estandarizar para estudiantes de Lima Metropolitana el Inventario de Depresión Infantil CDI en su versión de 1983. Reátegui encuentra, en su estudio realizado en muestro medio con 685 niños, que el CDI obtiene una alta consistencia interna (Alfa de Cronbach de 0,81), obteniéndose similar consistencia en los resultados obtenidos en la población de escolares ($n=570$; $\alpha= 0,80$) y en la población clínica ($n=62$; $\alpha= 0,77$).

En la última versión española del CDI (Kovacs, 2004) se utilizó una muestra de 7759 varones y mujeres, con edades entre 7 y 15 años, encontrándose una confiabilidad por mitades del coeficiente de Spearman de 0,79 y por Alfa de Cronbach de 0,80 los cuales son indicadores de un buen grado de confiabilidad.

b. Estabilidad temporal. Para demostrar la estabilidad temporal del CDI en las versiones anteriores a la del 2004, se realizaron 16 estudios entre los años 1979 y 2003, que emplearon muestras clínicas, normales y participantes con problemas sociales (esta última de un estudio de Mattison, Handford, Kales, Goodman & McLaughlin en 1990, citados en Kovacs, 2004)), realizado con niños residentes en orfanatos cuyos padres están separados, divorciados o fallecidos. Los índices varían en función al tiempo de intervalo: entre 1 y 4 semanas se puede observar que en la población normal, el índice de estabilidad temporal varía entre 0,38 y 0,83; mientras que en la población clínica la variación oscila entre 0,62 y 0,87; la mayoría de estos índices se ubica por encima de 0,70 del coeficiente de Alfa de Cronbach. Entre 1 y 12 meses se encuentra que en la población normal el índice varía entre 0,54 y 0,77; mientras que en la población clínica hay una variación entre 0,50 y 0,72; la mayoría de los índices se ubican por debajo de 0,70 del coeficiente del Alfa de Cronbach. En el intervalo superior a un año se encuentra que en la población normal y con problemas sociales el índice fluctúa entre 0,27 (4 años de intervalo) y 0,69 (1 año de intervalo). En general se muestran índices muy aceptables de estabilidad temporal, dada la característica de labilidad emocional propia de la población de niños y adolescentes a la cual va dirigida la prueba (Kovacs, 2004).

En población española (Del Barrio, 1999, citado en Kovacs, 2004) se encuentra un índice de estabilidad temporal aceptable de alfa de Cronbach de 0,70, en población normal entre los 7 y 16 años, habiendo transcurrido un mes de intervalo.

En nuestro medio, Reátegui (1994), a través del método test-retest, encontró que el CDI presenta una estabilidad temporal altamente significativa en escolares, la cual fue de 0,84 con un intervalo de tiempo de 4 semanas y de 0,64, con un intervalo de 9 semanas.

En la versión española del CDI (2004) se encuentra una baja estabilidad temporal de 0,38 con un intervalo de 2 semanas.

1.2.2. Validez del CDI

a. Validez de contenido. Raffo (1991) encuentra una validez de contenido por criterio de jueces por encima del 80% en todos los ítems.

b. Validez de criterio concurrente. Para hallar la validez de criterio concurrente del CDI en las versiones anteriores, se realizaron 23 estudios entre 1980 y 2001, que correlacionaron los puntajes del inventario con los de otras pruebas que evalúan depresión.

Los estudios emplearon diversos instrumentos que miden la depresión infantil, entre los utilizados están los autoreportes, con los cuales presenta un buen grado de validez de criterio concurrente. Entre los autoreportes más utilizados tenemos: el Reynolds Adolescent Depression Scale (Reynolds, 1989), cuyas correlaciones obtenidas por el coeficiente de Pearson con el CDI fluctúan entre 0,56 y 0,94; el Reynolds Child Depression Scale (Reynolds, 1989), que presenta correlaciones entre 0,47 y 0,73; y el Children Depression Scale CDS (Tisher y Lang, 1987) con la cual se observan correlaciones entre 0,70 y 0,84 (Kovas, 2004).

Más de la mitad de los estudios revisados presentan correlaciones del coeficiente de Pearson positivas mayores a $r = 0,70$; por lo cual se puede decir que el CDI presenta una buena validez de criterio concurrente.

Otra forma de evaluar la validez del criterio concurrente es utilizando como criterio el diagnóstico psiquiátrico y compararlo con los puntajes obtenidos con la prueba evaluada. Así, en nuestro medio, Raffo (1991), encontró que el mayor puntaje obtenido en su investigación, se da en la muestra de niños diagnosticados con depresión.

Así mismo, Reátegui (1994) encontró que el CDI puede discriminar claramente entre el grupo depresivo y los grupos escolares; así como el grupo depresivo y el grupo con otros diagnósticos. No se encontraron diferencias significativas entre el grupo clínico con otros diagnósticos y el grupo escolar del mismo nivel socioeconómico. Por lo tanto, se ha demostrado que el instrumento mide específicamente la entidad depresiva.

c. Validez de constructo convergente. Se realizaron 45 estudios, entre 1980 y 2002, para hallar validez de constructo convergente en el CDI de versiones anteriores al del 2004 (Kovacs, 2004).

En los estudios se emplearon diversos instrumentos que miden constructos relacionados con la depresión infantil. Se obtienen correlaciones positivas con los instrumentos que miden los constructos de ansiedad, estilo atribucional, miedo, ira, agresividad, eventos de vida, entre otros.

El más alto grado de correlación directa está dado por el constructo de ansiedad, destacando el medido con el State Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) con un coeficiente de Pearson de 0,81 lo cual hace referencia a la fuerte relación de la depresión infantil con la ansiedad.

También se obtienen correlaciones negativas con los instrumentos que miden los constructos de autoestima, extraversión, control de creencias, entre otros; el más alto grado de correlación inversa está dado por el constructo de autoestima, resaltando el medido con el Self-Steem Scale Piers-Harris (SCS, 1983) con un índice de $r = -0,89$ lo cual hace referencia a la relación que existe entre la depresión infantil y las puntuaciones negativas de la autoestima.

En nuestro medio, Raffo (1991) encuentra una correlación negativa significativa entre puntaje de sintomatología depresiva y nivel de autoconcepto ($r = -0,48$; $p < 0,01$; $n=80$), lo que significa que la sintomatología depresiva está relacionada con bajo nivel de autoconcepto.

Por otro lado, Reátegui (1994) encontró relación de la sintomatología depresiva con los siguientes constructos: (a) Autoconcepto, medido con la Escala de Autoconcepto para niños de Daniels-Piers, con el cual obtuvo una relación inversa altamente significativa de $r = -0,80$ en mujeres, $r = -0,64$ en hombres y $r = -0,70$ en ambos, lo cual hace referencia a la fuerte relación que existe entre altos puntajes de sintomatología depresiva y bajo autoconcepto; (b) Inestabilidad emocional, medido con el Inventario de Personalidad de Eysenk para Niños (IPE-N), con el cual obtuvo una correlación de $r = 0,33$; (c) Introversión medido con el IPE-N, con el cual obtuvo una correlación positiva considerable de $r = 0,77$; por último (d) Bajo rendimiento escolar, encontrándose cierta relación con las notas escolares bajas de $r = -0,22$.

En la última versión española del CDI (Kovacs, 2004) se emplearon diversos instrumentos que miden constructos relacionados con la depresión infantil. Se obtienen correlaciones positivas con los instrumentos que miden el constructo de ira con el cual se obtuvo índices entre $r = 0,27$ y $r = 0,45$, utilizando el Inventario de Ira estado rasgo

(STAXIN). También, se obtiene relación positiva con el constructo de agresividad con el cual se obtuvo un índice de $r = 0,42$; utilizando la Escala de Agresividad Física y Verbal (AFV).

En otros estudios, se encuentra una correlación positiva con el constructo de Inestabilidad de $r = 0,46$ y se encuentran correlaciones negativas para los constructos de Extraversión, $r = -0,14$; Apertura, $r = -0,42$ utilizando el Cuestionario de Personalidad de los Cinco Grandes Factores para Niños. También se obtiene correlación negativa con algunas escalas del constructo de Temperamento, medido con la Escala de Temperamento revisada (DOTS-R) entre $r = -0,05$ y $r = -0,19$.

Por último, se encuentra correlaciones negativas con Autoeficacia entre $-0,24$ y $-0,50$ ($p < 0,01$), utilizando la Escala de Autoeficacia Percibida. Todos estos datos muestran una buena validez de constructo y están relacionados con las investigaciones anteriores.

d. Validez de constructo evaluado a través de análisis factorial. Las primeras versiones del CDI, según refiere Kovacs (2004), sólo contenían una única escala para población normal. Reátegui (1994), refiere que los estudios factoriales iniciales sugieren que el CDI actúa de dos maneras: en muestras grandes de niños normales se presenta como una escala unidimensional; mientras que, en las muestras clínicas, se presenta como una escala multidimensional. Sin embargo, a lo largo del tiempo se han llevado a cabo diversas investigaciones cuyos análisis factoriales han presentado resultados muy diversos, los cuales en su mayoría evidencian estructuras multifactoriales tanto para muestras normales como para clínicas.

Kovacs (2004) hace referencia a varios estudios que muestran la existencia de distinto número de factores; así, Muris, Schmidt, Merckelbach & Schouten (2001)

encuentran 6 factores en una población de adolescentes entre 13 y 18 años; Craighead et al. (1995,1998) hallan 7 factores con una muestra conformada por niños y adolescentes entre 8 y 16 años; Kovacs (1992) encuentra 4 factores en una muestra de niños y adolescentes entre 8 y 16 años; entre otros. La misma autora cita que en población española del Barrio et al. (1999) y Figueras-Masip et al. (2001) hallan 5 factores en poblaciones distintas y Del Barrio (2001) encuentra 4 factores.

En población peruana, Reátegui (1994) realiza un análisis factorial exploratorio utilizando técnica Varimax Rotation, donde encuentra 7 factores para muestra de casos clínicos y 8 factores para la muestra de escolares, con varianzas por encima del 50 %.

Con respecto a la última versión española del CDI (Kovacs, 2004), inicialmente se realizó un análisis factorial exploratorio donde se encontró que la prueba presenta valores adecuados en el test de Keiser-Meyer-Oklin ($KMO = 0,87$) y en el Test de Esfericidad de Barlett ($\text{Chi-cuadrado}=27945,936$; $g.l.=351$; $p=0.001$) lo cual demuestra la pertinencia del inventario para el análisis factorial.

Posteriormente, se realizó un análisis factorial confirmatorio sobre los resultados del análisis anterior. Kovacs (2004) encuentra que los índice de bondad de ajuste ($GFI=0,937$), de bondad de ajuste corregido ($AGFI=0,926$), el Parsimony Goodness of Fit Index ($PGFI =0,796$) y el error cuadrático medio poblacional ($RMSEA = 0,05$) son significativos e indicaron un buen ajuste de los datos al modelo de los 2 factores encontrado en el análisis factorial exploratorio.

Punto de Corte

Interpretación de los puntajes Kovacs (2004) refiere que el punto de corte 19 es el más apropiado, pues produce una mayor proporción de verdaderos negativos y menor proporción de falsos positivos.

En nuestro medio, Reátegui (1994) obtuvo normas percentiles y un punto de corte a partir del puntaje 15, el cual ha obtenido mayor sensibilidad (80%) y especificidad (78%).

1.2.3. Adaptaciones del CDI en poblaciones del Perú

Reátegui (1994) adaptó el Children's Depression Inventory - CDI de Kovacs - en su versión no oficial de 1989 - con el fin de obtener el título de licenciada en psicología en la Universidad Peruana Cayetano Heredia y que es utilizado en muchos centros de salud. La muestra escolar estuvo conformada por tres grupos de niños normales de tres niveles socioeconómicos (n=570) entre 8 y 14 años, y un grupo de escolares con problemas de aprendizaje (n=30) entre 7 y 15 años. Los estudios de validez indicaron que el CDI adaptado discriminaba entre el grupo depresivo y los grupos escolares.

Además, según el análisis discriminante, se determinó que algunos ítems tienen mayor potencia discriminativa. Sin embargo, las diferencias entre el grupo clínico con otros diagnósticos y el grupo escolar del mismo nivel socioeconómico no fueron significativas. Las correlaciones con otras medidas de depresión, de autoconcepto, personalidad y rendimiento escolar, indicaron una sólida validez concurrente. El análisis factorial demostró una composición multifactorial para las dos muestras. Las correlaciones ítem-test fueron significativas, así como el coeficiente de confiabilidad, reflejando buena consistencia interna y confiabilidad test retest.

Los estudios recientes en nuestro país de las características psicométricas de las pruebas que miden depresión, tenemos la de Ramírez, (2009) para la población de Cajamarca y en cuyo trabajo de investigación adapta el Inventario de Depresión Infantil CDI, versión 2004, a una población estudiantil de primaria y secundaria, para lo cual considera apropiada una muestra de 623 alumnos de centros educativos tanto

públicos y privados. La prueba tuvo una confiabilidad $\alpha=0,79$. El ítem-test obtuvo una adecuada correlación y la estabilidad temporal fue de $r = 0,776$, después de 30 días de haberse aplicado el primer test.

La validez de criterio concurrente se realizó con el cuestionario EDARS; y para la validez de constructo convergente, se comparó con el STAIC. Al aplicarse el análisis factorial exploratorio el autor no encuentra una composición de factores relevantes.

León (2013), adaptó el Inventario de depresión infantil, CDI de Kovacs (en su versión en español del 2004)) para ser usado en una población estudiantil con edades que varían entre 9 a 15 años de la UGEL 02 de Lima Metropolitana. La muestra no probabilística estuvo conformada por 417 alumnos de las instituciones educativas emblemáticas. Este inventario alcanza niveles aceptables de confiabilidad y validez expresadas en un Alfa de Cronbach de 0,785. Usando los estudios de criterio concurrente (Escala de depresión para adolescentes de Reynolds EDAR) y constructo convergente (Inventario de ansiedad estado – rasgo para niños STAIC), se mostró que existe una correlación óptima con el CDI de Kovacs. Respecto a la relación entre la sintomatología depresiva y las variables demográficas se observó que el 34% de estudiantes mujeres mostraron sintomatología depresiva y solo el 25% de varones mostró dicha sintomatología.

1.2. Planteamiento del Problema

1.2.1. Descripción del problema

En los niños y adolescentes, la depresión interfiere en el aprendizaje escolar y en su participación en actividades extracurriculares. En los casos más severos, puede traer

consigo la desesperanza, ideas suicidas y comportamientos autodestructivos e incluso el suicidio. Por eso, es importante la identificación temprana del niño y adolescente deprimido, antes de que desarrolle una psicopatología más severa (Del Barrio, 2014).

En los adultos es normal encontrar que la depresión puede llevarlos al consumo de alcohol o de otras sustancias para olvidar sus problemas o para aliviar el estrés y para sentirse mejor. Muchos adolescentes no relacionan su malestar psicológico con la depresión y recurren al alcohol y las drogas como medio de afronte inadecuado para esclarecer su problema. Ellos ignoran que existen programas de tratamiento que brindan una información profunda sobre los desórdenes psicológicos-afectivos que puedan presentárseles.

La depresión es un fenómeno real en los niños y adolescentes, y una forma de psicopatología que no se alivia sin intervención. Los programas para la identificación de los adolescentes con un sentimiento de angustia deben ser implementados para disminuir la tasa de estudiantes que se encuentran desalentados en el colegio, la sociedad y en su propia vida. Los procedimientos de identificación deben estar asociados a los problemas de salud mental y ser llevados a cabo a través de los programas de intervención en la escuela. Es evidente que existe una gran necesidad de identificar y brindar un tratamiento conveniente a los niños y adolescentes deprimidos (Del Barrio, 2014).

Si los colegios, padres y profesionales están interesados en mantener el bienestar de los niños y adolescentes, deben dirigir más la atención a los estados afectivos de éstos. En particular, la depresión y la ideación suicida pueden conducir a un comportamiento autodestructivo muy severo que debe ser examinado. La depresión en niños y adolescentes es un constructo relativamente nuevo, pues recién en la década de

1970 es reconocida por la APA (Asociación de Psicología Americana) como una entidad patológica independiente. Ahora nadie duda de la existencia de la depresión en éstos; sin embargo, aún existen diferencias en cuanto a su conceptualización. Después de su reconocimiento, la investigación de la depresión ha avanzado hasta convertirse en la actualidad en uno de los temas más importantes de la psicopatología (Del Barrio, 2014) tanto por el elevado número de casos presentes, así como por las perturbaciones que causa en el desarrollo de los niños y adolescentes.

La depresión, según los últimos datos estadísticos, es una de las enfermedades mentales más prevalentes en la población peruana. Los estudios realizados en adolescentes revelan alarmantes cifras tanto de sintomatología depresiva (que incluye la ideación y el intento suicida) como del número de personas que podrían alcanzar un diagnóstico de depresión mayor. Por ejemplo, en los conos periféricos de Lima, uno de cada 20 adolescentes reúne criterios para ser diagnosticado con depresión mayor (MINSa, 2010).

Según el “Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana y Callao”, (INSM. HD-HN, 2012) existe la presencia de numerosos factores de riesgo, casos observables y la reciente aparición de suicidios en la población infantil, entre otros aspectos, que evidencian la presencia de este síndrome. La importancia de llevar a cabo investigaciones sobre trastornos depresivos y sintomatología depresiva en niños y adolescentes, está sustentada tanto en los efectos negativos que esta entidad trae consigo en el desarrollo de las personas, así como en los alarmantes datos epidemiológicos recientes.

De acuerdo a este estudio el episodio depresivo es el trastorno clínico más frecuente en adolescentes: 8,6% en Lima; 5,7% en la sierra; 4,7% en la selva; 4,2% en

fronteras y 4,4% en la costa. De otro lado, en adolescentes de Huancayo, se encontró una prevalencia de 12 %, de acuerdo a puntajes obtenidos en el inventario CDI de Kovacs. Así mismo, en otra investigación realizada en cuatro colegios del distrito de Pichanaki, Chanchamayo, departamento de Junín, se reportaron síntomas depresivos en escolares adolescentes hasta en 36,5%. (MINSA, 2010). Según el estudio, aproximadamente el 13% de niños y adolescentes entre los 9 y 17 años experimentan algún trastorno de ansiedad, siendo las niñas más afectadas que los niños. Cerca de la mitad de los niños y adolescentes con estos trastornos padecen un segundo trastorno de ansiedad u otro trastorno mental o de comportamiento como la depresión. Según la misma fuente, los niños y adolescentes tienen más posibilidad de desarrollar este trastorno si sus padres lo padecen.

Este estudio también menciona que la prevalencia de los deseos suicidas en población adolescente es alta: 29% en Lima; 29,6% en 3 ciudades de la sierra; 25,4% en 3 ciudades de la selva; 25,6% en 5 ciudades de frontera; 29% en 5 ciudades de la costa y 29% en Lima rural. Otros estudios realizados para la población en general en el Perú, realizados por el MINSA (2010) consideran que los problemas más frecuentes que afrontan los niños y adolescentes son los trastornos de ansiedad y depresión. En el año 2010, en San Juan de Lurigancho, se observa que 10 de cada 100 adolescentes han tenido ideación suicida en los últimos 12 meses. Además, la depresión mayor es el trastorno clínico más frecuente en esta localidad, dado que uno de cada 20 adolescentes reuniría los criterios clínicos para ser diagnosticado de esta enfermedad.

1.2.2. Formulación del Problema

Problema General:

¿Es la adaptación del Inventario de depresión infantil de Kovacs válido y confiable para estudiantes de 9 a 15 años de la I.E.E. Ricardo Palma de Surquillo?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General:

Adaptar el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs para estudiantes de 9 a 15 años de la I.E.E. Ricardo Palma de Surquillo.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Realizar la adaptación semántica del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs para estudiantes de 9 a 15 años de la I.E.E. Ricardo Palma de Surquillo.
- Determinar la confiabilidad de la adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs para estudiantes de 9 a 15 años de la I.E.E. Ricardo Palma de Surquillo.
- Determinar la validez de contenido de la adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs para estudiantes de 9 a 15 años de la I.E.E. Ricardo Palma de Surquillo.
- Encontrar la validez de constructo a través del análisis factorial exploratorio de la adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs para estudiantes de 9 a 15 años de la I.E.E. Ricardo Palma de Surquillo.

- Determinar la validez del constructo concurrente y convergente de la versión adaptada del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs para estudiantes de 9 a 15 años de la I.E.E. Ricardo Palma de Surquillo.
- Determinar los Percentiles utilizando la variable sexo de la adaptación para los estudiantes de 9 a 15 años de la I.E.E. Ricardo Palma de Surquillo

1.4. Justificación e importancia

Realizar esta investigación nos permitirá tener un instrumento que pueda aportar de manera válida y confiable en el desarrollo de las investigaciones tanto en el constructo de la depresión como en el conocimiento de las características de la niñez y adolescencia del distrito de Surquillo.

En este sentido, la importancia y justificación del estudio estriba en que:

- Iniciaré líneas de investigación en una población poca estudiada, generando un instrumento psicométrico importante para el desarrollo de proyectos de salud mental.
- Propiciará líneas para la toma de decisión de políticas en el sector educación vinculadas a la salud mental del niño y adolescente
- Generará políticas vinculadas a la salud mental del niño y adolescente siendo una base para el estudio y desarrollo de infraestructura de servicios en el área con enfoque social.
- Podrá focalizarse mejor las acciones preventivas y de los recursos del estado en áreas y aspectos sensibles relacionados con la salud mental.
- Promoverá una mayor demanda de los servicios de salud mental en la zona.

- Al existir pocos trabajos actualizados, ayudará a crear antecedentes en nuestro país y servirá para que sea replicado en otras zonas con población de iguales características.

1.5. Alcances y Limitaciones

1.5.1. Alcances

1. El presente estudio adaptará el Inventario de Depresión para Niños (CDI) para los alumnos de la I.E.E. Ricardo Palma de Surquillo con la finalidad de medir la fiabilidad y validez psicométrica del instrumento, así como para hacer un diagnóstico cribado de la sintomatología depresiva en la población estudiantil de este centro de estudios.

2. La investigación abarcará únicamente a alumnos de ambos sexo de nivel educativo primario y secundario comprendidos entre la edad de 9 a 15 años, que cursan los niveles educativos de primaria y secundaria.

3. La investigación se realizará en las aulas del centro educativo, en un horario que no interfiera el dictado de clases y contará con la asistencia de los profesores (as) de aula en el nivel primario y con los tutores o auxiliares en el nivel educativo secundario.

1.5.2. Limitaciones

1. La falta de actualización de trabajos relacionados con el tema de depresión de niños y adolescentes así como datos actualizados de la prevalencia y sintomatología del mencionado constructo en nuestro país.
2. Banco de datos incompletos y no actualizados tanto en las instituciones de salud así como de las universidades locales.

3. Pocos trabajos en nuestro país sobre adaptaciones psicométricas en instrumentos que miden la depresión de niños y adolescentes hacen que se recurra a fuentes que vienen de otros países con otra cultura y lengua.
4. Poca colaboración en nuestro país de los centros educativos así como los padres de familia para realizar investigaciones relacionadas al tema de la depresión infantil.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Teorías generales

2.1.1. Teoría de los tests psicológicos

Las teorías estadísticas de los tests van a permitir la estimación de las propiedades psicométricas de los tests para de ese modo garantizar que las decisiones tomadas a partir de ellos son las adecuadas. Sin esas teorías no podríamos estimar la fiabilidad y la validez de los tests, lo cual es imprescindible para poder usar los tests de forma rigurosa y científica (Muñiz, 2010). Por supuesto, aparte de estas teorías estadísticas sobre los tests, la construcción de una prueba debe de guiarse por un modelo o teoría psicológica sustantiva que dirige su construcción.

Hay dos grandes enfoques o teorías a la hora de construir y analizar los tests, son: la Teoría Clásica de los Tests (TCT) y el enfoque de la Teoría de Respuesta a los Ítems (TRI).

2.1.1.1. Teoría clásica de los tests - TCT

La teoría clásica de los tests (TCT) es la teoría de los tests con la que empezó la psicometría. El énfasis del modelo de la teoría clásica está puesto en lograr la exactitud de la medida, o en su defecto, la determinación precisa del error de medición. Por eso se le denomina con frecuencia también «teoría del error de medición». Esta teoría pretende explicar la manera en que a partir de un valor de test medido de una persona se puede concluir el «valor verdadero» de la manifestación de la característica o rasgo de personalidad que se quiere medir (Muñiz, 2010).

Esta teoría tiene sus raíces en los trabajos pioneros de Spearman (1913) de principios del siglo XX. Lleva por lo tanto más de cien años de existencia, así que se ha ganado por méritos propios el adjetivo de clásica (Muñiz, 2010). A partir de esos años se produce un rápido desarrollo y Gulliksen (1950) lleva a cabo la síntesis de este enfoque. Más adelante serán Lord y Novick (1968) quienes lleven a cabo una reformulación de la teoría clásica y abran paso al nuevo enfoque de la TRI que veremos luego. Pero veamos lo esencial del enfoque clásico.

El Modelo clásico

El psicólogo, como cualquier otro profesional de otro campo, tiene que asegurarse de que el instrumento que utiliza mide con precisión, con poco error. Y eso mismo vale para cualquier instrumento de medida, bien sea un aparato de la policía para medir la velocidad de los vehículos, el metro para medir la longitud, o el surtidor de la gasolinera para medir los galones de gasolina que nos dispensa.

Todos esos instrumentos han de estar homologados, requieren algún indicador del grado de precisión con el que miden, máxime los tests, ya que apoyados en ellos se toman decisiones muy importantes para las vidas de las personas. No es difícil estar de acuerdo en esto, pero el problema es que cuando un psicólogo aplica un test a una persona, o a varias, lo que obtiene son las puntuaciones empíricas que esa persona o personas obtienen en el test, pero eso nada nos dice sobre el grado de precisión de esas puntuaciones, no sabemos si esas puntuaciones empíricas obtenidas se corresponden o no con las puntuaciones que verdaderamente le corresponden a esa persona en la prueba (Muñiz, 2010).

Los psicólogos, como les ocurre a los que construyen aparatos dispensadores de gasolina, estamos obligados a garantizar que las puntuaciones de nuestros tests sean

precisas, tengan poco error, el problema es que esto no se sabe escrutando directamente las puntuaciones que obtienen las personas en los tests, esas puntuaciones vistas así de frente no nos dicen nada acerca de su grado de precisión (Muñiz, 2010). Como no lo podemos hacer así de frente, es por lo que tenemos que dar algunos rodeos, es decir, es por lo que tenemos que plantear algunos modelos que subyacen a las puntuaciones a fin de ser capaces de estimar el grado de precisión de éstas.

¿Qué propuso Spearman a principios del siglo XX que ha tenido tanto éxito en la historia de la Psicología? Spearman propone un modelo muy simple, de sentido común, para las puntuaciones de las personas en los tests, y que ha dado en llamarse modelo lineal clásico (Muñiz, 2010). Consiste en asumir que la puntuación que una persona obtiene en un test, que denominamos su puntuación empírica, y que suele designarse con la letra X, está formada por dos componentes, por un lado la puntuación verdadera de esa persona en ese test (V), sea la que sea, y por otro un error (e), que puede ser debido a muchas causas que se nos escapan y que no controlamos. Lo dicho puede expresarse así: $X = V + e$.

Spearman añade tres supuestos al modelo y una definición (Muñiz, 2010):

- a) El primer supuesto es definir la puntuación verdadera (V) como la esperanza matemática de la puntuación empírica, que formalmente puede escribirse así: $V = e(X)$. Lo que esto significa conceptualmente es que se define la puntuación verdadera de una persona en un test como aquella puntuación que obtendría como media si se le pasase infinitas veces el test. Se trata de una definición teórica, nadie va a pasar infinitas veces un test a nadie, por razones obvias, pero parece plausible pensar que si esto se hiciese la puntuación media que esa persona sacase en el test sería su verdadera puntuación.

- b) En el segundo supuesto Spearman asume que no existe relación entre la cuantía de las puntuaciones verdaderas de las personas y el tamaño de los errores que afectan a esas puntuaciones. En otras palabras, que el valor de la puntuación verdadera de una persona no tiene nada que ver con el error que afecta esa puntuación, es decir, puede haber puntuaciones verdaderas altas con errores bajos, o altos, no hay conexión entre el tamaño de la puntuación verdadera y el tamaño de los errores. De nuevo se trata de un supuesto en principio razonable, que formalmente puede expresarse así: $r(v,e) = 0$.
- c) El tercer supuesto establece que los errores de medida de las personas en un test no están relacionados con los errores de medida en otro test distinto. Es decir, no hay ninguna razón para pensar que los errores cometidos en una ocasión vayan a covariar sistemáticamente con los cometidos en otra ocasión. Formalmente este supuesto puede expresarse así: $r(e_j, e_k) = 0$.

Estas asunciones parecen razonables y sensatas, pero no se pueden comprobar empíricamente de forma directa, serán las deducciones que luego se hagan a partir de ellas las que permitan confirmarlas o falsearlas. Tras cien años formuladas y con muchos resultados empíricos detrás, bien podemos decir hoy que las ideas de Spearman han sido de gran utilidad para la psicología (Muñiz, 2010).

Además del modelo y de estos tres supuestos, se formula una definición de lo que son Tests Paralelos, entendiendo por ello aquellos tests que miden lo mismo exactamente pero con distintos ítems. Las puntuaciones verdaderas de las personas en los tests paralelos serían las mismas, y también serían iguales las varianzas de los errores de medida. Pues bien, el modelo lineal, junto con los tres supuestos enunciados, y la definición de tests paralelos propuesta, constituyen el cogollo central de la Teoría Clásica de los Tests (Muñiz, 2010).

Teoría de la generalizabilidad y tests referidos al criterio

Este enfoque clásico ha generado diversas variantes sobre todo en función del tratamiento dado al error de medida. Ha habido numerosos intentos de estimar los distintos componentes del error, tratando de descomponerlo en sus partes. De todos estos intentos el más conocido y sistemático es la Teoría de la Generalizabilidad (TG) propuesta por Cronbach y sus colaboradores (Cronbach, et.al 1972, citados en Muñiz, 2010). Se trata de un modelo de uso complejo, que utiliza el análisis de varianza para la mayoría de sus cálculos y estimaciones.

Otro desarrollo psicométrico surgido en el marco clásico ha sido el de los Tests Referidos al Criterio (TRC). Se trata de tests utilizados fundamentalmente en el ámbito educativo y en la evaluación en contextos laborales. Su objetivo es determinar si las personas dominan un criterio concreto o campo de conocimiento, por tanto no pretenden tanto discriminar entre las personas, como la mayoría de los tests psicológicos, sino evaluar en qué grado conocen un campo de conocimiento denominado criterio, de ahí su nombre. Estos tests se desarrollan a partir de la propuesta de Glaser (1963) y han tenido una gran influencia sobre todo en el ámbito educativo (Muñiz, 2010).

Los indicadores psicométricos clásicos desarrollados a partir del modelo lineal clásico no se adaptaban bien a la filosofía de construcción de estos nuevos tests, por lo que se ha desarrollado todo un conjunto de tecnología psicométrica específica para calcular la fiabilidad y validez, así como para establecer los puntos de corte que determinan si una persona domina o no el criterio evaluado (Muñiz, 2010).

Limitaciones del enfoque clásico

Del enfoque de la teoría clásica bien podría decirse que goza de muy buena salud, hay pocas dudas de su utilidad y eficacia, baste decir, por ejemplo, que la gran mayoría de los tests editados en España, prácticamente todos, están desarrollados y analizados dentro de este marco (Muñiz, 2010). Pues bien, había dos cuestiones básicas que no encontraban buena solución en la teoría clásica y que hacían que la medición psicológica no fuese homologable a la que exhibían otras ciencias empíricas (Muñiz, 2010).

- a) **La primera:** dentro del marco clásico, las mediciones no resultan invariantes respecto al instrumento utilizado. Es decir, si un psicólogo evalúa la inteligencia de tres personas distintas con un test diferente para cada persona, los resultados no son comparables, no podemos decir en sentido estricto qué persona es más inteligente.

Esto es así porque los resultados de los tres tests no están en la misma escala, cada test tiene la suya propia. Esto puede sorprender a los psicólogos usuarios habituales de la teoría clásica, acostumbrados en la práctica a comparar la inteligencia de personas que han sido evaluadas con distintos tests de inteligencia. Para hacerlo se transforman las puntuaciones directas de los tests en otras baremadas, por ejemplo en percentiles, con lo que se considera que se pueden ya comparar, y de hecho así se hace. Este proceder clásico para solventar el problema de la invarianza no es que sea incorrecto, pero, amén de poco elegante científicamente, descansa sobre un pilar muy frágil, a saber, se asume que los grupos normativos en los que se elaboraron los baremos de los distintos tests son equiparables, lo cual es difícil de garantizar en la práctica (Muñiz, 2010).

Si eso falla la comparación se viene abajo. No hay duda que lo más deseable científicamente sería que los resultados obtenidos al utilizar distintos instrumentos estuviesen en la misma escala, y todo quedaría resuelto de un plumazo, pues bien, por extraño y contra intuitivo que parezca eso es precisamente lo que va a conseguir el enfoque de la TRI. Este nuevo enfoque de la TRI va a suponer un gran avance para la medición psicológica, propiciando un gran desarrollo de nuevos conceptos y herramientas psicométricas (Muñiz, 2010).

b) La segunda: es la cuestión no bien resuelta dentro del marco clásico sobre la ausencia de invarianza de las propiedades de los tests respecto de las personas utilizadas para estimarlas. En otras palabras, propiedades psicométricas importantes de los tests, tales como la dificultad de los ítems, o la fiabilidad del test, estaban en función del tipo de personas utilizadas para calcularlas, lo cual resulta inadmisibile desde el punto de vista de una medición rigurosa. Por ejemplo, la dificultad de los ítems, o los coeficientes de fiabilidad dependen en gran medida del tipo de muestra utilizada para calcularlos. Este problema también encontrará una solución adecuada dentro del marco de la TRI.

2.1.1.2. Teoría de Respuesta al Ítem (TRI)

La teoría de respuesta al ítem (TRI ó IRT por sus siglas más conocidas, en inglés), o teoría del rasgo latente (TRL) o teoría de respuesta al reactivo (TRR), describe la relación entre un conjunto de datos obtenidos en un proceso de medición (las respuestas a los ítems de una prueba) con determinadas variables latentes, como por ejemplo los rasgos de personalidad de los sujetos a quienes se ha administrado. El tipo de variables o propiedades latentes que se pretende medir pueden ser cuantitativas o cualitativas y según esto se distingue entre el modelo aquí descrito y los modelos de

clases latentes. Dado el carácter estocástico de la relación que estudia, también se conoce el modelo como «teoría probabilística de los test». (Muñiz, 2010)

El origen de la TRI se asocia con el trabajo del matemático danés Georg Rasch (1960), como así mismo con los desarrollos de Birnbaum, Lord y Novik (1968), Fischer (1974), Hambleton y otros. Las ideas sobre las que se fundamenta este modelo, sin embargo, habían sido expuestas antes, incluso muy tempranamente, por parte de los fundadores del campo de la psicometría (Louis Leon Thurstone, 1912 y Alfred Binet, 1905). El gran impulso lo dará Lord (1980) quien publicará un influyente libro dedicado a las aplicaciones de la TRI y a partir de esa fecha empiezan a aparecer los programas informáticos necesarios para utilizar los modelos de TRI. De esas fechas hasta hoy los avances han sido notorios, y podemos decir que en nuestros días la TRI domina el panorama psicométrico (Muñiz, 2010).

Los modelos TRI

El supuesto clave en los modelos de TRI es que existe una relación funcional entre los valores de la variable que miden los ítems y la probabilidad de acertar estos, denominando a dicha función Curva Característica del Ítem (CCI). La forma concreta de la CCI viene determinada por el valor que tomen tres parámetros: a , b y c . Siendo a el índice de discriminación del ítem, b la dificultad del ítem y c la probabilidad que hay de acertar el ítem al azar. Naturalmente los valores de los parámetros se calculan a partir de los datos obtenidos al aplicar los ítems a una muestra amplia y representativa de personas. Para estos cálculos son necesarios sofisticados programas de datos, no en vano los modelos de TRI no se extendieron hasta que se dispuso de computadoras potentes (Muñiz, 2010).

El segundo supuesto es que la mayoría de los modelos de TRI, y desde luego los más populares, asumen que los ítems constituyen una sola dimensión, son unidimensionales, por tanto antes de utilizar estos modelos hay que asegurarse de que los datos cumplen esa condición. Esto supone una restricción importante para su uso, pues es bien sabido que muchos de los datos que manejan los psicólogos no son esencialmente unidimensionales, si bien es verdad que los modelos siguen funcionando bastante bien cuando los datos no son estrictamente unidimensionales, es decir son bastante robustos a violaciones moderadas de la unidimensionalidad (Muñiz, 2010).

Crítica de los modelos TRI

Metodológicamente, los modelos probabilísticos de construcción de pruebas, basados en la TRI, superan sin lugar a dudas a los modelos basados en la teoría clásica (Muñiz, 2010). No obstante, se les critica que aunque son más complejos (y por lo tanto conllevan la desventaja de requerir un mayor esfuerzo en su aplicación) no logran superar el principal problema de la aplicación de test psicológicos, consistente en que la validez de todos ellos sería intrínsecamente cuestionable, insatisfactoria o insuficiente. Para resolver este problema se requeriría sobre todo un desarrollo de orden teórico, una mejora del edificio teórico del diagnóstico psicológico a nivel de contenidos, más que metodológico (Muñiz, 2010).

Un aspecto que desata muchas controversias en el área psicométrica es que los distintos modelos teóricos sobre el ser humano y la enfermedad tienen conceptualmente un abordaje muy diferente del problema a medir. Mientras el modelo médico enfoca las alteraciones psicológicas como una enfermedad, el modelo psicosocial las define más bien como sistemas de comportamiento aprendidos o conformados en el transcurso del

desarrollo de una persona y que configuran patrones de comportamiento que esencialmente no se desvían del comportamiento normal. El nuevo modelo probabilístico, aunque superior, tampoco lograría responder a estas contradicciones esenciales, que son las que en definitiva van en detrimento de la validez de las pruebas psicológicas (Muñiz, 2010).

2.1.1.3. Comparación de la TCT con la TRI

En la tabla 1, tomada de Muñiz (2010), se sintetizan las diferencias y similitudes entre el enfoque clásico y la TRI.

Tabla 1:
Diferencias entre la teoría clásica y la teoría de respuesta a los ítems

Aspectos	Teoría Clásica	Teoría de Respuesta a los Ítems
Modelo	Lineal	No Lineal
Asunciones	Débiles (fáciles de cumplir por los datos)	Fuertes (difíciles de cumplir por los datos)
Invarianza de las mediciones	No	Sí
Invarianza de las propiedades del test	No	Sí
Escala de las puntuaciones	Entre cero y la puntuación máxima en el test	Entre $-\infty$ y $+\infty$
Énfasis	Test	Ítem
Relación Ítem-Test	Sin especificar	Curva Característica del Ítem
Descripción de los ítems	Índices de Dificultad y de Discriminación	Parámetros a, b, c
Errores de medida	Error típico de medida común para toda la muestra	Función de Información (varía según el nivel de aptitud)
Tamaño Muestral	Puede funcionar bien con muestras entre 200 y 500 sujetos aproximadamente	Se recomiendan más de 500 sujetos, aunque depende del modelo

Fuente: Muñiz, 2010

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Definición y características de la depresión infantil y adolescente

En los últimos años se ha asistido a un importante aumento de la prevalencia de la depresión a nivel mundial y, de forma paralela, a una disminución de su edad de comienzo, de modo que se ha convertido, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), en un importante problema de salud pública que afecta a unos 120 millones de personas, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos. Además, una de cada cinco personas llegará a desarrollar un trastorno depresivo a lo largo de la vida, proporción que aumentará si concurren otros factores, como enfermedades médicas o situaciones de estrés. Por este motivo, y según algunas estimaciones, la depresión pasará a convertirse en el año 2020 en la segunda causa de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares (OMS, 2013). Los trastornos depresivos afectan a personas de cualquier edad, condición económica, nivel educativo o cultural y suponen un gran coste para el individuo, la familia, el sistema de salud, y la comunidad en general. Si bien existen múltiples estudios sobre prevalencia, diagnóstico y tratamiento de la depresión en la edad adulta, son escasos los realizados entre la población infantil y adolescente. Además, sus resultados son variables debido fundamentalmente a la dificultad diagnóstica en esta etapa de la vida, ya que las manifestaciones clínicas pueden ser menos específicas que en la depresión del adulto, y también por las diferencias en los estudios respecto del tamaño muestral, criterios diagnósticos empleados o tipo de técnicas de entrevista utilizadas (OMS, 2013).

Una primera aproximación al problema de la depresión en la infancia y en la adolescencia en España puede realizarse a través de los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud, que estima que el 10,4% de niños y el 4,8% de niñas entre

0 y 15 años tendrían problemas mentales con limitación de las actividades de la vida diaria. La prevalencia de depresión mayor se ha estimado del 1,8% en niños de 9 años, del 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años y del 3,4% en jóvenes de 18 años (Ministerio de Sanidad y Política Social: Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia – GPC, 2009). De acuerdo a esta guía, estudios realizados en Estados Unidos se ha observado una prevalencia del 0,3% entre preescolares de la población general y entre el 0,5% y el 2% en niños y niñas de entre nueve y once años. Por su parte, otros autores observan una prevalencia de depresión en niños del 0,4 - 2,5% y del 5 - 8,3% entre adolescentes. Algunos estudios han encontrado que en niños tratados en centros psiquiátricos ambulatorios, la depresión observada fue del 28%, y que se incrementaba al 59% si los niños estaban en régimen de ingreso hospitalario. En las etapas prepuberales, la prevalencia del trastorno depresivo mayor es similar entre niños y niñas. Sin embargo, entre adolescentes, la prevalencia es mayor para el sexo femenino con una razón 2:1, debido posiblemente a la diferente forma de afrontar el estrés o a los cambios hormonales que se producen durante la pubertad.

Señala, además, que varios autores no consideran que el bajo nivel socioeconómico se asocie significativamente con la depresión. Sin embargo, otros observan que los niños de bajo entorno socioeconómico tienen un riesgo de padecer depresión a lo largo de su vida dos veces superior a aquellos niños pertenecientes a un elevado entorno socioeconómico, independientemente de otros factores socio demográficos o de historia familiar de enfermedad mental. En los niños y adolescentes, la depresión tiene gran impacto sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales.

También existen evidencias de la posible continuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y de su prolongación durante la etapa adulta, lo cual se ve reflejadas en los altos índices de consultas y hospitalizaciones psiquiátricas y en los problemas laborales y de relación en el futuro que origina. Por otra lado, los trastornos depresivos se encuentran asociados con abuso de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, conductas delictivas y con aumento de la violencia y de la agresividad, así como de trastornos de la conducta alimentaria, por lo que la depresión en la adolescencia, además del propio coste personal, puede conllevar un grave coste social.

La depresión mayor es, además, uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes. Así, según las estimaciones de la OMS (2013), el suicidio es la cuarta causa de fallecimiento en el tramo de edad de 15- 44 años. A nivel mundial, uno de los datos más preocupantes es el aumento del suicidio en edades jóvenes, sobre todo varones.

Diagnóstico clínico de la depresión infantil y adolescente

Como en toda evaluación diagnóstica de la depresión en niños y adolescentes, se deben realizar entrevistas con los padres, otras personas cercanas ya sea de la familia o académicos que tengan conocimiento acerca de la vida y de los hábitos del niño o del adolescente, así como el examen mental (GPS, 2009). Así mismo, se debe tener en cuenta que no poco frecuente encontraremos desacuerdo entre los informantes durante la evaluación de los criterios diagnósticos. En la tabla 2 exponemos los principales síntomas de la depresión infanto – juvenil de acuerdo a edades.

Tabla 2:
Principales síntomas clínicos en niños y adolescentes

No todos los niños tienen manifiestan los mismos síntomas. De hecho, la mayoría mostrará diferentes síntomas en distintos momentos y en contextos también distintos.

A pesar de que algunos niños pueden seguir con su vida normal, con frecuencia la depresión afecta de forma significativa a sus actividades sociales, escolares e incluso cambio en la apariencia física.

Los niños en edad preescolar manifiestan la depresión mediante la irritabilidad, fatiga, dolores de cabeza y llanto frecuente. Pierden el interés por las cosas y muestra falta de implicación en las relaciones con sus familiares y amigos. Con frecuencia los padres perciben que el niño no es el que era y lo encuentran raro.

Cuando los niños en edad escolar tienen depresión aparecen síntomas como la tristeza, sentimientos de culpa, baja autoestima, apatía, dificultad para disfrutar de las cosas, alteraciones del sueño y cambios en el apetito. Estos síntomas hacen que el pequeño no quiera participar en juegos colectivos e intenta evitar comunicarse con otras personas, lo que le conduce a cierto aislamiento social.

En cuanto a los adolescentes con depresión, las principales señales tienen relación con su comportamiento (conductas inadecuadas o agresivas). A menudo estos comportamientos suelen ir acompañados del abuso de sustancias, como el alcohol o las drogas. También son más comunes las ideas de suicidio y por ello, hay que estar atento a estas ideas con el fin de evitar un intento de suicidio del menor.

Por lo general, los síntomas incluyen:

- Irritabilidad
 - Pérdida de interés por el juego o actividades escolares
 - Sentimientos continuos de tristeza y desesperanza
 - Aislamiento social
 - Cambios en el apetito
 - Alteraciones del sueño: insomnio o exceso de sueño
 - Arrebatos verbales o llanto
 - Dificultad para concentrarse
 - Fatiga y falta de energía
 - Pérdida de confianza y autoestima, con sentimientos de inferioridad
 - Quejas físicas que no responden a tratamiento
 - Sentimientos de culpa
 - Actividad psicomotriz agitada o inhibida
 - Pensamientos de muerte o suicidio
-

Fuente: Adaptado de la GPC, 2009

El proceso de evaluación diagnóstica deberá incluir:

- Historia clínica psiquiátrica y médica general, puede hacerse a través de una entrevista diagnóstica como el K-SADS-PL, el MINIKID o la Entrevista Semiestructurada para adolescentes.
- Examen del estado mental.
- Evaluación física que incluya exploración neurológica.
- Evaluación de la severidad de la enfermedad por medio de escalas específicas, como la "Escala de Birlson", el "Inventario de Depresión de Kovacs" o, el "Inventario de Depresión de Beck" en el caso de adolescentes.
- Valoración del riesgo autolesivo.

Criterios diagnósticos de la depresión infantil y adolescente

La clasificación CIE-10 incluye los trastornos depresivos dentro del grupo de trastornos del humor (afectivos) y distingue principalmente: a) Episodio depresivo, b) Trastorno depresivo recurrente y, c) Trastorno del humor persistentes (incluye a la distimia).

Tabla 3:

Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según la CIE-10

F32 Episodios depresivos

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

La disminución de la atención y concentración.

La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.

Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves).

Una perspectiva sombría del futuro.

Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.

Los trastornos del sueño.

La pérdida del apetito.

Alguno de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Fuente: Adaptado del CIE – 10, 1992

La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas.

Tabla 4:

Criterios de gravedad de un episodio depresivo y Trastorno bipolar según la CIE-10

Se caracterizan principalmente por una exaltación del humor sin relación con las circunstancias ambientales. La euforia se acompaña de los siguientes síntomas:

Aumento de vitalidad o hiperactividad.

Logorrea

Disminución de las necesidades de sueño

Pérdida de la inhibición social

Imposibilidad de mantener la atención

Ideas de grandeza o extraordinariamente optimistas.

El episodio debe ser lo suficientemente grave como para alterar la actividad laboral y social.

Se requiere de una duración de al menos una semana.

ESPECIFICACIONES:

Con síntomas psicóticos: Episodio maníaco con síntomas psicóticos.

Sin síntomas psicóticos: Episodio maníaco sin síntomas psicóticos.

Síntomas maníacos pero más leves, el episodio no suele alterar de manera grave la actividad laboral y social: Episodio Hipomaníaco.

En los EPISODIOS DEPRESIVOS típicos aparece un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

La disminución de la atención y concentración

La pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad

La ideas de culpa y de ser inútil

Una perspectiva sombría del futuro

Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones

Los trastornos del sueño

La pérdida del apetito

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales.

Se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más breves pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

El TRASTORNO BIPOLAR I se caracteriza por al menos dos episodios en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión).

ESPECIFICACIONES:

Cuando se presenta en el momento actual un episodio hipomaníaco: Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco.

Cuando hay ausencia de sintomatología psicótica en el episodio maníaco: Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos.

Cuando se presenta sintomatología psicótica en el episodio maníaco: Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos.

Cuando se presenta en el momento actual un episodio depresivo de intensidad leve o moderada: Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.

Cuando se presenta en el momento actual un episodio depresivo de intensidad grave y no hay sintomatología psicótica: Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.

Cuando se presenta en el momento actual un episodio depresivo de intensidad grave y hay sintomatología psicótica: Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.

Fuente: Adaptado de la OMS CIE – 10 1992

De acuerdo con la clasificación que plantea el DSM-5 (APA, 2013), los tipos de depresión incluidos en los trastornos del estado de ánimo, son: a) Trastorno depresivo mayor (episodio único y recidivante), b) Trastorno distímico y, c) Trastorno depresivo no especificado (Tabla 5).

Tabla 5:

Criterios diagnósticos depresivos según DMS - 5

Los trastornos depresivos comprenden los siguientes tipos:

1. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo para referirse a la presentación de irritabilidad persistente y episodios frecuentes de descontrol conductual extremo en los niños de hasta 12 años de edad.

Criterios diagnósticos

A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabieta verbal y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad) o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.

B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.

C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.

D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres maestros, compañeros).

E. Los Criterios A-D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A-D.

F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.

G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.

H. Por la historia o la observación, los Criterios A-E comienzan antes de los 10 años.

I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco

J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de/ depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro autista, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno/ depresivo persistente [distimia]).

K. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

2. Trastorno depresivo persistente, criterios diagnósticos

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.

2. Insomnio o hipersomnia.

3. Poca energía o fatiga.

4. Baja autoestima.

5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.

6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, Un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Fuente: Adaptado del DSM-5. APA, 2013

Diagnóstico Diferencial

Los síntomas diferenciales de la depresión en la niñez y en la adolescencia son muy variados. La depresión en los niños y adolescentes se manifiesta a través de cualquier síntoma que signifique un empeoramiento del estado emocional, del estado afectivo, o que implique un descenso del rendimiento o un aumento de la conflictividad.

En tal sentido, vemos que cualquier síntoma que constituya consulta en psicología infantil puede ser debido a una depresión. Es por ello que el diagnóstico diferencial de las depresiones debería ser la parte más importante de quienes se dedican a la psiquiatría o a la psicología infantil.

En la tabla siguiente exponemos los síntomas diferenciales que consideramos más importantes. Bien se presenten en racimos, bien aislados, nos deben incitar a sospechar una depresión y a poner en marcha los medios para diagnosticarla o descartarla.

Tabla 6:
Diagnóstico diferencial de la depresión mayor

Otras enfermedades	Fármacos	Tóxicos
Endocrinas: hipotiroidismo, enfermedad de Addison, diabetes.	Psicoestimulantes Glucocorticoides sistémicos Anticonvulsivantes	Alcohol Cocaína Opioides
Neurológicas: síndrome postcontusión, epilepsia, tumores. Autoinmunes: lupus eritematoso sistémico.	Neurolépticos Anticonceptivos orales	Anfetaminas Cannabis
Infeciosas: hepatitis, mononucleosis. Celiaquía. Anemia.		

Fuente: GPC, 2009

Comorbilidad

A la hora de diagnosticar, se debe poner mucha atención al gran índice de comorbilidad con otras patologías que manifiesta la depresión infantil. Esta comorbilidad es especialmente fuerte con los problemas de conducta, la agresión y la ansiedad. Hay una importante relación entre la depresión y la ansiedad en niños entre 8 y 12 años y más intensa en los niños más pequeños. La ansiedad es, de todas las perturbaciones, la que más frecuentemente se encuentra asociada a la Depresión Infantil. Por esta razón es necesario dar mucha importancia al diagnóstico diferencial (GPS, 2009).

Generalmente, el TD (Trastorno Depresivo) se manifiesta tras el comienzo de otro trastorno psiquiátrico. En niños, los trastornos comórbiles más frecuentes son: la ansiedad de separación y los trastornos de ansiedad; en adolescentes, el abuso de tóxicos, los trastornos de conducta, la fobia social y los trastornos de ansiedad.

Tabla 7.
Comorbilidad de la depresión mayor en niños y adolescentes

Niños	Adolescentes
<ul style="list-style-type: none">• Ansiedad de separación• Otros trastornos de ansiedad• TDAH	<ul style="list-style-type: none">• Distimia• Abuso de tóxicos• Trastorno de conducta• Fobia social• Trastorno de ansiedad• TDAH

TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Fuente: GPC, 2009

Factores de riesgo y evaluación de la depresión

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de desarrollar una enfermedad o de que ocurra un evento adverso. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sino que se asocian con el evento, y, como tienen valor predictivo, pueden usarse para la prevención. La depresión en niños y adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la probabilidad de ocurrencia o que su control sea suficiente para prevenir la depresión (GPC, 2009).

Factores familiares y del entorno

Los factores familiares y el contexto social podrían jugar un importante papel en el desarrollo de la depresión, fundamentalmente aquellos que están fuera del propio control, que ocurren como un acontecimiento no predecible en el ambiente diario y que son recurrentes a lo largo del tiempo. La depresión en los padres se considera un factor de riesgo importante, que se asocia con depresión en su descendencia. Se ha visto que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del humor y en concreto, la psicopatología materna se considera un predictor de depresión en el niño (GPC, 2009).

El alcoholismo familiar también se ha asociado a una mayor probabilidad de depresión. El contexto familiar en el que vive el niño o el adolescente parece jugar un papel trascendental en el desarrollo de depresión. Los factores de riesgo más comunes son la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de

los padres y el niño. Son también factores de riesgo asociados con la depresión, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo. El trabajo de los padres fuera de casa, ingresos económicos bajos o vivir en áreas desfavorecidas, si ocurren de forma independiente, no parecen presentar una fuerte asociación con el desarrollo de depresión en los niños o adolescentes (Del Barrio, 2009).

La depresión juvenil se asocia en muchas ocasiones con la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros de su entorno social, lo que incrementa los problemas de relación social. De esta manera, los niños y adolescentes con pocos amigos presentan una mayor probabilidad de desarrollar depresión, así como trastornos de conducta y mayor aislamiento social. Otros factores también asociados con un número mayor de síntomas depresivos son el vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos, problemas de salud en los adolescentes, o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja.

El acoso por parte de iguales o *bullying* y la humillación (como el trato degradante, la burla delante de otros o el sentirse ignorado) son también factores de riesgo de depresión. Deberían considerarse niños y adolescentes con riesgo elevado de presentar trastornos mentales, incluida la depresión, aquellos sin hogar, los internos en centros de acogida, refugiados y aquellos con antecedentes de delincuencia, especialmente los recluidos en instituciones de seguridad. Por último, la adicción a la nicotina, el abuso de alcohol o el consumir drogas ilícitas son considerados también factores de riesgo asociados con la depresión (Del Barrio, 2009).

Antes de la adolescencia, los trastornos depresivos son prácticamente iguales en niños que en niñas. Sin embargo, en la primera mitad de la adolescencia, estos trastornos son dos o tres veces más frecuentes en el sexo femenino (GPC, 2009). Las posibles explicaciones podrían ser los cambios hormonales que se producen, un incremento del estrés y la mala respuesta a este, diferencias en las relaciones interpersonales y tendencia a pensamientos persistentes.

Factores de riesgo genéticos y bioquímicos

Como ya se ha comentado anteriormente, hasta un 20-50% de los niños o adolescentes con trastornos depresivos presentan historia familiar de depresión o de otra enfermedad mental. Sin embargo, la información actual sugiere que los factores genéticos podrían ser menos importantes en la presentación de depresión en la niñez que en la adolescencia (GPC, 2009).

No obstante, no queda claro cuál es el peso de los factores genéticos y cuál el de los factores ambientales en el desarrollo de depresión. Así, estudios realizados en gemelos indican que los síntomas depresivos podrían explicarse en un 40-70% por la presencia de factores genéticos. Sin embargo, el mecanismo de acción de los genes en los diferentes niveles hasta la manifestación clínica de la depresión es todavía desconocido. Para algunos autores, la influencia del ambiente es mayor cuanto más grave es la depresión, mientras que para otros, los cuadros clínicos más graves de depresión mayor, estarían más influenciados genéticamente (GPC, 2009).

Se señala, también, que existe alguna evidencia que indica que alteraciones de los sistemas serotoninérgico y corticosuprarrenal podrían estar implicadas en la biología de la depresión de los niños y adolescentes. Así se han visto alteraciones de la función

serotoninérgica en niños con historia familiar de depresión. Por otra parte, niveles incrementados de cortisol y de dehidroepiandrosterona predicen el comienzo de la depresión en subgrupos de adolescentes con riesgos psicosociales elevados de presentarla. También parecen existir alteraciones de los niveles de hormona del crecimiento, prolactina y cortisol en jóvenes con riesgo de depresión (GPC, 2009).

Factores psicológicos

Se piensa que el temperamento presenta una base genético-biológica, aunque la experiencia y el aprendizaje, en particular dentro del contexto social, pueden influir en su desarrollo y expresión. La afectividad negativa, se refiere a la tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características conductuales (como la inhibición y retraimiento social) y cognitivas (como las dificultades de concentración). La afectividad negativa conlleva una mayor reactividad frente a los estímulos negativos, y se asocia a una mayor probabilidad de trastornos emocionales, sobre todo en niñas (GPC, 2009).

Ante la ocurrencia de eventos vitales estresantes, características cognitivas asociadas a la afectividad negativa, como sentimientos de abandono o pérdida y/o de baja autoestima, así como un estilo cognitivo persistente, pueden dificultar el afrontamiento y aumentar la probabilidad de sufrir depresión en comparación con aquellos individuos sin estas características.

La presencia de síntomas depresivos, como anhedonia o pensamientos de muerte, incrementan de forma significativa el riesgo de presentar depresión mayor en niños y adolescentes. Finalmente, aquellos niños y adolescentes con discapacidades

físicas o de aprendizaje, déficit de atención, hiperactividad o alteraciones de conducta, también tienen un mayor riesgo de depresión. Para concluir, la Tabla 8 resume los principales factores personales implicados en la depresión en niños y adolescentes, clasificados como factores de vulnerabilidad, de activación y protectores.

Tabla 8:
Factores de vulnerabilidad, de activación y de protección en la depresión infanto-juvenil

Factores de vulnerabilidad (incrementan la predisposición general, pero rara vez provocan directamente la enfermedad)

- Factores genéticos
- Historia de trastorno afectivo en los padres
- Sexo femenino
- Edad post-puberal
- Antecedentes de síntomas depresivos
- Antecedentes de abuso físico y sexual en la infancia, especialmente en el sexo femenino
- Afectividad negativa
- Pensamientos de tipo rumiativo.

Factores de activación (directamente implicados en el comienzo de la depresión y en presencia de factores de vulnerabilidad, sus efectos pueden ser mayores. Suelen ser acotencimientos no deseados que dan lugar a cambios permanentes en las relaciones familiares y de amistad):

- Conflictos conyugales
- Desestructuración familiar
- Acoso o humillación
- Situaciones de abuso físico, emocional o sexual
- Consumo de tóxicos.

Factores de protección (reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación):

- Buen sentido del humor
- Buenas relaciones de amistad
- Relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia
- Logros personales valorados socialmente
- Nivel de inteligencia normal-alto
- Práctica de algún deporte o actividad física
- Participación en clubes escolares/sociales o en voluntariado.

Fuente: GPC, 2009

2.2.2. Evaluación de la depresión infantil y adolescente

La evaluación de la depresión infantojuvenil puede tener una finalidad diagnóstica, cuando el objetivo es comprobar la presencia o ausencia de unos criterios diagnósticos, puede realizarse con la finalidad de cuantificar la frecuencia o gravedad de los síntomas y/o tener como objetivo la realización de un cribado diagnóstico.

La evaluación de la depresión en la infancia y adolescencia, aunque comparte los objetivos de cualquier evaluación en salud mental, tiene algunas características especiales. Así, es importante tener en cuenta que los síntomas depresivos se expresan en los niños de forma diferente que en los adultos, en parte debido a la capacidad limitada de reconocer y comunicar emociones y pensamientos negativos, sobre todo en aquellos de menor edad.

Debido a esto, es importante obtener información de diferentes fuentes además del niño. Se debe contar con la información de los padres y de los profesores y orientar la evaluación hacia síntomas que tienen que ver con problemas de conducta (agresividad, rendimiento escolar) o hacia aspectos como las quejas somáticas y el retraimiento social, aunque los aspectos cognitivos también deben ser cuantificados.

Métodos de evaluación

Existen diferentes instrumentos para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes, fundamentalmente, cuestionarios autoinformados (auto o heteroaplicados) y entrevistas con diferentes grado de estructuración. El instrumento de evaluación que se elegirá, dependerá fundamentalmente del objetivo de ella (GPC, 2009). Algunos instrumentos de evaluación son más generales y otros más específicos, y algunos presentan versiones reducidas para disminuir el tiempo empleado en su realización e incluso pueden ser empleados en diferentes ámbitos, no sólo en el ámbito clínico.

Cuestionarios de depresión

Uno de los métodos de evaluación más empleados son los cuestionarios. Son instrumentos cuyo objetivo es realizar un registro de los sentimientos e ideas recientes, así como hacer un repaso, más o menos exhaustivo, sobre las distintas

áreas/dimensiones que pueden estar afectadas: afectiva, conductual y/o fisiológica. Los cuestionarios de evaluación de la depresión tienen diferentes utilidades: cuantificar la intensidad de la sintomatología, establecimiento de áreas conductuales problemáticas, detección de cambios sintomatológicos (monitorización de síntomas), realizar cribado e incluso, cualificar el tipo de trastorno. En la Tabla 9 se exponen algunos de los cuestionarios que pueden ser empleados para la evaluación de la depresión según la Guía Práctica de Salud (GPC, 2009)

Tabla 9:
Cuestionarios utilizados para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes

Nombre/autor, año.	Edad (años)	Items	Características	Adaptación y validación al castellano
Children's Depression Inventory (CDI)/Kovas, 1992 .	7-17	27 (larga) 10 (breve)	- Versión modificada del BDI para su uso en niños y adolescentes. - La mayor parte de los ítems miden aspectos cognitivos, no mide aspectos biológicos ni conductuales. - Con diferentes puntos de corte según su finalidad (cribado o ayuda al diagnóstico).	- Versión corta: Del Barrio <i>et al.</i> (1999) - Versión larga: Frías <i>et al.</i> (2002)
Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)/Reynolds, 1987.	13-17	30	- Presenta un elevado porcentaje de falsos positivos (30%) al punto de corte de la depresión. - No es particularmente efectivo detectando cambios.	Del Barrio <i>et al.</i> (1994)
Reynolds Child Depression Scale (RCDS)/Reynolds, 1989.	9-12	30	- Versión similar al RADS para su uso en niños. - En general peores cualidades psicométricas que el RADS.	Del Barrio <i>et al.</i> (1996)
Beck Depression Inventory-2nd ed (BDI-II)/Beck <i>et al.</i> 1996.	13-18	21	- Forma más reciente, próxima al DSM-IV, diseñada para realizarse en 10 minutos. - Diferencia de forma precisa adolescentes que pueden sufrir depresión de aquellos con una probabilidad más baja.	Sanz <i>et al.</i> (2005)
Kutcher Adolescent Depression Scale	6-18	16 (larga) 6 (breve)	- Buena fiabilidad y validez. - La versión corta podría ser efectiva para descartar la depresión en muestras comunitarias y ha	Sin datos

(KADS)/Le Blanc <i>et al.</i> , 2002 .			obtenido mejores resultados que el BDI.	
Patient Health Questionnaire-Adolescent version (PHQ-A)/Johnson <i>et al.</i> , 2002.	6-12	83	- Cuestionarios PHQ basados en el DSM-IV. - Diseñado para su utilización en atención primaria. - Incluye ítems sobre depresión y otros trastornos frecuentes de la adolescencia.	Sin datos
Escala para la evaluación de la depresión para maestros (EDSM)/ Domènech y Polaino, 1990.	8-12	16	- Los ítems se refieren a depresión, alegría y popularidad. - Sus autores han obtenido cuatro factores: rendimiento, interacción social, depresión inhibida y depresión ansiosa. - Los puntos de corte varían según la edad.	Elaborada para población española.
Center for Epidemiological Studies – Depression Scale (CES-D)/Radloff, 1977.	12-18	20	- Sin validez clara y con puntos débiles en adolescentes. - En el grupo de edad más joven mide sintomatología depresiva más que depresión. - Adaptado y validado en castellano.	Soler <i>et al.</i> (1990)
Preschool Symptoms Self-Report (PRESS)/Martini <i>et al.</i> , 1990 .	3-7		- No específico de depresión. - Presentación pictórica. - 25 láminas, cada lámina tiene una versión de carácter alegre o triste, debe elegirse una de ellas. - Existe versión según sexo y para padres y profesores.	Pictórico: buenas características psicométricas en población española.
Pediatric Symptom Checklist (PSC)/ Jellinek <i>et al.</i> , 1979.	3-16	35	- Versión para padres y para adolescentes. - Ventajas: brevedad y capacidad de cribar diferentes aspectos psicosociales y del comportamiento. - No diseñada para identificar enfermedades mentales específicas.	Sin datos
Child Behavior Checklist (CBCL)/ Achenback, 1985.	4-18	133	- La versión original es para padres, pero existe una versión para profesores y otra autoaplicada para adolescentes de 11-18 años. - Incluye ítems sobre algunas manifestaciones de depresión. - Ventajas: aporta información sobre problemas conductuales o comportamiento social.	Rubio-Spítec <i>et al.</i> (1994)
Youth Self-Report (YSR)/ Achemback <i>et al.</i> , 1987.	11-18	120	- Autoinforme, se complementa con las versiones del CBCL dirigidas a los padres. - Incluye ítems sobre adaptación social y problemas de conducta y emocionales.	Lemos <i>et al.</i> (1996)

Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)/Wood <i>et al.</i> , 1995 .	8-18	33 (larga) 13 (breve)	- Ventajas: puede complementarse con las versiones del CBCL para padres y profesores. - Formato para hijos y padres. - Buena validez diagnóstica. - Con diferentes puntos de corte según se trate de adolescentes o niños más pequeños.	Sin datos
---	------	--------------------------------	--	-----------

Fuente: GPC, 2009

Instrumentos basados en entrevistas

Las entrevistas clínicas varían de acuerdo con el grupo de edad al que van dirigidas, y según su formato pueden ser entrevistas semiestructuradas o estructuradas. Actualmente son muy empleadas, ya que tienen la ventaja de que permiten la homogeneización de los datos en la Tabla 10 (GPC, 2009). La mayor parte de ellas se fundamentan en alguno de los sistemas diagnósticos y en líneas generales ofrecen al clínico una guía para preguntar y registrar la información obtenida, lo que permite establecer un diagnóstico y estudiar la comorbilidad. Estas entrevistas requieren de entrenamiento para su utilización y deben ser empleadas por especialistas en salud mental.

Tabla 10.
Entrevistas estructuradas y semiestructuradas utilizadas en la depresión de niños y adolescentes

Nombre/autor, año.	Edad (años)	Tiempo (horas)	Características	Adaptación y validación al castellano
Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS)/ Kaufman <i>et al.</i> , 1997.	6-18	1,5-3	- Semiestructurada. - Procedimiento fiable y válido para la evaluación diagnóstica de la depresión. - Consume mucho tiempo, no idónea para realizar diariamente en la consulta.	Ulloa <i>et al.</i> (2003)
Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)/Costello <i>et al.</i> , 1985.	6-17	1-2	- Estructurada. - Ventaja: puede ser realizada por personal no sanitario con breve entrenamiento.	Bravo <i>et al.</i> (105)
Diagnostic Interview for Children and Adolescents –Revised (DICA-R)/ Herjanic y Reich, 1991.	6-18	1-2	- Estructurada. - Versión para padres e hijos. - Buena validez en adolescentes. - Parece tener tendencia a infradiagnosticar adolescentes, mientras que sobrediagnostica trastornos externalizantes.	Ezpeleta <i>et al.</i> (107)
Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)/ Angold y Costello, 2000.	9-17	1-2	- Estructurada. - Versión para padres e hijos - Fiable diagnosticando la depresión. - Glosario detallado para los entrevistadores.	Sin datos
Development and Well-Being Assessment (DAWBA)/ Goodman <i>et al.</i> , 2000.	5-16	—	- Entrevista estructurada y preguntas abiertas. - Conjunto de cuestionarios, entrevistas y escalas de gradación diseñadas para generar diagnósticos psiquiátricos basados en la CIE-10 y en la DSM-IV en niños de 5-16 años.	Sin datos
Children's Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R)/ Poznanski <i>et al.</i> , 1984.	6-12	0,5	- Semiestructurada. - Evalúa el grado de gravedad de depresión. - Puntúa información verbal y no verbal (tiempo del habla, hipoactividad, expresión no verbal de afecto depresivo).	Polaino y Domenech (111)

Fuente: GPC, 2009

Cribado diagnóstico

Debido a esto, se ha propugnado el empleo de instrumentos capaces de realizar un cribado que permita la detección precoz de pacientes con depresión, con la finalidad de que los pacientes reciban el tratamiento adecuado, o incluso para realizar intervenciones preventivas en aquellos pacientes con alto riesgo de desarrollar depresión mayor.

Es importante plantearse si la realización de un cribado mejoraría los resultados en los niños y adolescentes con depresión y si debería realizarse de una forma amplia (a toda la población general, es decir, a todos los pacientes que acuden la consulta) o de una forma limitada (únicamente a aquellos pacientes que presenten factores de riesgo).

Existen pocos datos comparativos entre diferentes cuestionarios para su utilización como instrumentos de cribado en la infancia y adolescencia. En nuestro país el CDI ha demostrado ser un buen instrumento de cribado, y ha demostrado tener un alto poder diferenciador entre niños normales y deprimidos. No obstante, este cuestionario tiene algunas limitaciones, entre las que destaca la ausencia de ítems relacionados con aspectos conductuales y biológicos, puesto que se centra en aspectos cognitivos (Ramírez, 2008).

Con relación a quién debe ir dirigido el instrumento de cribado para lograr los mejores resultados, existe un consenso generalizado en que se debe preguntar sobre los síntomas y los problemas actuales de forma independiente, tanto a los niños como a sus padres, combinando ambos grupos de respuesta para lograr una mejor estimación, fundamentalmente, en edades por debajo de los 14 años. Si el instrumento de cribado se dirige únicamente a los padres, se tiende a detectar pocos casos de depresión (falsos

negativos), mientras que, si solo se dirige niños o adolescentes, es probable que se detecten casos que no presentan la patología (falsos positivos) GPC, 2009).

Otros informadores potenciales podrían ser los profesores, amigos o hermanos y entre estos, preferentemente aquellos que tengan una relación más íntima, puesto que podrían informar con mayor fiabilidad. Con respecto al cribado en el ámbito escolar, en un ensayo clínico aleatorizado y controlado se observó que el entrenamiento de profesores para detectar la depresión en adolescentes no mejoró su habilidad para reconocer esta patología entre los alumnos (GPC, 2009)

En todo caso, estos instrumentos de cribado servirían únicamente para detectar una posible depresión, y sería necesario realizar posteriormente un diagnóstico mediante la entrevista clínica. Algunos autores proponen que los médicos de atención primaria deben realizar un cribado a los adolescentes con riesgo elevado de depresión durante las visitas a la consulta, mientras que diferentes organismos, consideran que la evidencia científica actual es insuficiente, tanto para recomendarlo como para no hacerlo (GPC, 2009).

Evaluación de la conducta suicida

Cuando hablamos de conducta suicida lo primero que tenemos que saber es que esta conducta no es exclusiva de los deprimidos (aunque se da en una gran proporción de ellos). Es importante distinguir esta conducta de otras conductas que pueden aparecer de forma normal de autolesiones en niños agresivos o impulsivos. Por eso a veces nos resulta difícil distinguir entre una persona que se quiere quitar la vida y otra que tiene un impulso. Para ello es importante recabar información del niño (del Barrio, 2009).

Los adultos que no ven al niño, no perciben el tipo de preocupaciones o de sentimientos que puede tener el niño y que preceden a la conducta suicida. Muchos

adultos en ocasiones se niegan a admitir la presencia de este tipo de pensamientos en un niño. Habría distintos grados de severidad en la conducta suicida que irían desde la simple ideación a pensamientos más elaborados de suicidio, después a planes de suicidio definidos, a intentos de suicidio y finalmente al suicidio consumado (del Barrio, 2009).

Valoración del riesgo suicida

En general, los instrumentos psicométricos que evalúan el riesgo suicida, podrían ser útiles para los profesionales que tienen contacto cotidiano con los niños y adolescentes. Normalmente este tipo de cuestionarios se centran en recabar información sobre los factores de riesgo más importantes, como son el intento de suicidio previo o la presencia de depresión mayor, por lo que podrían ayudarnos en la decisión sobre cuándo remitir al paciente a atención especializada. A pesar de que los test autoaplicados pueden ayudar, nunca pueden sustituir a la entrevista clínica, ya que por sí solos carecen de valor predictivo (GPC, 2009).

Cuestionario de Riesgo de Suicidio

Un cuestionario de riesgo suicida que ha sido recientemente validado (con niños y adolescentes mejicanos) es el *Risk of Suicide Questionnaire* (RSQ). Este cuestionario fue desarrollado por Horowitz en 2001 para detectar la conducta suicida en niños y adolescentes por parte de personal no especializado. Su versión original en inglés demostró ser un instrumento con alta sensibilidad y especificidad. En su versión en castellano se encontró una moderada consistencia interna y una correlación moderada-alta con constructos que se vinculan con el riesgo suicida, como la desesperanza, por lo que el RSQ podría resultar una herramienta útil. Consta de 14 preguntas tipo Lickert de 7 puntos (a mayor puntuación, mayor riesgo suicida). (GPC, 2009).

Escala de desesperanza de Beck

La escala de desesperanza de Beck es un instrumento diseñado para medir el grado de desesperanza, como un esquema cognitivo de expectativas negativas hacia el futuro inmediato y a largo plazo. Ha sido utilizado como indicador indirecto de los intentos de suicidio en adolescentes y ha resultado ser un instrumento válido, con alta consistencia interna y estabilidad temporal. Esta escala es de autoaplicación, consta de 20 preguntas de verdadero o falso y ha sido adaptada y validada en castellano.

Escala de Intencionalidad Suicida

Beck diseñó la *Suicidal Intent Scale (SIS)* en 1974 como escala para medir la intencionalidad suicida, pero no ha sido muy estudiada para niños y adolescentes. En España esta escala ha sido aplicada a jóvenes de entre 15 y 24 años tras una tentativa de suicidio. En este estudio se observó que los adolescentes con un trastorno afectivo con ánimo deprimido en el momento de realizar el intento de suicidio mostraron una intencionalidad suicida mayor que aquellos con otro tipo de trastorno (GPC, 2009).

Inventario de Depresión de Beck

También podría resultar útil el Inventario de Depresión de Beck (BDI) por abordar la sintomatología depresiva, ya que es un instrumento que ha demostrado ser fiable y válido para su utilización tanto en clínica como en investigación. El BDI es una escala de autoaplicación que se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. La versión original de 1961 consta de 21 ítems y la versión abreviada de 13 ítems y posteriormente se publicaron dos revisiones, la BDI-IA en 1979 y la BDI-II en 1996. Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975. Este cuestionario a pesar de contar con un solo ítem (ítem 9) que mide la presencia de ideación y conducta suicida, en un ECA de psicoterapia fue el mejor predictor clínico de aparición de pensamientos o actos suicidas durante el ensayo.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. Definición y características de los test psicométricos

El test psicométrico es un procedimiento estandarizado compuesto por ítems seleccionados y organizados, concebidos para provocar en el individuo ciertas reacciones registrables; reacciones de toda naturaleza en cuanto a su complejidad, duración, forma, expresión y significado (Muñiz, 2010). Según Muñiz (2010) enumeramos sus ventajas y desventajas (Tabla 11)

Tabla 11:
Ventajas y desventajas de los test psicométricos

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">• El test psicométrico como auxiliar del psicólogo• Como diagnóstico, la decisión se hace respecto al tipo de tratamiento pedagógico, psicopedagógico o psicológico a seguir• En la investigación, se utilizan para tomar decisiones acerca de la elaboración de hipótesis, exactitud en la formulación teórica, recolección de la información necesaria.• En la evaluación, ayudan en la decisión de otorgar, por ejemplo, la calificación que se merece un alumno o el punto hasta el cual un determinado procedimiento es o no eficiente.	<ul style="list-style-type: none">• Una prueba o test debe emplearse solamente para apreciar los aspectos para las cuales se ha elaborado.• una prueba no tienen validez universal. Sólo son válidas si los individuos que toman el test poseen características similares a las de los sujetos que formaron la muestra que sirvió para obtener dichas normas.• Un test aprecia la función medida tal como se dan en el individuo en el momento de aplicación de la prueba. Si las condiciones que influyen sobre el individuo se modifican, existe la posibilidad de que tales cambios influyan en los puntajes resultantes del test.

Fuente: Muñiz, 2010

2.3.1.1. Ámbitos o áreas de aplicación

El uso de test para la evaluación puede ser de diversos tipos, así encontramos que existen test meramente clínicos, así como otros que si bien pueden ser usados clínicamente también se aplican en otros contextos psicológicos, como la selección de

personal, la orientación vocacional y la investigación pura y aplicada, así la evaluación psicológica por medio de test no se limita a la corrección impersonal de los resultados, sino que exige del psicólogo una debida integración de todos sus conocimientos y una suficiente aptitud y actitud profesional para elaborar a partir de los resultados un perfil válido, sustentable y coherente con respecto al funcionamiento de una persona en determinada área, así cómo sacar el mayor provecho posible de cada prueba para realizar de forma eficaz y eficiente la labor que es de su competencia. Los ámbitos son:

Clínico: La más popularmente relacionada con el uso de test, ya sea para la práctica privada o institucional, los tests le permiten al clínico tener una mayor cantidad de información del individuo en un menor tiempo así como acceder a elementos difícilmente alcanzables por otros métodos, así como también proporcionan un paneo con respecto a la forma de funcionamiento predominante en el paciente en determinadas áreas lo que contribuye tanto al proceso de diagnóstico y despistaje, como al momento de planificar determinada intervención, remisión a otros profesionales o incluso al inicio de un proceso de psicoterapia.

Escolar: En esta área permite evaluar de una forma estandarizada, relativamente sencilla y muy enriquecedora, los procesos de niños, adolescentes o adultos relacionados con el aprendizaje y las posibles dificultades que se puedan presentar en éste, también es fundamental en las asesorías de elección vocacional, pues permiten visualizar las capacidades, aptitudes y preferencias que la persona posee pero que realmente no es capaz aún de identificar y de elaborar por sí mismo.

Organizacional y laboral: Al igual que en las áreas anteriores, permite acceder a una gran cantidad de información en un tiempo mínimo, permite despistar trastornos

mentales mayores, identificar actitudes, potencialidades y debilidades y aplicar este perfil en el proceso de selección de personal para un cargo determinado.

2.3.1.2. Fiabilidad Psicométrica

En el campo de la psicología, la educación y la investigación social, la fiabilidad (también llamada técnicamente confiabilidad) es una propiedad psicométrica que hace referencia a la ausencia de errores de medida, o lo que es lo mismo, al grado de consistencia y estabilidad de las puntuaciones obtenidas a lo largo de sucesivos procesos de medición con un mismo instrumento.

Consideraciones generales

A partir de la variabilidad en las puntuaciones encontradas tras una serie de mediciones repetidas puede determinarse el índice de precisión, consistencia y estabilidad de un instrumento. En el supuesto de que el resto de condiciones se mantengan inalteradas, puede concluirse que, a mayor variabilidad de resultados, menor fiabilidad del instrumento de medición. (Muñiz, 2010)

No obstante, uno de los principales problemas que se presentan en el campo de la investigación en ciencias sociales tiene que ver con la dificultad de conseguir que las distintas medidas se realicen exactamente en las mismas condiciones. Las condiciones personales de los sujetos, como la motivación, la maduración o el grado de atención, pueden variar de una medición a otra, por lo que resulta imprescindible establecer un procedimiento estandarizado de medición que permita reducir al mínimo las variables extrañas que puedan influir en los resultados finales. Por lo tanto, la fiabilidad hace referencia a la estabilidad y consistencia de las mediciones en aquellos casos en los que no existen razones teóricas o empíricas que nos hagan suponer que la variable que se

mide se haya visto modificada de forma significativa por los sujetos, por lo que se asume su estabilidad (Muñiz, 2010)

Coefficiente de fiabilidad

El coeficiente de fiabilidad es la correlación entre las puntuaciones obtenidas por los sujetos en dos formas paralelas de un test (X y X'). Suponiendo que las dos formas del test sean realmente paralelas (es decir, midan realmente lo mismo), las puntuaciones de los sujetos deberían ser iguales en ambas aplicaciones. Así, cuando la correlación es igual a 1, la fiabilidad es máxima. El grado en que el coeficiente de fiabilidad se aleje de 1 será un indicador del grado de error aleatorio de medida que estaremos cometiendo en la aplicación de las pruebas. El coeficiente de fiabilidad no debe confundirse con el índice de fiabilidad, que es la correlación entre las puntuaciones verdaderas y las empíricas, y se obtiene a partir de la raíz cuadrada del coeficiente.

El Coeficiente Alfa de Cronbach

En el caso específico del coeficiente de confiabilidad vinculado a la homegenidad o consistencia interna, se dispone del coeficiente (alfa), propuesto por Lee J. Cronbach en el año 1951. Con la creación del coeficiente de Cronbach, los investigadores fueron capaces de evaluar un instrumento constituido por una escala Likert, o cualquier escala de opciones múltiples.

Para determinar el coeficiente Cronbach el investigador calcula la correlación de cada reactivo o ítem con cada uno de los otros, resultando una gran cantidad de coeficientes de correlación. El valor es el promedio de todos los coeficientes de correlación (Muñiz, 2010). Visto desde otra perspectiva, el coeficiente Cronbach puede considerarse como la media de todas las correlaciones de división por mitades posibles, otro método de cálculo de consistencia interna. Con respecto a cómo interpretar el nivel

satisfactorio de fiabilidad con el coeficiente alfa, los investigadores consideran, que como regla general, las confiabilidades no deben ser inferiores a 0.80. (Muñiz, 2010).

Test-retest

Con este método el coeficiente de fiabilidad se calcula pasando el mismo test dos veces a los mismos sujetos. Se pueden pasar inmediatamente, o dejando un intervalo de tiempo entre el test y el retest. Después se calcula la correlación de Pearson entre las puntuaciones de ambas aplicaciones, y el resultado obtenido será el coeficiente de fiabilidad. Se considera un caso específico de formas paralelas, dado que evidentemente un test es paralelo a sí mismo. Al resultado obtenido se le denomina coeficiente de estabilidad, al servir de indicador de hasta qué punto son estables las mediciones realizadas durante la primera aplicación del test. Las diferencias en los resultados se atribuyen al grado de consistencia interna o muestreo de los ítems de la prueba en el caso de pasar el retest de forma inmediata, y se le suman las fluctuaciones en el tiempo en el caso del intervalo temporal.

Dejar transcurrir un espacio de tiempo excesivo entre ambas aplicaciones puede suponer una amenaza a la validez interna por las posibles influencias externas a la que pueden estar expuestos los sujetos durante el intervalo, y que pueden afectar a su desempeño en la segunda aplicación. En el extremo opuesto, una aplicación demasiado apresurada del retest podría afectar igualmente a la validez interna, en este caso por los posibles efectos del recuerdo reciente de la primera aplicación. La elección del intervalo de tiempo adecuado entre ambas aplicaciones dependerá en gran medida del tipo de test, ya que en función de su formato puede ser más sensible al efecto de una u otra amenaza. (Muñiz, 2010)

Dos mitades

A diferencia de los anteriores, este método sólo requiere una aplicación del test. Tras obtener las puntuaciones obtenidas por los sujetos en cada una de las dos mitades en que se habrá dividido, se procede a calcular la correlación entre las dos puntuaciones.

El resultado obtenido será un indicador de la covariación entre ambas mitades, es decir, de la consistencia interna del test. La principal dificultad de este sistema es asegurarse de que ambas mitades sean efectivamente paralelas. Un sistema habitual es dividir el test entre los ítems pares y los impares; no es recomendable dividirlo sin más por la mitad, dado que muchos tests muestran un incremento gradual de la dificultad de sus ítems. Muñiz, 2010).

Método de Guttman/Flanagan

Se descompone el test en dos partes de modo que tengan el mismo número de ítems y que puedan ser consideradas paralelas. Luego se calcula la puntuación total en cada una de estas partes así como para cada sujeto la varianza que ha obtenido en cada una de las partes así como la varianza total. Se aplica la fórmula L4 de Guttman que dará el mismo resultado que el coeficiente de Spearman-Brown cuando la varianza de las puntuaciones en ambas partes es igual.

Otros métodos basados en la consistencia interna

Coefficientes de Kuder-Richardson (1937): Se trata de dos fórmulas aplicables a sendos casos particulares de alfa. KR20 se aplica en el caso en que los ítems del test sean dicotómicos, y KR21, en el caso de que además de ser dicotómicos, tengan la misma dificultad.

Método de Rulon (1939): Una estimación de la fiabilidad de un test a partir de las puntuaciones obtenidas en sus dos mitades. Considera que la diferencia entre las dos mitades se debe sólo al error aleatorio.

Coefficiente beta (β): Propuesto por Raju (1977) para calcular la fiabilidad de una batería compuesta por diversos subtests. En los casos en los que se desea calcular la fiabilidad de una batería, se trata a los distintos subtests como si fueran los ítems de un único test y se calcula el coeficiente alfa global. El problema surge en los casos en los que los distintos subtests no tienen el mismo número de ítems, lo que suele ser lo más frecuente, y que repercute en una infraestimación del alfa global. El coeficiente beta permite sortear esta infraestimación.

Coefficientes theta (θ) y omega (Ω): Basados en el análisis factorial de los ítems, son indicadores de la consistencia interna similares al coeficiente alfa. El coeficiente theta fue desarrollado por Carmines y Zeller (1979); y el coeficiente omega fue desarrollado por Heise y Bohrnstedt (1970).²

Relaciones entre fiabilidad y otros factores

Hay dos factores que afectan al grado de fiabilidad de un test: la variabilidad y la longitud.

Fiabilidad y variabilidad: El tipo de muestra de sujetos que se haya escogido para calcular la fiabilidad de un test puede influir en el resultado obtenido. Esto significa que la fiabilidad ya no depende únicamente de las características del test, sino también de la muestra de sujetos a los que se aplique, por lo que no se puede decir que un mismo test tenga un coeficiente de fiabilidad fijo. En suma, puede afirmarse que la fiabilidad de un test será mayor cuanto mayor variabilidad exista en la muestra de sujetos seleccionada.

Fiabilidad y longitud: En términos generales, puede decirse que la fiabilidad de un test aumenta a medida que aumenta su longitud, es decir, su número de ítems. Ello no significa que resulte recomendable alargar innecesariamente un test en pro de aumentar su fiabilidad, ni que cualquier test pueda convertirse en un instrumento fiable por el único medio de aumentar indefinidamente su longitud. La fórmula de Spearman-Brown permite pronosticar el aumento de fiabilidad obtenida tras el incremento de la longitud de un test, siempre y cuando los ítems añadidos sean paralelos a los ya existentes. (Muñiz, 2010)

2.3.1.3. Validez psicometría

En el campo de la psicometría y estadística, la validez es un concepto que hace referencia a la capacidad de un instrumento de medición para cuantificar de forma significativa y adecuada el rasgo para cuya medición ha sido diseñado. De esta forma, un instrumento de medida es válido en la medida en que las evidencias empíricas legitiman la interpretación de las puntuaciones arrojadas por el test.

Consideraciones generales

La constatación de la validez de un instrumento de medida no ofrece mayores problemas cuando se trata de cuantificar variables objetivas, como el peso, la estatura o el volumen. Pero en el caso de variables psicológicas es necesario probar de forma empírica que el instrumento es válido para aquello que dice evaluar. No obstante, más que el test en sí mismo, lo que se somete a validación son las posibles inferencias que se vayan a realizar a partir de los resultados obtenidos. Tanto la fiabilidad como la validez son dos propiedades psicométricas que deben cumplir las interpretaciones e inferencias que se hagan de los resultados obtenidos por los tests psicológicos. La validez, pues, no

debe ser una característica propia del test, sino de las generalizaciones y usos específicos de las medidas que el test proporciona. (Muñiz, 2010)

Es importante señalar que un instrumento de medición no tiene un coeficiente fijo de validez que vaya a servir para cualquier propósito o para cualquier grupo de individuos, sino que siempre dependerá de la correcta elección del criterio a valorar (variable criterio) y la muestra seleccionada. (Muñiz, 2010)

Existen diversos tipos de validez, pero estas subdivisiones no constituyen conceptos que deban ser asumidos como independientes entre sí. Los tipos de validez mantienen una relación de influencia recíproca y conforman las diversas partes de un todo, que es lo que conocemos de forma genérica como "validez". (Muñoz, 2010)

Definiciones de validez

Desde el punto de vista estadístico, la validez es la proporción de la varianza verdadera que es relevante para los fines de la prueba; es decir, que es atribuible a la variable, características o dimensión que mide la prueba.

Desde el punto de vista psicométrico, la validez es el resultado de un proceso de recopilación de evidencias empíricas sustentado en supuestos teóricos que, en suma, permiten emitir un juicio valorativo que afirme la pertinencia y la suficiencia de las interpretaciones basadas en los resultados de una prueba. Este juicio no depende únicamente de los ítems de la prueba, sino también de la muestra sobre la que se efectúe el test, y del contexto de aplicación. Muñoz, 2010)

Así, para Messick (1984, citado por Muñiz 2010), «la validez unificada integra consideraciones de contenido, criterio y consecuencias en un marco de referencia de constructo para la evaluación empírica de hipótesis racionales acerca del significado de

las puntuaciones y de relaciones relevantes desde el punto de vista teórico, incluyendo las de naturaleza científica y aplicada».

2.3.1.3.1. Validez de contenido

Con relación a la validez de contenido vemos que esta ha sido definida como el grado en que los ítem que constituyen la prueba son una muestra representativa del dominio de contenido que se mide (Escurra, 2008). Usualmente se ha recomendado que este tipo de validez sea asignado a las pruebas de rendimiento escolar (Cronbach, 1972) y en algunos casos para las pruebas de adaptación basadas en observaciones aunque también se ha sugerido su utilización en escalas de actitudes y otras mediciones de rasgos (Escurra, 2008).

Por lo general esta forma de validez se ha determinado mediante la comparación sistemática de los ítem de la prueba con el dominio de contenido estudiado, este análisis es factible de ser llevado a cabo de dos formas: a) la primera que consiste en estudiar de manera lógica y racional los ítem explicitando el porqué se incluye en la prueba; y b) en la cual con ayuda de un grupo de jueces competentes y calificados se evalúa el grado en que los reactivos concuerdan con los planteamientos del constructo del instrumento, siendo denominada esta técnica como el criterio de jueces y que en muchos casos ha sido la estrategia usada por excelencia para evaluar la validez de contenido (Aiken, 1980, citado por Escurra, 2008).

La modalidad más común para realizar la validez de contenido por criterio de los jueces, consiste en solicitar la aprobación o desaprobación de la inclusión de un ítem en la prueba por parte de varios jueces, cuyo número puede variar según los requerimientos del autor del instrumento.

Quizás el problema más importante derivado del uso que esta técnica ha generado, es el referido a la dificultad para la cuantificación de sus resultados (Aiken, 1980). Matemáticamente este índice de acuerdo ha sido definido como la proporción que existe entre los juicios que coinciden con la definición propuesta por el autor (acuerdo A) y el total de juicios emitidos (acuerdos A y desacuerdos D); siendo su fórmula $IA = N/(A+D)$, tomándose como válidos los reactivos cuyos valores sean iguales o mayores que 0.80 (Guilford 1954, citado por Escurra, 2008)).

Si bien este intento permite solucionar parcialmente el problema de la cuantificación de la validez de contenido, también ha dado origen a otras controversias ya que no se ha indicado cual puede ser el número adecuado de jueces pues el valor límite de 0.80, puede ser obtenido tanto para grupos de 5 como para grupos de más de 10 jueces (Escurra, 2009). Es con miras a solucionar esta situación que nos proponemos cuantificar la validez de contenido por criterio de jueces aplicando como análisis estadísticos, la prueba Binomial y el coeficiente V de Aiken.

El Coeficiente de Validez V (Aiken, 1980)

Es un coeficiente que se computa como la razón de un dato obtenido sobre la suma máxima de la diferencia de los valores posibles. Puede ser calculado sobre las valoraciones de un conjunto de jueces con relación a un ítem o como las valoraciones de un juez respecto a un grupo de ítems. Así mismo las valoraciones asignadas pueden ser dicotómicas (recibir valores de 0 ó 1) ó politómicas (recibir valores de 0 a 5). Para nuestro caso se calculará para respuestas dicotómicas y el análisis del ítem por un grupo de jueces. Este coeficiente puede obtener valores entre 0 y 1, a medida que sea más elevado el valor computado, el ítem tendrá una mayor validez de contenido.

2.3.1.3.2. Validez predictiva

También conocida como «validez criterial», «validez relativa al criterio» o «validez de pronóstico», se refiere al grado de eficacia con que se puede predecir o pronosticar una variable de interés (criterio) a partir de las puntuaciones en un test. Es frecuente que en los procesos de selección de personal se utilicen instrumentos que pretendan determinar o predecir el rendimiento futuro de los candidatos al puesto de trabajo basándose en las respuestas obtenidas. Para ello es necesario que se haya obtenido una evidencia empírica de que los resultados obtenidos en la prueba correlacionen efectivamente con el rendimiento futuro en el puesto de trabajo.

Así pues, la operacionalización del concepto se realiza a partir del denominado coeficiente de validez, que es la correlación entre el test y el criterio. A mayor correlación, mayor capacidad predictiva del test. Existen distintos diseños experimentales que permiten determinar esta correlación. La elección de un diseño u otro dependerá de las necesidades y circunstancias específicas de cada caso:

Validez concurrente o simultánea: El test y el criterio se miden al mismo tiempo (concurrentemente). Puede utilizarse para validar un nuevo test por comparación con otro ya validado previamente.

Validez de pronóstico: El criterio se mide pasado un periodo de tiempo tras la aplicación del test. Es el tipo más habitual en los procesos de selección de personal, en los que se pretende predecir el rendimiento futuro de los sujetos.

Validez retrospectiva: El test se aplica un tiempo después del criterio que se pretende evaluar. Útil cuando se pretende dilucidar mediante una prueba algún aspecto del pasado que actualmente no es accesible.

2.3.1.3.3. Validez de constructo

A diferencia de lo que ocurre en otros campos, muchos de los conceptos manejados en el ámbito de la psicología no son directamente observables, por lo que requieren del apoyo de medidas indirectas. Los conceptos de peso o volumen son suficientemente tangibles como para no resultar susceptibles de interpretaciones subjetivas al respecto de su significado, pero no ocurre lo mismo en el caso de variables psicológicas como el neuroticismo o la introversión. Estos conceptos precisan del acuerdo o consenso sobre sus significados para poder ser catalogados como útiles y válidos desde un punto de vista científico. La validez de constructo, pues, hace referencia a la recogida de evidencias empíricas que garanticen la existencia de un constructo psicológico en las condiciones exigibles a cualquier otro modelo o teoría científica. (Muñiz, 2010). Por todo ello, la validez de constructo se presenta como una condición indispensable a la hora de valorar la eficacia de un instrumento de evaluación sobre una variable psicológica determinada.

Para Messick (1980; citado en Muñiz 2010) «la validez de constructo es el concepto unificador que integra las consideraciones de validez de contenido y de criterio en un marco común para probar hipótesis acerca de relaciones teóricamente relevantes». Asimismo, Cronbach (1984) refiere que «la meta final de la validación es la explicación y comprensión, y por tanto, esto nos lleva a considerar que toda validación es validación de constructo». (Muñiz, 2010).

Los procedimientos metodológicos más utilizados para la obtención de datos referentes a la validez de constructos psicológicos han sido el análisis factorial y la matriz multirrasgo-multimétodo. Ambos sistemas son indicadores respectivos de las denominadas "validez factorial" y "validez convergente-discriminante"

2.3.1.3.4. Validez factorial

El análisis factorial es una técnica del análisis multivariado que permite realizar una estimación de los factores que dan cuenta de una serie de variables. Se trata de una técnica de reducción de datos que permite encontrar grupos homogéneos de variables a partir de un grupo de variables mucho más numeroso. Los criterios de formación de grupos se basan en la necesidad de que las variables a agrupar correlacionen entre sí, y cumplan el requisito de ser independientes. Es decir, formarán un grupo aquellas variables que, siendo independientes entre sí, muestren un índice de correlación elevado. Así, podremos hablar de validez factorial de un constructo en aquellos casos en los que todas las medidas que se hayan diseñado para evaluarlo arrojen resultados similares al ser sometidas a un análisis factorial. Este análisis puede ser evaluatorio, con la intención de descubrir la posible estructura subyacente factorial de un conjunto de datos cualesquiera; o confirmatorio, si se realiza con base en unas expectativas y teorías previas al respecto de esa estructura. (Pérez-Gil et. al. 2000; citado por Muñiz, 2010)

Validez convergente-discriminante

Este tipo de validez se determina a partir de los resultados arrojados por la matriz multirrasgo-multimétodo (diseño MRMM, sistematizado por Campbell y Fiske en 1959). El sistema consiste en realizar mediciones de varios rasgos con distintos métodos de medición. De este modo podemos encontrarnos con varios resultados.

Validez convergente

Existe validez convergente cuando las mediciones del mismo rasgo realizadas con distintos métodos correlacionan entre sí. El hecho de que un mismo rasgo sea detectado por igual con varias metodologías diferentes, es un indicador fiable de la existencia real de ese rasgo. Se dice que en este caso, las medidas convergen.

2.3.2. Proceso de adaptación lingüística de un instrumento psicométrico

2.3.2.1. Adaptación de pruebas psicológicas

La adaptación de un test psicológico no es simplemente la traducción de la prueba de un idioma a otro; se debe, además, tener en consideración varias variables o factores. También puede ser definida como un proceso de decodificación y recodificación de información (Posada, 2011).

Van de Vijver y Leung (1997, citado en Posada 2011) establecieron tres niveles de adaptación de pruebas psicológicas.

- a) El primero consiste en la mera aplicación de la prueba, es decir, simplemente traducir de un idioma a otro toda la prueba, sin realizar cambio alguno; este método implica obviar el cuestionamiento de la equivalencia del constructo.
- b) El siguiente nivel consiste en la adaptación en sí, en el cual se transforma, subtrae e introduce nuevos ítems a la escala original. Hay veces que diversos ítems pueden representar mejor el constructo para una población a la que se le quiere aplicar la prueba por primera vez.
- c) El tercer nivel consiste en el ensamble, el cual emerge cuando la prueba ha sufrido demasiados cambios, al punto de dejar de ser la misma prueba, disponiendo de nuevos elementos y de una nueva estructura de ítems, esto sucede a menudo en la neuropsicología, en la cual siempre se cambian las láminas de las pruebas, ya que estas, para que midan lo que se quiere que midan, deben ser adaptadas conforme al contexto cultural de las poblaciones a ser evaluadas. Por ejemplo, pudiera haber dibujos difíciles de identificar o simplemente desconocidos para una población de niños de alguna zona remota; por lo tanto, se realizan los cambios respectivos. También esto es común en tests

de personalidad. Por ejemplo, los tests chinos de personalidad incluyen criterios que evalúan la armonía, los cuales no son considerados por la cultura occidental.

Posada (2011) explica que la adaptación consiste en encontrar en el proceso de adaptación factores de equivalencia de un idioma a otro; es decir, que tanto en el idioma original como en el idioma traducido debe haber una concordancia entre el ítem planteado y el constructo a medir; lo cual es siempre aplicado en la Teoría a la Respuesta al Ítem.

Así mismo, expresa que existen ciertas directrices en la adaptación de pruebas psicológicas, propuestas por la Comisión Internacional de los Tests. Algunas de estas directrices exponen diversos temas relacionados con los tests, incluyendo dentro de estos temas la adaptación de la prueba. Existen cinco directrices, las cuales son fundamentales al momento de realizar la construcción y adaptación de un test. A continuación se expresarán las ideas más importantes de estas directrices:

a) Criterio lingüístico y cultural

En primer lugar, al momento de realizar el proceso de adaptación de una prueba, se debe tomar en consideración que existen diferencias lingüísticas y culturales entre las poblaciones, y estas deberían ser tomadas en consideración al momento de realizar este proceso. El lenguaje que se utiliza en los manuales, instrucciones e ítems debe ser claro para cada población de acuerdo a su contexto cultural; además, lingüísticamente legible y de fácil lectura.

b) Criterio técnico

En el manual de cada prueba adaptada, deben mostrarse los procesos por los cuales pasó el test, así como las reglas establecidas en este deben ser indicadas claramente.

Los contenidos de los ítems también deben ser familiares para las poblaciones a evaluarse.

c) Criterios de carácter lingüístico y psicológico

En el proceso de adaptación se deben incluir criterios de carácter lingüístico y psicológico, para así incrementar la equivalencia del test. Estos criterios se refieren a aspectos de traducción que pueden ser de un diseño directo, o inverso, los cuales serán explicados con mayor detalle en las siguientes páginas.

d) Criterios psicométricos

Un aspecto que cabe resaltar, el cual se puede extraer del diseño directo aplicado a una muestra, es que al momento de realizar la adaptación, se deben tener en consideración criterios psicométricos:

- **Validez:** consiste en determinar qué tan efectivo ha resultado el test para medir lo que se pretendía medir. Esta se consigue mediante la aplicación de diversas técnicas. Por ejemplo:
- **Confiabilidad:** es el grado de consistencia que presenta una prueba a través del tiempo, al ser aplicada sucesivamente en una muestra representativa.
- **Sensibilidad al cambio:** el test debe caracterizarse por disponer de propiedades para detectar cambios significativos en el aspecto clínico a través del tiempo; utilizando a la validez y confiabilidad que la prueba presente.
- **Utilidad:** se refiere al tiempo y los recursos necesarios para aplicar el test.

e) Criterio estadístico

La cual expresa lo siguiente: “Los constructores/editores de test deberían asegurar que el diseño de recogida de datos permite la utilización de técnicas estadísticas adecuadas para establecer la equivalencia entre las diferentes versiones del test”.

En otras palabras, se deben de tomar en consideración aspectos estadísticos al momento de realizar la adaptación de la prueba; los criterios estadísticos basados para realizar esta adaptación varían en función de dos dimensiones: la naturaleza de la muestra o de los sujetos evaluados (monolingües competentes solo en el idioma original, monolingües competentes en el idioma objeto o bilingües); y la versión del test que se vaya a administrar (original, directamente adaptada o inversamente adaptada)

Posada (2011) expresa, también, que existen diversos tipos de sesgos en la adaptación de test psicométricos; a continuación se pasará a explicar cada uno de ellos.

a) Sesgo de Constructo

Este sesgo se presenta cuando el constructo medido no es igual en distintos grupos culturales. Varios comportamientos aceptados en una sociedad como normales, son tomados como conductas extrañas en sociedades diferentes.

b) Sesgo Metodológico

Sesgo de muestra: esto ocurre cuando las muestras son incomparables entre sí. Factores como la edad, el nivel socio-cultural, la motivación, entre otros, pueden afectar considerablemente la equidad relativa contextual entre dos muestras.

Sesgo en el instrumento: se refiere a la familiaridad que tenga la muestra con los objetos usados en el test. En muchas sociedades se usan diferentes cosas que pueden no existir en otras, o ser irrelevantes.

Sesgo de administración: esto se refiere a los problemas de comunicación entre el evaluado y el administrador de la prueba. Estas dificultades se dan más que todo para que el entrevistado entienda las instrucciones, que mayormente no logran ser explicadas a totalidad cuando están en el manual, es ahí donde el administrador se da el trabajo de interpretar las instrucciones adecuándolas según su criterio personal, lo cual puede conducir a distorsiones en la interpretación de los resultados obtenidos.

Sesgo de Ítem: Este sesgo se da cuando los ítems considerados poseen diferentes significados en las culturas analizadas.

2.3.2.2. Proceso de traducción en adaptación

Como bien sabemos, la mayoría de las pruebas están hechas originalmente en inglés, por lo que los hispanohablantes o personas ajenas a esa lengua podrían encontrarse en desventaja para su uso y aplicación. Debido a ello, se consideró pertinente llevar a cabo un proceso en el cual se pueda traducir dicho material para que su uso se expanda a todos los países y no solo a los que tienen habla inglesa, o el lenguaje original de la prueba.

Dicho proceso va mucho más allá de una traducción lineal de las palabras al nuevo lenguaje; implica un proceso más amplio y que requiere de un tiempo considerable para que este material sea traducido fidedignamente para su uso posterior.

Existen dos métodos comunes. El primero, llamado traducción directa o forward translation, consiste en la traducción del test por un grupo de expertos en idiomas

(Posada, 2011). Luego de haber sido traducido el material, otro grupo de traductores juzga la equivalencia entre ambas versiones, para así poder realzar las correcciones pertinentes. Otra opción muy plausible es el hecho de aplicar esta prueba a una muestra significativa para que así se pueda determinar si existe la equivalencia respectiva.

El otro método, más usado aun, se llama traducción inversa o backward translation. En donde un grupo de traductores realiza la traducción del idioma original al nuevo para que luego un segundo grupo tome el test traducido – es decir, en el nuevo idioma – para retraducirlo nuevamente. Esto permite hacer comparaciones entre la versión original y la versión retraducida al idioma original para determinar su equivalencia.

2.3.2.3. Proceso semántico y lingüístico en la adaptación

El lenguaje es un sistema complejo integrado por distintos módulos o componentes, los cuales se pueden agrupar en formales (sintaxis, morfología y fonología) de contenido (semántico) y de uso (pragmático) (Albarracín et al., 2013). Asimismo, lo integran la prosodia o entonación, que puede modificar el significado literal de las palabras, de las frases y del discurso. Todo lenguaje está organizado como una jerarquía de estructuras: discurso, frases, palabras, morfemas y fonemas (Albarracín et al., 2013). Cada nivel de la jerarquía está gobernado por su propio sistema de reglas, como en el caso de las reglas fonológicas que especifican que en un determinado lenguaje existen fonemas que pueden ir juntos, existiendo otros casos donde no se puede cumplir la regla anteriormente mencionada. Para lograr un desarrollo óptimo del lenguaje es indispensable ampliar la base comunicativa hacia lo significativo y lo expresivo, buscando la coherencia de sus componentes.

Componentes del lenguaje

- a) El componente semántico, según Santiuste y Beltrán (1998, citado por Albarracín, 2013)), la semántica analiza el contenido o significado de las palabras. En este aspecto, las personas se ven ampliamente influidos por las interacciones sociales y culturales del medio. Por su parte, Acosta et al. (2001, citado por Albarracín, 2013)) señala que la semántica se centra en el significado de las palabras y sus combinaciones. De aquí se concluye que la semántica es «lo que tiene significado»; su finalidad es establecer el significado de los signos y su influencia en lo que la gente hace y dice. Es el componente que se relaciona con el significado e incluye el conocimiento de las categorías conceptuales del lenguaje, de las palabras y expresiones que se usan en conceptos (léxico).
- b) La morfología se dedica al estudio de las unidades más pequeñas del lenguaje que tienen sentido, así como las reglas que determinan la estructura de las palabras y de su variabilidad. También se refiere a la estructura de las palabras, las cuales se pueden descomponer en partes más pequeñas denominadas afijos: prefijos y sufijos. Como lo indica su nombre, la morfología se encarga de estudiar la estructura interna de las palabras desde la perspectiva de sus formas (Albarracín et al, 2013). Dockrell y Mc. Shine (1997, citado en Albarracín, 2013) la explican como un conjunto de principios que determinan cómo se pueden combinar las palabras de una forma gramatical.
- c) La sintaxis en la comunicación se basa en que orienta la construcción adecuada de las oraciones, dando como resultado una expresión coherente. En términos simplificados, la sintaxis es el orden y la estructura de las palabras y frases dentro de la gramática. Incluye el dominio de las relaciones entre las palabras dentro de las oraciones y de cómo expresar estas relaciones. Cada elemento sintáctico constituye una unidad funcional.

El componente pragmático

Se encarga del estudio del lenguaje en contextos sociales, considerando la intencionalidad comunicativa del hablante y del empleo que hace del lenguaje para su comunicación. Por lo tanto, presta especial interés a las reglas que gobiernan el uso social del lenguaje, considerando tres aspectos en su estudio: a) las intenciones comunicativas, b) la organización del discurso conversacional y c) las presuposiciones en contextos conversacionales y narrativos.

El componente fonético-fonológico

Se relaciona con el estudio del habla y analiza sus dificultades de orden articulatorio (fonética), como de orden fonológico. Por lo tanto, debemos distinguir fonología de fonética. La fonología se encarga del estudio de los sonidos de la expresión lingüística desde un punto de vista funcional y abstracto. Martínez Celdrán (1989, citado en Albarracín et al., 2013), menciona que su «estudio se lleva mediante la utilización de criterios estrictamente lingüísticos», es decir, estudia la organización de los sonidos durante la articulación del habla espontánea, valiéndose de sus características articulatorias y de los distintos contextos en los que puede aparecer.

Por su parte, la fonética estudia la producción sonora y procura recoger información sobre las propiedades fisiológicas y físicas de los sonidos de habla. Para Albarracín et al. (2013), la fonología se interesa por el estudio de la organización de los sonidos en un sistema valiéndose de sus caracteres articulatorios y de la distribución o suma de los contextos en que pueden aparecer. Lo que indica que la fonología intenta entender la influencia que los sonidos tienen unos sobre otros, dando sentido a los datos fonéticos y analizando elementos y reconociendo el mismo sonido.

3.4. HIPÓTESIS

Hernández (2010) señala que no todas las investigaciones llevan hipótesis, según sea su tipo de estudio (investigaciones de tipo descriptivo) no las requieren, es suficiente plantear algunas preguntas de investigación.

Se podría definir según el diccionario Larousse, Hipótesis: Deriva del griego hypothesis, que significa suposición de una cosa posible, de la que saca una consecuencia, por lo tanto hipótesis es una suposición o afirmación que debe comprobarse empíricamente (Ramírez, 2009).

Se puede concluir que todo proyecto de investigación requiere preguntas de investigación, y sólo aquellos que buscan evaluar relación entre variables o explicar causas requieren formular hipótesis (Hernández, 2010).

Por ser este trabajo de investigación un estudio descriptivo, y además, de no presentar una suposición o causa – efecto, nos permitimos a no usar hipótesis.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño de la investigación

El estudio es descriptivo, analítico y transversal, dirigido a la adaptación del instrumento psicométrico Inventario CDI - Children Depresión Inventory de Kovacs - (Kovacs 2004), para el diagnóstico de la depresión en niños y adolescentes, según la definición del DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

3.2. Población y muestra

Se realizó previamente ante la UGEL 07 de Lima Metropolitana que comprende la jurisdicción de las instituciones educativas de los distritos de San Borja, Surco y Surquillo, las coordinaciones para tener acceso a estas instituciones educativas. De acuerdo a los objetivos de la investigación se coordinó con la UGEL 07 que las instituciones para desarrollar el trabajo de campo deben ser del distrito de Surquillo y que sean de origen estatal o público y que el mismo plantel tuviera primaria y secundaria. Luego de algunas visitas a los planteles educativos propuestos por la UGEL 07, se vio por conveniente escoger a la I.E.E. Ricardo Palma porque reunía las condiciones necesarias para la investigación. Entre los considerandos para escoger este plantel podemos señalar: a) Su población estudiantil - en su mayoría - pertenece al nivel socioeconómico C y D, pues proceden de San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo y de los barrios marginales de Surquillo. b) La apertura y el interés que mostraron las autoridades del plantel para que se haga la investigación. c) El plantel contaba con un área de psicología a cargo de dos (2) profesionales, uno de primaria y

otro de secundaria. d) Contaba con salones integrados por alumnos de ambos sexo y e) Tenía primaria y secundaria.

La población de esta I.E.E. es de 1800 alumnos de ambos sexo distribuidos en 650 alumnos del nivel primario y 1150 alumnos del nivel secundario. El nivel primario está comprendido del 1er grado al 6to grado, con cinco salones cada grado. El nivel secundario se distribuye entre el 1er año al 5to año, con cinco salones cada uno.

Para el desarrollo de la investigación se tomó una muestra de alumnos de ambos sexo, que calzaban en las edades comprendidas entre 9 y 15 años por lo que se tuvo que tomar a alumnos comprendidos entre el 4to grado de primaria y 4to año de secundaria. En tal sentido se logró una muestra de 381 alumnos de ambos sexo (174 de nivel secundario y 207 de nivel secundario). El criterio de la muestra fue a conveniencia del investigador y de acuerdo a las condiciones y facilidades que daba el plantel escolar, toda vez que no se quiso interferir con el dictado de las clases, para ello se escogió al azar dos (2) salones por grado y año, respectivamente. En la Tabla 12 enumeramos las variables de estudio.

3.3. Técnica de investigación

En relación a la adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (2004), se realizó la adaptación semántica de los ítems del inventario y especialmente de algunas palabras poco usadas en el contexto cultural peruano de las zonas marginales de Lima Metropolitana. La modificación fue realizada por el autor del presente trabajo, contando con el asesoramiento de una (1) lingüista.

Tabla 12:
Variables de estudio

Variable	Tipo	Causalidad	Nivel Medición	Operación - lización	Ítems	Valores
Edad	Cuantitativa	Independiente	Nominal	Tiempo que ha vivido una persona cada uno de los periodos en los que se divide la vida	Edad	9 años 10 años 11 años 12 años 13 años 14 años 15 años
Sexo	Cuantitativo	Independiente	Ordinal	Condición orgánica que distingue el hombre de la mujer	Sexo	1. Femenino 2. Masculino
Escolaridad	Cuantitativo	Independiente	Ordinal	Relativo al nivel educativo de un individuo	Escolaridad	Primaria: 4to grado 5to grado 6to grado Secundaria: 1er año 2do. año 3er año 4to año
Disforia	Cualitativa	Dependiente	Ordinal	Se pierde la capacidad de sentir placer en todas aquellas situaciones en las que anteriormente sentía, además se sienten culpables de todo.	4 Diversión 16 Dormir 17 Estar cansado 18 Comer 19 Dolores 20 Sentirse solo 21 Ir al colegio 22 Tener amigos	0 Síntoma ausente 1 Síntoma moderado 2 Síntoma severo
Autoestima negativa	Cualitativa	Dependiente	Ordinal	La autoestima negativa hace referencia al valor negativo que se le da a la imagen y al concepto que se tiene de sí mismo y que se forja en relación con la información de las personas significativas y de las experiencias	2. Logros 7. Odio a si mismo 9. Ganas de morir 14. Autoimagen positiva 25. Sentirse querido	0 Síntoma ausente 1 Síntoma moderado 2 Síntoma severo

Fuente: GPC, 2009

Los ítems modificados en semántica (significado) y sintaxis (construcción de las oraciones) del CDI original fueron: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 20, 23,

24, 25 y 27; en total 20 ítems y quedaron como tal del original o pequeñas modificaciones no significativas los ítems: 10, 16, 18, 19, 21, 22 y 26 en total 7 ítems (Anexo A).

En general se cuidó dar una mejor construcción de las oraciones que tenían las preguntas de los ítems procurando que sea de mejor lectura y comprensión de los alumnos que iba dirigida la adaptación del cuestionario del CDI. En todo momento se procuró mantener una redacción uniforme de las preguntas de los ítems a fin de que se siga una constante para no distraer la atención de los alumnos y esto haría más fácil su comprensión y por ende una respuesta más acertada del cuestionario. Lo expuesto se puede observar con el siguiente ejemplo del ítem 2:

Ítem del CDI original

2.

- Nunca me saldrá nada bien
- No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
- Las cosas me saldrán bien

Ítem del CDI adaptado

2

- O Nunca las cosas me salen bien.**
- O A veces las cosas me salen bien.**
- O Siempre las cosas me salen bien.**

Como se puede apreciar en la redacción del ítem en el CDI original hay una ambigüedad en las preguntas puesto que de acuerdo a la semántica (significado de las palabras) debe haber una estrecha correlación entre el signo y el significado y en este caso se puede apreciar que en la primera pregunta del ítem no existe la palabra “cosa” o “cosas” que sí se mantiene en las dos preguntas restantes del ítem. Sin embargo en la adaptación del ítem se puede apreciar, en primer lugar, que se ha insertado la palabra “cosa” o “cosas” en las tres oraciones de las preguntas. Del mismo modo esta ambigüedad se muestra en los ítems 3 y 4 del CDI original que han sido modificados en la adaptación presente. Además se ha jerarquizado marcadamente las preguntas de los ítem, donde se puede apreciar que al comienzo de la oración se ha antepuesto la palabra

Nunca o **No** que corresponde al valor menor de la pregunta (es decir 0), **A veces** o **Muchas veces** al valor medio (1) y **Siempre** al valor más alto (2), respetando así la escala de puntuaciones del CDI. Estas modificaciones han sido establecidas en la adaptación de los ítems: 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 15, 25 y 27.

El adjetivo *solo* tiene diversos usos, tiene flexión de género (masculino, femenino) y número (singular, plural): *solo, sola, solos, solas*. Sus diferentes significados pueden conducir a diferentes interpretaciones del texto. Así, *come solo* puede ser tanto “sin ayuda” (Tiene apenas un año y ya *come solo*), como “sin compañía” (Desde que enviudó *está solo* todos los días). El adjetivo *solo* no se acentúa en ningún caso, ni con las actuales normas de la Real Academia de la Lengua Española ni con las antiguas.

Por tal motivo en el caso que nos ocupa, en el ítem correspondiente (ítem 20) al uso de este adjetivo se ha procurado ser más precisos porque en el cuestionario original se ha utilizado este adjetivo indistintamente para ambos géneros, mientras que en la adaptación se ha hecho la diferenciación correspondiente agregando al adjetivo *solo* el apéndice (a), cuando se trata del género femenino, tal como se puede mostrar a continuación.

Ítem del CDI original

20.

- Nunca me siento solo
- Me siento solo muchas veces
- Me siento solo siempre

Ítem del CDI adaptado

20

- Nunca me siento solo (a)**
- Muchas veces me siento solo (a)**
- Siempre me siento solo (a)**

Del mismo modo en el ítem 5 del cuestionario original vemos que el adjetivo calificativo *malo* que va junto al sustantivo ha sido utilizado en forma general, sin embargo en la adaptación hemos hecho la distinción para diferenciar el género, así

mismo se ha modificado la construcción de la oración en las preguntas, tal como se aprecia en acápite siguiente. Igualmente ha ocurrido en el ítem 17 que se refiere al verbo *cansado* que para referirse al género femenino se ha agregado el apéndice (a). También en el ítem 24 el sustantivo plural *niños* se le ha agregado el apéndice (as) para las *niñas*.

Ítem del CDI original

5

- Soy malo siempre
- Soy malo muchas veces
- Soy malo algunas veces

Ítem del CDI adaptado

5

- Siempre soy malo (a)
- Muchas veces soy malo (a)
- A veces soy malo (a)

Otra adaptación la podemos apreciar en el ítem 15 del original, pues, aparte de mejorar la construcción de la oración podemos apreciar que hubo una adaptación transcultural puesto que en España se utiliza la palabra *deberes* para referirse a los trabajos que se dejan a los alumnos para que lo desarrollen en casa o en las mismas aulas. Sin embargo, en nuestro medio es bien sabido que para referirse a esta misma actividad se utiliza la palabra *tareas*. Esto lo pudimos comprobar en la prueba piloto que realizamos y que el 100 por ciento de los alumnos comprendieron cuando pusimos en el cuestionario la palabra *tarea* en vez de *deberes* que es ambiguo y disperso, pues tiene mayores acepciones y puede inducir a error en nuestro medio.

Ítem del CDI original

15

- Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
- Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
- No me cuesta a ponerme a hacer los deberes

Ítem del CDI adaptado

15

- Siempre me cuesta hacer las tareas
- Muchas veces me cuesta hacer las tareas
- No me cuesta hacer las tareas

Así mismo nos podemos referir al ítem 14 cuando en el original se refiere a *tener buen aspecto*, sin embargo nosotros preferimos utilizar *tener buena apariencia* que es más común en nuestro medio, pues *aspecto* se puede confundir al estado de humor del momento o su forma de vestir y actuar. Sin embargo nos parece que el

cuestionario quiere medir la dimensión autoestima negativa lo cual lo más apropiado es utilizar la palabra *apariencia* al referirse a su concepto de apreciación física, tal como él se ve o se siente o considera, sobre todo cuando la pregunta principal es: me considero feo(a).

En el mismo sentido en el ítem 23 en el cuestionario original se refiere a *mi trabajo en el colegio*, lo cual nosotros hemos preferido utilizar *mi rendimiento escolar*, por ser más acorde con nuestra idiosincrasia dado que no es usual en nuestro medio preguntar al niño: ¿Cómo te va con tu trabajo en el colegio?, sino ¿Cómo te va con tu rendimiento escolar? *Trabajo* es una palabra muy amplia para nuestro medio, se puede confundir, por ejemplo, con que están desarrollando un biohuerto o que están pintando la cancha de fútbol. Sin embargo cuando se refiere al *rendimiento escolar* es más preciso al referirse a sus notas de calificaciones académicas. Esto también lo pudimos apreciar en la prueba piloto del cuestionario.

3.3.1. Instrumentos de recolección de datos

3.3.1.1. Inventario de depresión infantil (CDI) de Kovacs

Este inventario, es el instrumento más utilizado y aceptado por los diversos expertos en el tema de la depresión infantil. Tiene por objetivo evaluar la sintomatología depresiva, se usa en la evaluación, investigación y el rastreo de casos (screening). El CDI, al ser el primer instrumento publicado para evaluar la depresión infantil, ha sido extensamente utilizado y se ha convertido en un instrumento básico. Su aplicación en diferentes contextos permite la comparación de los datos obtenidos en muestras de diversos países y continentes (Kovacs 2004). Su fiabilidad y validez ya ha sido extensamente explicado en líneas anteriores.

3.3.1.2. Cuestionario de Depresión para Niños - CDS. (Lang, M. y Tisher, M. 1978)

Ficha técnica

Nombre: CDS. Cuestionario de Depresión para Niños.

Nombre original: CDS. Children's Depression Scale.

Autores: Moshe Lang y Miriam Tisher. 1978.

Procedencia: Australian Council for Educational Research, Ltd. (ACER), 1978.

Adaptación española: Nicolás Seisdedos, de TEA Ediciones (1999).

Aplicación: Individual y colectiva.

Ámbito de aplicación: Desde los 8 a los 14 años

Duración: Aproximadamente entre 30 y 40 minutos.

Finalidad: Evaluación global y específica de la depresión en los niños y adolescentes.

Ámbito de aplicación

El CDS se puede utilizar con niños y adolescentes desde los 8 a los 16 años. Su ámbito de aplicación es amplio puesto que por sus características es muy adecuado para evaluar la sintomatología depresiva de los alumnos en contextos educativos, aunque también es muy útil en contextos clínicos para obtener un perfil diferenciado de las manifestaciones concretas de la sintomatología de cada caso, lo que permite afinar en el diagnóstico y diseñar el plan de intervención. La aplicación puede realizarse de forma individual o colectiva y la duración es de aproximadamente 30-40 minutos, aunque no tiene un límite de tiempo establecido.

Contenido y estructura

El CDS está compuesto por 66 ítems, 48 de carácter depresivo y 18 de carácter positivo. Estos dos conjuntos de ítems evalúan dos dimensiones (Total depresivo y la Total positivo) y se agrupan en ocho escalas que contribuyen a clarificar la

manifestación de la sintomatología depresiva en los niños. Todas estas escalas apuntan a diferentes comportamientos depresivos y son muy interesantes para poder especificar e interpretar una determinada puntuación total de la dimensión Total depresivo o Total positivo, puesto que los niños puedan manifestar su depresión de muy diferentes maneras.

Descripción de las dimensiones:

Dimensión Total depresivo (TD)

La dimensión Total depresivo incluye los ítems que se refieren a las respuestas afectivas negativas, a las dificultades en la interacción social, al aislamiento y a la soledad del niño, a los sentimientos, conceptos y actitudes de tipo negativo hacia su propia autoestima y valor, a los sueños y fantasías en relación con la enfermedad y la muerte y a los sentimientos autopunitivos.

Dimensión Total positivo (TP)

Los ítems de la dimensión Total positivo hacen referencia a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño o a su incapacidad para experimentar estos sentimientos.

Tipos de puntuaciones

El CDS proporciona un total de 10 puntuaciones: 8 de las escalas y 2 de las dimensiones. Estas puntuaciones se expresan en diferentes escalas de medida, tal y como se explica a continuación.

En primer lugar, se trabaja con las puntuaciones directas (PD). Las PD de las escalas se obtienen sumando las puntuaciones en cada ítem que componen cada una de ellas (los ítems de las escalas de la dimensión Total positivo se invierten). La puntuación de las dimensiones se obtiene sumando las puntuaciones directas de las

escalas que contribuyen a su cálculo. Las puntuaciones directas son difícilmente interpretables en sí mismas, por lo que es necesario realizar una transformación a una escala directamente interpretable.

En la adaptación española del CDS las puntuaciones transformadas que se utilizan son los percentiles (Pc). Los percentiles indican el porcentaje de la muestra de referencia que obtiene un valor igual o inferior al dado. Así, un percentil de 75 indica que el 75% de la muestra de tipificación puntúa igual o por debajo de la puntuación concreta obtenida por el sujeto. También se ofrece la posibilidad de obtener las puntuaciones transformadas en la escala S (media 50 y desviación típica 20), T (media 50 y desviación típica 10) o los decatipos (media 5,5 y desviación típica 2) utilizando la tabla de conversión incluida en el apéndice de este manual.

Características Psicométricas

Al analizar en forma conjunta la escala total depresivo, del Cuestionario del CDS, se obtuvo en general correlaciones ítem-retest consideradas dentro del mínimo requerido 0,20 los cuales fluctúan entre 0,210 y 0,689 a excepción de casos como los ítems 39 y 58 cuyas correlaciones son muy bajas sin embargo como ya verificamos anteriormente, la eliminación individual y de conjunto de cada uno de estos ítems no generan un mayor aporte estadístico en la consistencia interna de los ítems y/o preguntas del presente instrumento. De los resultados podemos inferir que, para las escalas total depresivo y las sub-escalas respuesta afectiva problemas sociales y depresivos varios, se detectó diferencia altamente significativa entre ambos grupos (varones y mujeres), en tanto que en las sub-escalas autoestima y positivos varios la diferencia es estadísticamente significativa. Del mismo modo, se puede distinguir que no existen diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a las sub-escalas

preocupación por la muerte/salud y sentimiento de culpabilidad , por tanto para estas dos últimas sub escalas no se realizó baremos por sexo.

Finalmente tomando todos los aspectos psicométricos que fueron revisados del Cuestionario de Depresión en niños es un instrumento que se adecúa al distrito de La Esperanza permitiendo medir de manera valida y confiable a la población de escolar de educación secundaria de 11 a 16 años de edad esta zona.

3.3.1.3. Cuestionario de autoevaluación de la Ansiedad Estado/Rasgo- STAI

Ficha Técnica:

Nombre: Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)

Nombre original: State-Trait Anxiety Inventory

Autores: Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1973)

Adaptación española: Nicolás Seisdedos (1989)

Tipo de instrumento: cuestionario

Objetivos: Evalúa el nivel actual de ansiedad

Población: población general (adultos y adolescentes)

Número de ítems: 40

Tiempo de administración: 15 minutos

El cuestionario STAI, comprende escalas separadas de autoevaluación, que miden 2 conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R).

STAI ha demostrado ser útil para medir ambos conceptos, tanto en escolares de estudios medios y superiores como en pacientes de diversos grupos clínicos (con o sin alteraciones psiquiátricas).

La primera finalidad en la construcción del STAI, fue la de disponer de un instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad, mediante una autoevaluación de 2

conceptos independientes de la misma. Así, la subescala A-E, se puede usar para determinar los niveles actuales de intensidad de la ansiedad inducidos por procedimientos experimentales de tensión o estrés, o como un índice del nivel de impulso. Se ha observado que las puntuaciones A-E aumentan como respuesta a diferentes tipos de tensión y disminuyen como resultado de las técnicas de relajación.

Por otra parte, la variable A-R, puede ser utilizada en la investigación, para seleccionar sujetos con diferente predisposición a responder al “estrés” psicológico con diferentes niveles de intensidad de la E-A.

El STAI, también ha demostrado ser útil en una labor clínica. La puntuación A-R permite discriminar alumnos (enseñanza secundaria o universitaria), según su predisposición a la ansiedad, así como para evaluar el grado en el que están afectados por problemas serios de ansiedad, los alumnos que acuden a los servicios de orientación y consejo.

Aplicación:

El STAI fue diseñado para una autoaplicación, y puede ser administrado individual y colectivamente. Las instrucciones necesarias para cada una de las 2 partes, están impresas en el protocolo de respuestas. El cuestionario no tiene tiempo limitado; pero se conoce que los estudiantes universitarios emplean entre 6 y 8 minutos para cada parte, es decir, aproximadamente 15 minutos, para la aplicación completa del STAI.

Puntuación:

Las puntuaciones A-E y A-R, pueden variar desde un mínimo de 0 puntos, hasta un máximo de 60 puntos. Los sujetos realizan una auto-evaluación en una escala que va de 0 a 3 puntos en cada elemento.

Para obtener la puntuación, el primer tipo de elementos se ponderan en el mismo sentido de la escala, mientras que en los segundos, hay que invertir la escala (es decir que se conceden 3 puntos si el sujeto marca el 0, 2 puntos si marca el 1, un punto si señala el 2 y 0 puntos si se da el 3).

En la elaboración del STAI se han entremezclado los elementos de ambos tipos (escalas directa e inversa). En la parte A-E hay 10 elementos de la escala directa y otros 10 de la invertida, mientras que en la escala A-R, se incluyeron 7 invertidos y 13 directos.

Los elementos de escala invertida en cada parte, son los siguientes:

A/E = 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20

A/R = 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39

Para evitar que el examinador tenga que hacer la inversión, y recordar a cuales elementos afecta esto, se ha construido una plantilla transparente que facilita la tarea de corrección y puntuación. A fin de encontrar un rango percentil en los cuadros de las normas, que corresponda a una puntuación obtenida por un individuo en la escala A-Rasgo o A-Estado; se recomienda el siguiente procedimiento:

Determinar la muestra normativa que parece ser la más apropiada para el caso en cuestión (adolescentes o adultos y varones o mujeres) y consulte la tabla 9 (Baremos) para ésta muestra. Busque la puntuación en bruto obtenida, en las columnas centrales del cuadro. Lea el rango percentil que corresponde al sujeto en la columna apropiada.

3.3.2. Procesamiento y análisis de datos

3.3.2.1. Procesamiento de la muestra

En relación a la adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, se realizó la modificación semántica de los ítems del inventario y especialmente de algunas palabras poco usadas en el contexto local. La modificación fue realizada por el autor de la presente investigación y por una (1) lingüista. Se realizaron los cambios a los ítems ya señalados en párrafos anteriores y se sometió la adaptación del cuestionario a juicio de 10 jueces quienes aprobaron todos los ítems sugeridos.

Con esta nueva versión del cuestionario, se realizó una aplicación piloto de la prueba a un grupo de 40 estudiantes de ambos sexo, de los cuales 20 pertenecían al nivel de primaria y 20 a nivel de estudios de secundaria. La prueba no sufrió modificaciones toda vez que los alumnos no tuvieron ninguna dificultad para entender y desarrollar la prueba adaptada. Con esta nueva versión del cuestionario se desarrolló la presente investigación de acuerdo a los objetivos establecidos.

La evaluación se llevó a cabo a lo largo de tres semanas en los meses de octubre y noviembre del 2016, en las aulas del plantel y en horario previamente coordinado con las autoridades del colegio de tal manera que no interfiriera con el dictado de clases, así mismo, se contó con la presencia de los profesores de aula en el nivel primario y con los tutores o auxiliares en el nivel de secundaria y también con el apoyo de los psicólogos de la institución educativa. Para la participación de los alumnos se solicitó el consentimiento de los padres de familia a través de una esquila que se envió a través de la Dirección del Colegio (Anexo B). Como criterio de inclusión para la muestra se buscó que los alumnos de primaria sean de ambos sexos en edades comprendidas entre

los 9 a 12 años de edad. Y los de secundaria sean alumnos de ambos sexo comprendidos entre los 12 a 15 años de edad. Como criterio de exclusión se optó a no incluir alumnos que no estuvieran en estos rangos de edades, así como aquellos que no se obtuvo el consentimiento de los padres. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa Excel y el programa estadístico SPSS 19.0.

Después de la aplicación de la prueba, se hizo el cálculo de confiabilidad a través del Alfa de Cronbach y la correlación de dos mitades de la prueba fue corregida con la fórmula de Spearman y la fórmula de Guttman. Asimismo, se hizo el análisis ítem-test corregido, para la discriminación de los ítems. La estabilidad temporal por el tes-retest y se halló mediante la correlación de Pearson entre los puntajes iniciales y los obtenidos 30 días después. Para evaluar la validez de constructo a partir del análisis factorial exploratorio se realizó el test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para determinar la pertinencia del mismo, tras lo cual se pudo realizar los análisis para determinar el número de factores que posee el CDI adaptado, utilizando el método de Catell y de Kaiser. Por último, se realizaron los análisis de las agrupaciones de los ítems según factor para lo cual se utilizó el método del componente principal y el método de rotación Normalización Varimax con Kaiser. Para el análisis de la validez de criterio concurrente, se halló la correlación de Pearson entre el CDI y el CDS; para hallar la validez de constructo convergente se calculó la correlación de Pearson entre el CDI y el STAIC, respectivamente. Se realizó la prueba de normalidad para los puntajes totales del inventario. Para ello se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, la cual mostró que la distribución de los puntajes del CDI presenta una distribución asimétrica.

Posteriormente se realizaron los puntajes obtenidos para elaborar los percentiles tomando como base la variable sexo.

CAPITULO IV

4. Presentación de los resultados

4.1. Análisis de Confiabilidad

El método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad (confiabilidad) de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. La fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) midan un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Kovacs, 2004).

Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1,00 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación.

Como criterio general, George y Mallery (2003, citado por Kovacs 2004) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach: Coeficiente alfa $> 0,9$ es excelente, Coeficiente alfa $> 0,8$ es bueno, Coeficiente alfa $> 0,7$ es aceptable, Coeficiente alfa $> 0,6$ es cuestionable, Coeficiente alfa $> 0,5$ es pobre.

En nuestra investigación se ha obtenido un alfa de Cronbach de 0,78 indicándonos que la adaptación del CDI es una escala aceptable (Tabla 13). La versión original para población española del CDI (Kovacs, 2004) obtuvo un alfa de Cronbach de 0,80 y en su adaptación del CDI para la población de Cajamarca, Ramírez (2009) obtuvo un alfa de Cronbach de 0,79.

Tabla 13:
Confiabilidad: Alfa de Cronbach

		N	%
Casos	Válidos	381	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	381	100,0

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,780	27

a. Eliminación por lista basada en todas las variables de procedimiento.

Análisis de correlación Ítem-test

En lo que respecta a la correlación ítem – test apreciamos que el alfa de Cronbach oscila entre 0,759 y 0,794 alcanzando una puntuación alta (Tabla 14) y por lo tanto no se elimina ningún elemento y si se realiza alguna eliminación de elementos esto no hará que varíe significativamente.

También podemos apreciar que la correlación ítem – test tuvo una correlación apropiada en la mayoría de los ítems, sin embargo, podemos apreciar que los ítems 04 y 19 tuvieron una puntuación por debajo de 0,2 y a criterio del investigador se mantuvieron en la estructura global de la adaptación del CDI.

Tabla 14:
Correlación ítem – test

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
C_01	11,99	35,642	,325	,773
C_02	11,87	36,088	,323	,774
C_03	12,63	35,638	,423	,771
C_04	12,41	36,410	,167	,780
C_05	12,73	36,754	,258	,777
C_06	12,49	35,356	,298	,774
C_07	12,30	33,606	,398	,768
C_08	12,40	34,666	,375	,770
C_09	12,46	34,712	,462	,767
C_10	12,66	35,303	,410	,770
C_11	11,93	36,530	,420	,794
C_12	12,36	35,331	,306	,773
C_13	12,09	35,231	,317	,773
C_14	12,31	34,634	,419	,768
C_15	12,15	35,729	,318	,780
C_16	12,28	34,354	,329	,772
C_17	12,63	35,740	,296	,774
C_18	12,37	34,302	,338	,772
C_19	11,97	37,436	,129	,794
C_20	12,43	33,335	,565	,759
C_21	12,48	36,145	,214	,778
C_22	12,41	35,711	,262	,776
C_23	12,30	34,869	,390	,769
C_24	12,17	34,112	,433	,766
C_25	12,14	32,869	,490	,762
C_26	12,13	35,458	,263	,776
C_27	12,50	36,082	,243	,776

Análisis por dos mitades y dos mitades con la fórmula de Guttman

Utilizando la corrección de la correlación del coeficiente de Spearman - Brown, da un resultado de longitud igual de 0,761 y de longitud desigual de 0,762 y dos mitades según la fórmula de Guttman de 0,761; lo cual nos indica que es una correlación aceptable. Por ello, se puede decir que la prueba alcanza aceptable nivel de confiabilidad por mitades (Kovacs 2004). En nuestro caso se ha dividido el cuestionario por la mitad, según el número de ítems. En el primer grupo compuesto por 14 ítems comprendidos del 1 al 14 alcanza un valor del alfa de Cronbach de 0,656, y el segundo grupo compuesto de 13 ítems del 15 al 27 alcanza un valor de alfa de Cronbach de 0,639 para un total de 27 elementos (Tabla 15).

Tabla 15:
Confiabilidad por mitades

Resumen del procesamiento de los casos				
		N	%	
Casos	Válidos	381	100,0	
	Excluidos	0	,0	
	Total	381	100,0	

Estadísticos de fiabilidad				
Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor		,656
		N de elementos		14 ^b
	Parte 2	Valor		,639
		N de elementos		13 ^c
	N total de elementos			27
Correlación entre formas				,615
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual			,761
	Longitud desigual			,762
Dos mitades de Guttman				,761

a. Los elementos son: C_01, C_02, C_03, C_04, C_05, C_06, C_07, C_08, C_09, C_10, C_11, C_12, C_13, C_14.
b. Los elementos son: C_15, C_16, C_17, C_18, C_19, C_20, C_21, C_22, C_23, C_24, C_25, C_26, C_27.

Análisis Test-retest

Para el análisis de fiabilidad utilizando el test - retest se utilizó una muestra de 85 participantes después de 30 días de haber sido aplicada la primera prueba. La muestra estuvo integrada por 40 alumnos de ambos sexos de los tres niveles de primaria cuyas edades fluctúan entre los 9 y 11 años, así como 45 alumnos de los 4 niveles de secundaria cuyas edades fluctúan entre los 12 y 15 años, que previamente se había seleccionado a través de una marca en sus pruebas a través de la fecha de su nacimiento.

Los resultados obtenidos en cada uno de los grupos estudiados fueron analizados empleando los índices de correlación de Pearson y Spearman y la consistencia interna a través del coeficiente alpha de Cronbach. El análisis muestra una elevada asociación ($r = 0.893$) en las respuestas en las dos ocasiones y la consistencia interna arrojó un alfa de Cronbach de 0,73. (Tabla 16).

Tabla 16:
Indicadores de asociación de test - retest

Indicadores de asociación	Índice	Significación
Pearson	0.893	0.000
Sperman	0.858	0.000
Alpha de Conbranch	0.73	

4.2. Análisis de la Validez del CDI

4.2.1. Validez de Contenido a través de juicio de jueces

El juicio de jueces se usa en múltiples ámbitos de la evaluación psicológica (Escurra, 2009). De otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento; sin embargo, la decisión sobre qué cantidad de expertos es la adecuada varía entre autores. Así, mientras McGartland et al. (2003, citado por Escurra, 2009) sugieren un rango de dos hasta 20 expertos, Hyrkas et al. (2003) manifiestan que diez brindarían una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento, si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem este puede ser incorporado al instrumento.

Para el análisis de validez de contenido en este caso, se realizó a través de juicio de jueces, para ello se utilizó la validez por el valor de la v de Aiken (Escurra, 2009) que para el caso de los 10 jueces que evaluaron cada uno de los ítems (27) del cuestionario adaptado presenta un valor que oscila entre 0,80 y 0,89 siendo aceptados todos los ítems. (Tabla 17)

Tabla 17:
Validez de contenido a juicio de jueces

ITEMS	JUECES										PROMEDIO	V	DECISION
	J_01	J_02	J_03	J_04	J_05	J_06	J_07	J_08	J_09	J_10			
01	4.56	5.00	4.22	4.33	2.33	4.00	5.00	4.67	4.33	3.56	4.20	0.80	ACEPTAR EL ITEM
02	5.00	5.00	4.33	3.89	3.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4.11	4.53	0.88	ACEPTAR EL ITEM
03	5.00	4.78	4.33	3.78	3.11	5.00	4.67	5.00	5.00	5.00	4.57	0.89	ACEPTAR EL ITEM
04	5.00	4.67	4.11	3.00	3.16	5.00	4.33	5.00	4.21	4.11	4.20	0.80	ACEPTAR EL ITEM
05	4.56	5.00	3.78	4.00	3.22	4.67	4.00	4.22	3.00	4.22	4.27	0.81	ACEPTAR EL ITEM
06	5.00	4.89	3.67	5.00	2.78	5.00	5.00	4.33	5.00	4.89	4.56	0.89	ACEPTAR EL ITEM
07	5.00	4.78	4.22	4.67	3.00	5.00	5.00	4.33	5.00	3.78	4.48	0.87	ACEPTAR EL ITEM
08	5.00	3.56	3.67	4.33	3.11	5.00	5.00	4.33	5.00	4.00	4.21	0.80	ACEPTAR EL ITEM
09	4.78	4.78	3.67	4.67	2.78	5.00	5.00	4.67	5.00	4.11	4.44	0.86	ACEPTAR EL ITEM
10	5.00	5.00	4.33	5.00	3.11	5.00	4.00	5.00	3.00	4.22	4.37	0.84	ACEPTAR EL ITEM
11	5.00	5.00	5.00	4.44	2.00	3.00	1.00	4.00	5.00	4.00	4.20	0.80	ACEPTAR EL ITEM
12	5.00	5.00	4.00	3.89	2.33	5.00	5.00	4.78	5.00	3.89	4.39	0.85	ACEPTAR EL ITEM
13	5.00	4.89	4.89	5.00	3.00	1.00	5.00	5.00	5.00	3.89	4.27	0.82	ACEPTAR EL ITEM
14	5.00	4.67	4.33	4.00	2.56	5.00	4.89	4.44	4.33	3.56	4.28	0.82	ACEPTAR EL ITEM
15	4.33	4.67	3.67	3.33	2.67	3.00	5.00	4.00	5.00	3.89	4.20	0.80	ACEPTAR EL ITEM
16	4.56	4.56	4.33	4.11	2.67	5.00	5.00	5.00	5.00	4.11	4.43	0.86	ACEPTAR EL ITEM
17	5.00	4.56	4.67	4.33	3.22	5.00	2.67	4.67	3.00	3.89	4.20	0.80	ACEPTAR EL ITEM
18	4.78	4.78	3.67	4.00	2.00	4.00	5.00	4.78	4.33	4.11	4.26	0.82	ACEPTAR EL ITEM
19	5.00	5.00	3.67	4.00	2.67	4.00	5.00	4.67	5.00	4.00	4.30	0.83	ACEPTAR EL ITEM
20	5.00	5.00	4.67	4.11	2.89	5.00	4.22	4.33	3.67	3.67	4.26	0.81	ACEPTAR EL ITEM
21	5.00	5.00	4.22	4.67	1.67	5.00	4.33	5.00	3.67	3.56	4.21	0.80	ACEPTAR EL ITEM
22	5.00	5.00	3.67	3.11	2.56	2.33	5.00	4.78	5.00	3.11	4.26	0.81	ACEPTAR EL ITEM
23	4.89	5.00	4.33	4.44	2.89	5.00	5.00	5.00	5.00	3.89	4.54	0.89	ACEPTAR EL ITEM
24	4.89	4.78	3.67	4.33	2.56	5.00	4.67	4.33	5.00	3.44	4.27	0.82	ACEPTAR EL ITEM
25	5.00	5.00	5.00	4.67	2.22	5.00	5.00	5.00	5.00	3.67	4.56	0.89	ACEPTAR EL ITEM
26	4.78	4.78	3.67	4.22	2.44	3.00	5.00	4.33	4.67	3.89	4.25	0.81	ACEPTAR EL ITEM
27	5.00	5.00	4.44	4.33	2.33	2.67	5.00	5.00	5.00	3.89	4.27	0.82	ACEPTAR EL ITEM

1. Los ítems aceptados poseen una validez, según la V de Aiken, que oscila entre 0,80 y 0,89

Validez de Constructo evaluado a través del análisis factorial exploratorio

En principio, con el objetivo de evaluar la pertinencia del análisis factorial exploratorio en el presente estudio, se analizaron los datos con la prueba de adecuación muestral del test de Kaiser-Meyer-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 en este estudio, puesto que el K. M. O. obtuvo un valor por encima de 0,808, y la prueba de esfericidad de Barlett muestra un chi cuadrado de 1685,065, gl. 351 y una significación de 0.001, por lo tanto mostraron valores adecuados. (Tabla 18).

Tabla 18:
KMO y prueba de Barlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,808
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1685,065
	gl	351
	Sig.	,001

Método de catell para la determinación del número de factores

Para encontrar el número de factores que componen los ítems del CDI, se utilizó en primer lugar el método de Catell con el propósito de determinar gráficamente la significación de los factores. Este método nos muestra un marcado primer factor y otros 2 factores más débiles (Figura 1).

Como se puede ver en el gráfico de sedimentación cinco componentes presentaron autovalores mayores que 1,00 pero se observa una mayor diferenciación entre el primero y los demás restantes, por ello y de acuerdo al análisis sustantivo de los factores, se han extraído 2 dimensiones además de la puntuación total.

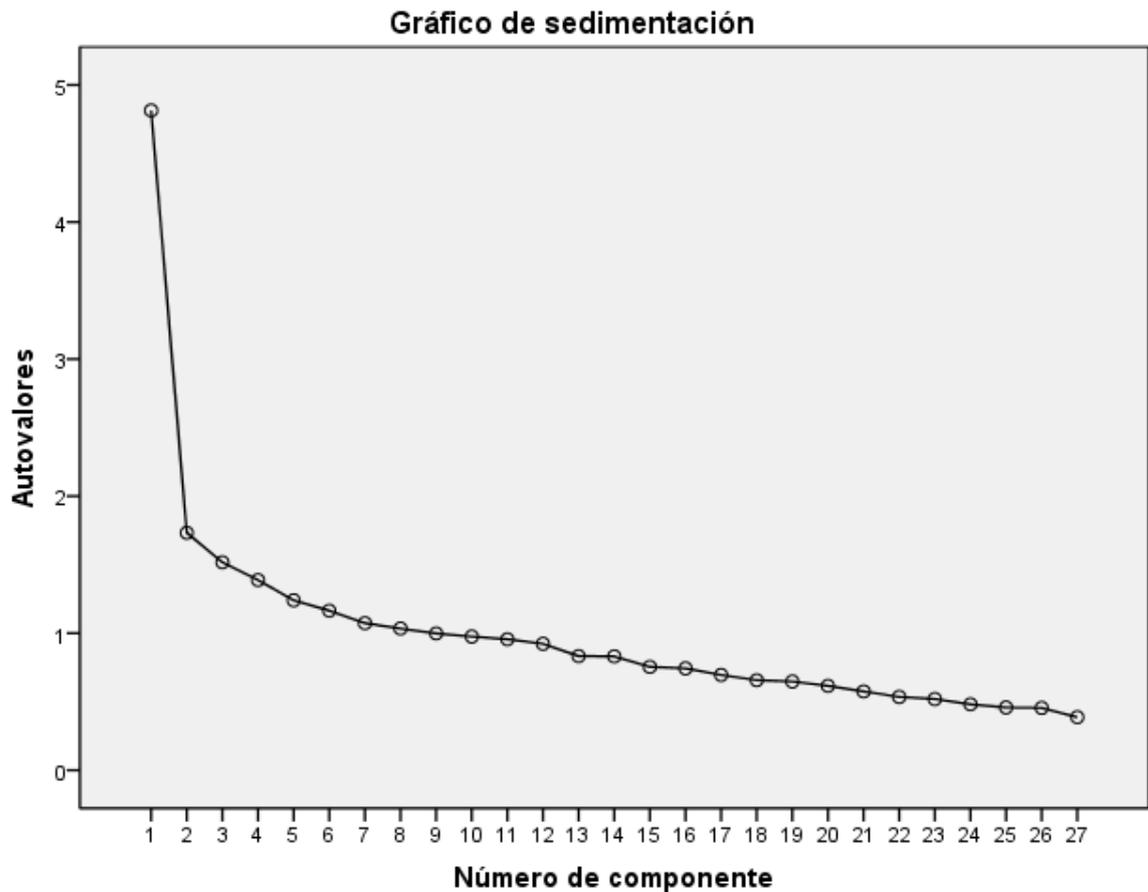


Figura 1:
Método de Catell para la determinación del número de factores.

Método Kaiser para encontrar el número de factores

El siguiente método, utilizado para encontrar el número de factores de CDI, es el método de Kaiser. Según este método, la varianza debe ser mayor a 1,00 para considerar la existencia de un factor. Como podemos ver en la Tabla 19, encontramos un factor principal con una varianza total de 4,814 y una varianza explicada de 17,830 %, así como siete factores con varianza total mayor de 1,00. Se encontró también 2 variables sumando las saturaciones al cuadrado de la extracción con una varianza de 17,830 % y 6,417%, respectivamente, y con la suma de saturaciones al cuadrado de la rotación con una varianza de 12,360 y 11,886%, respectivamente.

Tabla 19:
Método de Kaiser para la determinación del número de factores

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4.814	17.830	17.830	4.814	17.830	17.830	3.337	12.360	12.360
2	1.732	6.417	24.246	1.732	6.417	24.246	3.209	11.886	24.246
3	1.517	5.619	29.866	1.517	5.619	29.866			
4	1.388	5.141	35.007	1.388	5.141	35.007			
5	1.240	4.592	39.598	1.240	4.592	39.598			
6	1.164	4.311	43.910	1.164	4.311	43.910			
7	1.073	3.974	47.884	1.073	3.974	47.884			
8	1.034	3.829	51.713	1.034	3.829	51.713			
9	.998	3.696	55.409						
10	.975	3.613	59.022						
11	.956	3.540	62.562						
12	.922	3.416	65.978						
13	.833	3.084	69.062						
14	.831	3.076	72.138						
15	.754	2.793	74.931						
16	.743	2.753	77.684						
17	.695	2.574	80.258						
18	.657	2.435	82.693						
19	.647	2.398	85.091						
20	.616	2.280	87.370						
21	.575	2.131	89.501						
22	.535	1.982	91.483						
23	.520	1.924	93.408						
24	.481	1.780	95.188						
25	.458	1.696	96.884						
26	.455	1.683	98.567						
27	.387	1.433	100.00						

Análisis de los componentes principales

A través del método de rotación Normalización Varimax con Kaiser, se presentaron dos componentes extraídos con un alfa de Cronbach de 0,716 y una correlación significativa al nivel de 0,01 (bilateral) de Pearson, para el componente Disforia de $r = 0,914$ y para el componente de Autoestima negativa de $r = 0,796$, que se distribuyen de manera heterogénea en el número de ítems que los conforman (Tabla 20).

Tabla 20:
Análisis de componentes principales

Estadísticos de fiabilidad		Correlaciones		
Alfa de Cronbach	N de elementos			
,716	2			
		DISFORIA	AUTOESTIMA NEGATIVA	PUNT_TOT
DISFORIA	Correlación de Pearson	1	,482**	,914**
	Sig. (bilateral)		,000	,000
	N	381	381	381
AUTOESTIMA NEGATIVA	Correlación de Pearson	,482**	1	,796**
	Sig. (bilateral)	,000		,000
	N	381	381	381
PUNT_TOT	Correlación de Pearson	,914**	,796**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	
	N	381	381	381

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

El primer componente con 15 ítems corresponde al factor Disforia y un segundo componente con 12 ítems correspondiente al factor Autoestima Negativa (Tabla 21).

Tabla 21:
Método de rotación: normalización varimax con káiser

Matriz de transformación de los componentes		
Componentes	1	2
1	.722	.692
2	.692	-.722
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser		

Matriz de componentes		
ITEMS	2 Componentes	
	DISFORIA (1)	AUTOESTIMA NEGATIVA (2)
C_01 Tristeza	,661	
C_05 Sentimiento de maldad	,587	
C_07 Odio así mismo	,573	
C_08 Culpabilidad	,555	
C_09 Ideación suicida	,535	
C_10 Llanto	,529	
C_12 Reducción del interés social	,520	
C_16 Disturbio de sueño	,489	
C_17 Fatiga	,447	
C_18 Disminución del apetito	,422	
C_20 Sentimiento de soledad	,415	
C_21 Anhedonia en el colegio	,400	
C_22 Aislamiento social	,387	
C_25 Sentimiento de no ser querido	,386	
C_27 Problemas interpersonales	,375	
	,366	
	,360	
	,354	
C_02 Desesperanza		,625
C_03 Sentimiento de inutilidad		,575
C_04 Anhedonia general		,572
C_06 Pesimismo		,553
C_11 Aprensión		,469
C_13 Indecisión		,445
C_14 Auto imagen física negativa		,443
C_15 Desmotivación en realizar las tareas		,425
C_19 Preocupación somática		,419
C_23 Disminución del rendimiento escolar		,375
C_24 Auto imagen negativa		,370
C_26 Desobediencia		,369
		,360
		,359

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser
 La rotación ha convergido en 3 iteraciones

Validez de constructo convergente

La validez de constructo convergente se realizó comparándola con el STAI (1989) dado que este cuestionario evalúa características de la ansiedad Estado - Rasgo. Se utilizó una muestra de 85 alumnos comprendidos entre los 9 y 15 años de edad. De la mencionada muestra 40 de los alumnos pertenecían al nivel primario y los 45 restantes al nivel secundario.

La correlación de Pearson de estos dos instrumentos fue de $r=0,73$ muy significativa lo que nos hace asumir que existe una correlación positiva entre ambos instrumentos y podemos concluir que en nuestra investigación hay una relación entre la ansiedad y la depresión (Tabla 22).

Tabla 22:
Correlaciones entre el CDI y el STAI

		Correlaciones	
		KOVACS_PT	STAI_PT
KOVACS_PT	Correlación de Pearson	1	.225
	Sig (bilateral)		.73
	N	85	85
STAI_PT	Correlación de Pearson	.255	1
	Sig (bilateral)	.73	
	N	85	85

4.2.7. Validez de criterio concurrente

Para el análisis de la validez de criterio concurrente, se utilizó el cuestionario de Depresión para Niños CDS (1983), en su adaptación española realizada por Tea Ediciones. La muestra utilizada para este análisis fue de 85 participantes con edades entre los 9 y los 15 años de edad, 40 alumnos que cursaban entre el cuarto y sexto grado de primaria, y 45 alumnos entre el primero y cuarto año de secundaria.

La correlación de Pearson de estos dos instrumentos fue de $r=0,71$ muy significativa lo que nos hace asumir que existe una correlación positiva entre ambos instrumentos y podemos concluir que en nuestra investigación hay una relación muy adecuada entre estos dos instrumentos que miden la depresión (Tabla 22). El CDS es un instrumento con características muy adecuadas para evaluar la sintomatología depresiva de alumnos en contextos educativos, aunque también es muy útil en contextos clínicos para obtener un perfil diferenciado de la sintomatología en cada caso.

Tabla 23:
Correlaciones entre el CDI y el CDS

		Correlaciones	
		KOVACS_PT	CDS_PT
KOVACS_PT	Correlación de Pearson	1	.573
	Sig (bilateral)		.71
	N	85	85
CDS_PT	Correlación de Pearson	.573	1
	Sig (bilateral)	.71	
	N	85	85

4.3. Calificación general del CDI

A nivel primario

En el nivel primario con una muestra de 174 alumnos la determinación de Normalidad en la distribución de los datos, según la prueba de Kolmogorov – Smirnov, mostró una distribución de contraste de los puntajes del CDI con parámetros normales con una media de 12,37 y una desviación típica de 5,80, así mismo con un Z de Kolmogorov-Smirnov de 1,419. De otro lado, las dimensiones de Disforia y Autoestima Negativa se distribuyen en forma asimétrica (Tabla 24).

Tabla 24:

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la muestra de nivel primario

			PUNT_TOTAL
N			174
Parámetros normales	Media		12.37
	Desviación típica		5.800
Diferencias más extremas	Absoluta		.108
	Positiva		.108
	Negativa		-.050
Z de Kolmogorov-Smirnov			1.419
Sig. asintót. (bilateral)			.036

Estadísticos Nivel Primario				
		DISFORIA	AUTOESTIMA NEGATIVA	PUNT_TOTAL
N	Válidos	174	174	174
	Perdidos	0	0	0
Media		5.88	6.49	12.37
Mediana		5.00	7.00	12.00
Moda		3	8	13
Desv. típ.		4.085	2.753	5.800
Asimetría		.955	.329	.775
Error típ. de asimetría		.184	.184	.184
Curtosis		.492	1.823	1.059
Error típ. de curtosis		.366	.366	.366
Mínimo		0	1	1
Máximo		19	19	36

En función a la variable edad - sexo, la edad oscila entre los 9 y 12 años, de los cuales 41 alumnos tienen nueve (9) años; 61 alumnos cuentan con diez (10) años; 57 alumnos con once (11) años; 15 alumnos con doce (12) años. De otro lado, 98 (56%) alumnos son de sexo masculino, 76 (44%) alumnas de sexo femenino (Tabla 25).

Tabla 25:

Alumnos del nivel primario por edad y sexo

EDAD	SEXO		Total	%
	Masculino	Femenino		
09	24	17	41	24
10	34	27	61	35
11	30	27	57	33
12	10	5	15	8
Total	98 (56%)	76 (44%)	174	100

En función a la variable edad y grado escolar, 54 alumnos pertenecen al 4to grado, 55 alumnos al 5to grado y 65 alumnos al 6to grado. En el 4to grado la edad oscila entre los nueve (9) y once (11) años. En 5to grado las edades oscilan entre los nueve (9) y once (11) años. En 6to grado las edades oscilan entre los diez (10) y doce (12) años, inclusive (Tabla 26).

Tabla 26:
Alumnos del nivel primario por edad y grado escolar

EDAD	GRADO			Total	%
	4°	5°	6°		
09	40	1	0	41	24
10	13	45	3	61	35
11	1	9	47	57	33
12	0	0	15	15	8
Total	54	55	65	174	100

NIVEL SECUNDARIO:

En el nivel secundario con una muestra de 207 alumnos según la prueba de Kolmogorov – Smirnov, mostró una distribución de contraste de los puntajes del CDI con parámetros normales con una media de 13,15 y una desviación típica de 6,405, así mismo con un Z de Kolmogorov-Smirnov de 1,291. De otro lado, las dimensiones de Disforia y Autoestima Negativa se distribuyen en forma asimétrica (Tabla 27).

Tabla 27:
Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		PUNT_TOTAL		
N				207
Parámetros normales	Media			13.15
	Desviación típica			6.405
Diferencias más extremas	Absoluta			.090
	Positiva			.090
	Negativa			-.047
Z de Kolmogorov-Smirnov				1.291
Sig. asintót. (bilateral)				.071

Estadísticos Nivel Secundario				
		DISFORIA	AUTOESTIMA	PUNT_TOT
		NEGATIVA		
N	Válidos	207	207	207
	Perdidos	0	0	0
Media		6.35	6.80	13.15
Mediana		6.00	7.00	13.00
Moda		4	6 ^a	10 ^a
Desv. típ.		4.375	2.909	6.405
Asimetría		1.115	.135	.683
Error típ. de asimetría		.169	.169	.169
Curtosis		1.595	-.367	.367
Error típ. de curtosis		.337	.337	.337
Mínimo		0	1	2
Máximo		24	14	34

La variable edad - sexo, la edad oscila entre los 12 y 15 años de los cuales 48 alumnos tienen doce (12) años; 43 alumnos con trece (13) años; 53 alumnos con catorce (14) años; 63 alumnos con quince (15). De otro lado, 126 alumnos (61%) son de sexo masculino, 81 alumnas (39%) de sexo femenino (Tabla 28).

Tabla 28:
Alumnos del nivel secundario por edad y sexo

EDAD	SEXO		Total	%
	Masculino	Femenino		
12	28	20	48	23
13	25	18	43	21
14	29	24	53	26
15	44	19	63	30
Total	126 (61%)	81(39%)	207	100

En función a la variable edad y grado escolar de una muestra de 207 alumnos de una edad que oscila entre los 12 y 15 años, 48 alumnos pertenecen al 1er año; 43 alumnos al 2do año, 53 alumnos al 3er año y 63 alumnos al 4to año. En el 1er año la edad oscila entre los doce (12) y trece (13) años. En 2do año las edades oscilan entre los doce (12), trece (13) y catorce (14) años. En 3er año las edades oscilan entre los trece (13), catorce (14) y quince (15) años. En el 4to año las edades oscilan entre los catorce (14) y quince (15) años, inclusive (Tabla 29).

Tabla 29:
Alumnos del nivel secundario por edad y grado escolar

EDAD	GRADO				Total
	1°	2°	3°	4°	
12	45	3			48
13	1	40	2		43
14		3	47	3	53
15			3	60	63
Total	46	46	52	63	207

4.4 . Normas Percentilares

A partir de las diferencias encontradas en la variable sexo, se construyeron los percentiles tomando en cuenta esta variable.

Las Tablas 30, 31 y 32 muestran los rangos percentiles correspondientes a los puntajes totales obtenidos en la prueba para cada uno de los grupos estudiado.

Tabla 30:
Estadísticos del CDI sexo masculino

		DISFORIA	AUTOESTIMA NEGATIVA	PUNT_TOT	SINTOMATOLOGÍA
N	Válidos	224	224	224	
	Perdidos	0	0	0	
Rango Percentiles					
	5	1,00	2,00	3,00	INFERIOR
	10	2,00	3,00	5,00	
	25	3,00	5,00	8,00	
	50	5,00	7,00	12,00	NORMAL
	75	8,00	8,00	16,00	
	90	11,00	9,00	20,00	LEVE
	95	14,00	12,00	26,00	
	96	15,00	12,00	27 ó más	SEVERA

Tabla 31:
Estadístico del CDI sexo femenino

		DISFORIA	AUTOESTIMA NEGATIVA	PUNT_TOT	SINTOMATOLOGÍA
N	Válidos	157	157	157	
	Perdidos	0	0	0	
Rangos Percentiles					
	5	1,00	2,00	3,00	INFERIOR
	10	2,00	3,00	5,00	
	25	4,00	5,00	9,00	
	50	6,00	7,00	13,00	NORMAL
	75	9,00	9,00	18,00	
	90	12,00	11,00	23,00	LEVE
	95	15,00	13,00	28,00	
	96	16,00	13,00	29 ó más	SEVERA

Tabla 32:
Baremos generales del CDI

		DISFORIA	AUTOESTIMA NEGATIVA	PUNT_TOT	SINTOMATOLOGÍA
N	Válidos	381	381	381	
	Perdidos	0	0	0	
Rangos					
Percentiles					
	5	1,00	2,00	3,00	
	10	2,00	3,00	5,00	INFERIOR
	25	3,00	5,00	8,00	
	50	5,00	7,00	12,00	NORMAL
	75	9,00	8,00	17,00	
	90	11,00	10,00	21,00	LEVE
	95	14,00	13,00	27,00	
	96	15,00	13,00	28 ó más	SEVERA

CAPITULO V

5.1. DISCUSIÓN

En este capítulo se discutirán los principales resultados respecto al proceso de adaptación y validación del Inventario de Depresión Infantil CDI de Kovacs a una muestra constituida por 381 alumnos (174 de primaria y 207 de secundaria) de ambos sexos (224 de sexo masculino y 157 de sexo femenino) pertenecientes a la I.I.E. Ricardo Palma del distrito de Surquillo, jurisdicción de la UGEL No 07 de Lima Metropolitana.

Tomando en cuenta el proceso de adaptación del CDI y respecto a la adaptación semántica, encontramos que a pesar de que la prueba original está construida con un lenguaje sencillo para que pueda ser entendida por niños con niveles muy básicos de escolaridad (Kovacs, 2004)), las particularidades de la población estudiada, tales como su cultura, su idiosincrasia, el lenguaje o modismos utilizado por ellos; hicieron necesaria esta adaptación. Estos cambios se realizaron con la finalidad de facilitar la lectura y la comprensión de los ítems, sobre todo de los niños del nivel educativo de primaria.

De esta manera, se realizaron ligeras modificaciones a los enunciados de algunas palabras poco usadas en el contexto cultural peruano, tales como en el ítem 15 donde en el original se refiere: “a hacer los deberes” al referirse en España a la actividad que desarrolla el niño para realizar los trabajos en casa. Sin embargo, en nuestro medio se utiliza para realizar la misma actividad la palabra: “Tareas”. Así mismo nos podemos referir al ítem 14 cuando en el original se refiere: “a tener buen aspecto”, sin embargo en nuestro medio se prefiere utilizar la frase: “tener buena apariencia”. En el mismo sentido en el ítem 23 en el original se enuncia: “mi trabajo en el colegio”, lo cual nosotros preferimos utilizar:” mi rendimiento escolar”, por ser más acorde con nuestra

idiosincrasia dado que no es usual en nuestro medio preguntar al niño: “¿Cómo te va con tu trabajo en el colegio”, sino:” Cómo te va con tu rendimiento escolar”. Trabajo es una palabra muy amplia en nuestro medio, sin embargo “rendimiento escolar” es más preciso para referirse a sus calificaciones académicas que es lo que se quiere averiguar en el cuestionario. Los ítems modificados en semántica del CDI original por el autor de la adaptación fueron: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 20, 23, 24, 25 y 27; en total 20 ítems y quedaron como tal del original los ítems: 10, 16, 18, 19, 21, 22 y 26 en total 7 ítems.

Respecto a la confiabilidad de la prueba evaluada mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach, se puede observar que alcanza un nivel aceptable (alfa=0,78) muy semejante al encontrado al inventario adaptado para la población española (alfa=0,80) (Kovacs, 2004). Así mismo, muy cercano a los niveles de confiabilidad encontrados en otros estudios internacionales como por ejemplo los que cita Kovacs (2004): Cassydy et al. (2003), McGrath et al. (2002), Figueras-Masip et al. (2001), Frías et al. (1991), entre otros. En estudios hechos en población peruana, Ramírez (2009) alcanzó un alfa=0,79 para la población estudiantil de Cajamarca.

Similares resultados se obtuvieron para el análisis de la confiabilidad por 2 mitades aplicando la fórmula de Guttman que alcanza un coeficiente de 0,76, y un alfa de Cronbach que oscila 0,76 (para 14 elementos) y 0,74 (para 13 elementos). Estos resultados en su mayoría son semejantes a los alcanzados por la adaptación española que obtuvo mediante el método de dos mitades un coeficiente de 0,79 cifras altas en una población infantil (Kovacs, 2004) y semejantes a las obtenidas por otras investigaciones como los de Al-Balham (2003) y Hepperlin et al. (1990), citados por Kovacs (2004). Así mismo, Ramírez (2009) para su investigación en alumnos en Cajamarca alcanzó una correlación con la fórmula de Spearman de 0,79 en nuestro medio.

Al efectuar la correlación ítem-test encontramos que no se requiere eliminar ningún elemento ya que el alfa de Cronbach, en caso de eliminar algún elemento no varía significativamente, pues oscila entre 0,759 y 0,794. Se calculó la correlación Ítem-test como una medida de la discriminación del ítem, de la cual se encontró una adecuada correlación ítem-test corregido en la mayoría de los ítems por el autor de esta investigación. Para la población estudiantil de Cajamarca, Ramírez (2009) realizó en la casi totalidad de los ítems una correlación aplicada para conservar todos para no alterar la prueba en su conjunto pues el alfa de Cronbach oscila entre 0,790 y 0,782. En la adaptación española (Kovacs, 2004) la media de los ítems osciló entre 0,12 y 0,94 y el alfa de Cronbach, en caso de eliminar algún elemento no varía significativamente, pues oscila entre 0,803 y 0,785. En todos los casos mencionados los índices de asimetría como curtosis estandarizados estuvieron incluidos en el intervalo (-2,2).

Para el análisis de estabilidad temporal utilizando el test - retest se utilizó una muestra de 85 participantes de ambos sexo de nivel secundario después de 30 días de haber sido aplicada la primera prueba adaptada. Estos alumnos fueron seleccionados por haber obtenido un puntaje elevado de la aplicación del primer test. Los resultados obtenidos en cada uno de los grupos estudiados por edades (12 -15 años) fueron analizados empleando los índices de correlación de Pearson y Sperman y la consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach. El análisis muestra una elevada asociación ($r = 0,893$) en las respuestas en las dos ocasiones y la consistencia interna arrojó un alfa de Cronbach de 0,73. La estabilidad temporal que presentan los resultados es superior a la obtenida por la adaptación española (Kovacs, 2004) que obtuvo un valor de $r = 0,38$ en un intervalo de dos semanas. Los valores obtenidos en nuestra investigación se muestran congruentes con la mayoría de los estudios internacionales revisados Kovacs (2004) como por ejemplo: Figueras-Masip et al.

(2001) y del Barrio et al. (1999) entre otros; así como con la investigación peruana de Ramírez (2009) que obtuvo un valor de $r=0,77$ en el total de la prueba, en un periodo de 30 días a una muestra de 58 alumnos en la ciudad de Cajamarca.

Para el análisis de validez de contenido en la presente investigación se realizó a través de juicio de jueces, para ello se utilizó la validez por el valor de la V de Aiken (Escurre, 2009) que para el caso de los 10 jueces que evaluaron cada uno de los ítems (27) del cuestionario adaptado de la presente investigación, presenta un valor que oscila entre 0,80 y 0,89 (Hyrkas, 2003) siendo aceptados todos los ítems, pues el 80% de los jueces han estado de acuerdo con la validez de los ítems y estos fueron incorporados al instrumento. El autor de la presente investigación no encontró otro estudio reciente de una adaptación del CDI que utilizara la validez de contenido a través de juicio de jueces. Sin embargo, Raffo (1991) en nuestro país al adaptar el CDI para un estudio que relacionaba autoconcepto y depresión, utilizando una edición no oficial del CDI en 1983, encuentra una validez de contenido por encima del 80% en todos los ítems.

En relación a la validez de constructo evaluado a través de análisis factorial exploratorio en el presente estudio, se analizaron los datos con la prueba de adecuación muestral del test de Kaiser-Meyer-Olkin (K. M. O.) y con el test de esfericidad de Bartlett. En ambos casos, se pudo observar que los resultados muestran la pertinencia del uso del análisis factorial en este estudio, puesto que el K. M. O. obtuvo un valor por encima de 0,808, y la prueba de esfericidad de Barlett muestra un chi cuadrado de 1685,065, gl. 351 y una significación de 0,001 por lo tanto mostraron valores adecuados. En su investigación para la población de Cajamarca, Ramírez (2009) obtuvo un valor por encima de 0,60 y la prueba de esfericidad de Barlett se mostró significativa de 0,001. Para la adaptación española (Kovacs, 2004) la prueba de adecuación muestral

Kaiser-Meyer-Olkin (K. M.O.) obtuvo un valor 0,878 y la prueba de esfericidad de Barlett muestra un chi cuadrado de 2794,936, gl. 351 y una significación de 0,001.

Para encontrar el número de factores que componen los ítems del CDI, se utilizó en primer lugar el método de Catell con el propósito de determinar gráficamente la significación de los factores. Este método nos muestra un marcado primer factor y otros 2 factores más débiles. Además, en el gráfico de sedimentación cinco componentes presentaron autovalores mayores que 1,00 pero se observa una mayor diferenciación entre el primero y los demás restantes, por ello y de acuerdo al análisis sustantivo de los factores, se han extraído 2 dimensiones o escalas, además de la puntuación total. En su investigación, Ramírez (2009) utilizando este método nos muestra un marcado primer factor y otros 7 factores más débiles, donde se ha extraído igualmente 2 dimensiones además de la puntuación total. En la adaptación española (Kovacs, 2004) según el gráfico de sedimentación se presentaron cinco componentes con autovalores mayores que 1,00 pero se observa una mayor diferenciación entre el primero y los restantes por ello se ha extraído 2 dimensiones además de la puntuación total.

El siguiente método, utilizado para encontrar el número de factores de CDI, es el método de Kaiser. Según este método, encontramos un factor principal con una varianza total de 4,814 y una varianza explicada de 17,830 %, así como siete factores con varianza total mayor de 1,00. Se encontró también 2 variables sumando las saturaciones al cuadrado de la extracción con una varianza de 17,830 % y 6,417%, respectivamente, y con la suma de saturaciones al cuadrado de la rotación con una varianza de 12,360 y 11,886%, respectivamente. Para la población de Cajamarca, Ramírez (2009) encontró un factor principal con un varianza total de 4,780 y siete factores por encima de 1,00. La adaptación española (Kovacs, 2004) el autovalor para

el factor 1 fue de 4,71 y para el factor 2 de 1,72. Los resultados de varianza explicada fueron 17,47 y 6,38%, respectivamente.

Se realizó también un análisis de los componentes principales mediante el método de rotación Normalización Varimax con Kaiser. Se presentaron dos componentes extraídos con un alfa de Cronbach de 0,716 y una correlación significativa al nivel de 0,01 (bilateral) de Pearson, para el componente Disforia de $r = 0,914$ y para el componente de Autoestima Negativa de $r = 0,796$, que se distribuyen de manera heterogénea en el número de ítems que los conforman. El primer componente con 15 ítems corresponde al factor Disforia y un segundo componente con 12 ítems correspondiente al factor Autoestima Negativa. En su estudio para alumnos de Cajamarca, Ramírez (2009) para el análisis factorial realizó una rotación mediante el método de Oblimin ($\text{delta}=0.5$), donde se presentaron 8 factores que se distribuyeron de manera heterogénea en el número de ítems que los conforman. Se encontraron también 2 componentes: Disforia con 15 ítems y Autoestima Negativa con 12 ítems. En la adaptación española (Kovacs, 2004) se excluyeron las saturaciones por debajo de 0,30 en cada uno de los factores y los ítems que cargan en 2 factores se mantuvieron sólo el que tiene el mayor peso. 15 ítems cargaron en el primer factor y 11 cargaron en el segundo factor, quedando uno por debajo de 0,30 que fue añadido al segundo factor por presentar mayor puntaje. Por el contenido de los ítems claramente se puede apreciar que el primer factor corresponde a la dimensión de Disforia y el segundo factor a Autoestima negativa.

Para el análisis de validez de constructo convergente, se empleó el Cuestionario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado/Rasgo, STAIC (1989) en su adaptación española realizada por N. Seisdedos (TEA, 2010). La muestra utilizada fueron los 85 participantes que se les había aplicado el retest, luego de que en una primera prueba

habían resultado con puntaje elevado y el 90% de ellos resultaron confirmando los puntajes altos. La muestra dio como resultado una correlación de Pearson positiva adecuada de $r = 0,73$, la cual resultó significativa. Esta correlación es semejante a los coeficientes encontrados en otros estudios revisados como el de Blumberg e Izard (1986, citados en Kovacs, 2004). Es por ello que, probablemente, también exista una comorbilidad del trastorno de ansiedad y la depresión, como señala Del Barrio (2005). En su investigación para la población estudiantil de Cajamarca, Ramírez (2009) encontró $r=0,664$ entre los cuestionarios de CDI y el STAI para la validez del constructo convergente de la adaptación del CDI.

Para el análisis de la validez de criterio concurrente, se utilizó el cuestionario de Depresión para Niños CDS (1983), en su adaptación española realizada por Tea Ediciones (2009). La muestra utilizada fueron los 85 participantes que se les había aplicado el retest, luego de que en una primera prueba habían resultado con puntaje elevado y el 90% de ellos resultaron confirmando los puntajes altos. Antes de realizar el análisis de la validez, se verificó la confiabilidad de los resultados de esta prueba y se encontró un aceptable índice de confiabilidad de coeficiente alfa de Cronbach de 0,84 (Hernández, et al. 2006). La validez de criterio concurrente presenta una correlación de $r = 0,71$, la cual resultó significativa en estos dos instrumentos que miden el mismo constructo. Por su parte, Ramírez (2009) para la población de Cajamarca encontró $r=0,76$ entre los cuestionarios de CDI y el EDAR para la validez del criterio concurrente de la adaptación del CDI.

En función a la variable edad podemos señalar que en nuestra investigación hemos distribuido esta variable en dos partes: un primer grupo correspondiente a los alumnos comprendidos en el nivel primario cuyas edades oscilan entre los 9 y 12 años y otro grupo comprendidos en el nivel secundario cuyas edades oscilan entre los 12 y 15

años. Al respecto podemos señalar que al aplicar el CDI adaptado en nuestra investigación, los puntajes suben a medida que sube la edad, siendo los más notorios las edades comprendidas entre los 12 y 15 años.

En función a esta variable, Ramírez (2009) en su investigación para la población estudiantil de Cajamarca, observa la existencia de diferencias significativas entre los grupos de edades. Sin embargo, señala, que existe la particularidad de que estas diferencias no siguen una misma tendencia, precisando que el grupo de niños (7-9 años) y adolescentes (13 a 15 años) presentan mayores índices de depresión que el grupo de púberes (10 a 12 años).

En la adaptación española (Kovacs, 2004) el estudio de las medias entre cada uno de los grupos de edad con los restantes mostró que los grupos de edad se agrupan en tres niveles correspondientes de 7-8 años; 9-10 años y 11-15 años, considerando que la media aumenta a medida que avanza la edad.

Con relación a la variable sexo nuestra investigación observa que tanto en la puntuación total como en las dos escalas (Disforia y Autoestima Negativa) las niñas puntúan significativamente más alto que los niños. Estos resultados muestran que las puntuaciones medias de las alumnas son más elevadas que los de los alumnos en la escala total y esto se mantiene también considerando las dos escalas por separado.

Ramírez (2009) para una población de estudiantes en Cajamarca, respecto al sexo de los participantes, las mujeres obtienen un mayor promedio que los varones. Pese a ello, estas diferencias no resultan significativas, para este investigador, por lo que afirma que no existe mayor diferencia en las puntuaciones entre varones y mujeres.

Por otro lado Kovacs (2004) encuentra que en las chicas los puntajes son más altos y es más intensa que el de los chicos, precisando que estos datos aparecen

consistentemente en las investigaciones sobre el tema tanto en la población española como la anglosajona (del Barrio, 2001).

En nuestra investigación las puntuaciones percentiles correspondiente a cada escala (Disforia y Autoestima Negativa) y a la puntuación total se construyeron tomando en cuenta la variable sexo. En los baremos generales (para ambos sexos) el punto de corte fue de 21 para un percentil correspondiente a 90 para la sintomatología leve y 95 para la sintomatología severa o muy superior.

En su investigación para alumnos de Cajamarca, Ramírez (2009) construyó los percentiles tomando en cuenta esta variable edad encontrando un punto de corte de 16 para un rango de percentil de 69 para la sintomatología leve. Para los niños púberes el punto de corte se estableció en 12 para un rango de percentil de 68 para la sintomatología leve. Y para los adolescentes el punto de corte lo estableció en 15 para un rango de percentil de 69 para la sintomatología leve.

En la adaptación española (Kovacs, 2004) del CDI el punto de corte 19 produce el porcentaje más alto de verdaderos negativos y el más bajo de falsos positivos para un percentil de 90 para una sintomatología leve. Naturalmente el punto de corte puede ser modificado en función de los objetivos del evaluador (Del Barrio, 1999).

En conclusión, tomando en cuenta todos los aspectos psicométricos revisados se puede decir que el CDI adaptado en la presente investigación es un instrumento que se adecua a la población estudiada y que puede medir de manera válida y confiable la sintomatología presente en la población de estudiantes entre 9 y 15 de la I.I.E. Ricardo Palma de Surquillo.

5.2. CONCLUSIONES

1. En líneas generales se puede comprobar en nuestra investigación que los adolescentes (nivel secundario) tienen una puntuación superior del CDI a la de la muestra infantil (nivel primario).
2. Con relación a la diferencia de sexo nuestra adaptación observa que tanto en la puntuación total como en las dos escalas las niñas puntúan significativamente más alto en la sintomatología depresiva que los niños.
3. Las puntuaciones percentilares correspondiente a cada escala (Disforia y Autoestima Negativa) podemos señalar que las alumnas obtuvieron las puntuaciones más altas.
4. La adaptación semántica del CDI que ha sido elaborado para la presente investigación es válida y confiable para ser aplicada para el medir la sintomatología de la depresión en la población de estudiantes entre 9 y 15 años pertenecientes a la I.E.E. Ricardo Palma de Surquillo.

5.3. RECOMENDACIONES

1. Desarrollar nuevas investigaciones con el CDI, adaptándolo de acuerdo a su cultura e idiosincrasia y costumbres, para otras poblaciones de estudiantes tanto el Lima y provincias.
2. Procurar que en estas nuevas investigaciones del CDI se establezcan claras evidencias de validez y confiabilidad, así como de los instrumentos a utilizar, y que sean corroborados con investigaciones serias y confiables.
3. Se recomienda mayor información de las investigaciones similares a la presente en nuestro idioma y realidad, pues las que se puede acceder en la actualidad corresponden a otros idiomas y otras realidades, siendo de mayor abundancia las anglosajonas, y que hacen difícil el material de trabajo.

5.4. REFERENCIAS

- Aiken, L. (1980). *Contenido Validez y confiabilidad de artículos individuales o Cuestionario*. Revista Medición Educativa y Psicológica 40, 955- 959. Madrid.
- Albarracín, Érika; Carranza, Pamela & Meléndez, Elisa (2013). *Adaptación psicométrica del test para evaluar procesos de simplificación fonológica (Teprosif-R)*. Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje. Lima.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5)*. Barcelona: Masson. Autor.
- Castrillón, D. y Borrero, P. (2005). *Validación del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años* [Versión electrónica]. Revista Acta Colombiana de Psicología 13, 79-90. Medellín.
- Del Barrio, Victoria (1999). *Primera adaptación del CDI-S a población española* Revista Acción psicológica, 24, págs. 263-272. Madrid.
- Del Barrio, Victoria (2000). *Sintomatología depresiva en escolares de 12 a 16 años y su relación con las distorsiones cognitivas*. Revista de psicopatología y psicología clínica, N°. 1, 2000, págs. 45-70. Madrid
- Del Barrio, Victoria (2005). *La depresión infanto-juvenil: el efecto de los factores emocionales, comportamentales y sociodemográficos*. Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología, 10, págs. 5-20. Madrid.
- Del Barrio, Victoria (2010). *Propiedades psicométricas del inventario de depresión infantil CDI en muestras comunitarias y clínicas*. Revista española de psicología, 13, N°. 2 de 2010, págs. 990-999. Madrid.

Del Barrio, Victoria (2014). *Avances en evaluación y diagnóstico psicológico en niños y adolescentes*. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes (RPCNA), 5, págs.87-95. Madrid.

Del Barrio, Victoria (2016). *SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes: Proceso de desarrollo y evidencias de fiabilidad y validez*. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 13, N° 2, 2016, págs. 78-90. Madrid.

Escurre, L (2009). *Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces*. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.

Hyrkas, Nunnally, J.C. & Bernstein, I.J (2003). *Teoría psicométrica. 3ª edición*. McGraw-Hill. México.

Fernández-Ballesteros, R. (2011). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (2ª edición). Madrid: Pirámide.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). México D. F.: Mc Graw Hill. México.

INSM. HD-HN (2012). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana y Callao*. Lima. Autor.

Kovacs, M. (2004). *Manual del Inventario de depresión infantil (CDI)*. Madrid: TEA Ediciones. Madrid.

León, M. (2013). *Adaptación del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI) para estudiantes con edades que varían entre 9 a 15 años de la UGEL 02 de Lima Metropolitana*. Lima.

MINSA (2010). *Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2010. Informe General*. [Versión electrónica]. Lima, Perú. Autor.

- MINEDU. *Unidad de estadística educativa (2016). Estadísticas de la calidad educativa*. Extraído de la página Web del Ministerio de Educación <http://www.minedu.gob.pe>.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia –GPC*. Madrid.
- Muñiz, J., & Fernández-Hermida, J. R. (2010). *La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests*. *Revista Papeles del Psicólogo*, 31(1), págs. 18-21. Madrid.
- Muñiz, José (2010). *Las teorías de los tests: Teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems*. *Revista Papeles del psicólogo*, 31 (1): págs. 57-66. Madrid.
- Tisher y Lang, (1987). *Manual de Childrens Depression Scale (CDS)*. TEA Ediciones 1986. Madrid.
- Organización Mundial de la salud (2010). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales*. Médica Panamericana. Madrid.
- Posada, Sara y Segura, Sebastián (2011). *Estandarización del Inventario CDI en niños y adolescente entre 12 y 17 años de edad, del Municipio de Sabaneta del Departamento de Antioquia-Colombia (PDF Download Available)*. Colombia.
- Posada, María (2011). *Adaptación transcultural de la escala de cuidado profesional: adecuación semántica*. Tesis. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Programa de Maestría en Enfermería. Colombia.
- Raffo, L. (1991). *Depresión y autoconcepto en niños institucionalizados y no institucionalizados*. Tesis de Licenciatura para obtener el título de Licenciado en Psicología, Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidad

Católica del Perú, Lima, Perú.

Real Academia Española (2010). *Diccionario de la lengua Española (23ª Ed.)*. España: Madrid. Editorial Espasa.

Reátegui, L. (1994). *La depresión infantil: estandarización del “Inventario de depresión para niños (CDI)”*. Tesis de licenciatura para obtener el título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Cayetano Heredia del Perú, Lima, Perú.

Ramírez, Renato (2009). *Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca*. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Spielberger, Gorsuch & Lushene (1986). *State Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)*. TEA Ediciones. Madrid

Ugarriza, N y Ecurra, M (2002). *Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana*. [Versión electrónica]. Lima, Perú.

ANEXOS

ANEXO A: Inventario de Depresión para Niños CDI adaptado

FICHA TÉCNICA

Nombre: Inventario de Depresión Infantil

Nombre Original: Children's Depression Inventory – CDI

Autor: María Kovacs (1977)

Procedencia: Multi – Health Systems Toronto (Canadá)

Adaptación española: Tea Publicaciones (2004)

Adaptación peruana: Julio C. Borrero Briceño (2017)

Propiedades psicométricas: En una muestra de 381 alumnos de ambos sexo pertenecientes a la I.I.E. Ricardo Palma de Surquillo, la fiabilidad del instrumento alcanzó un alfa de Crombach de 0,78 y un resultado de dos mitades de Guttman de 0,76. El Test-retest después de 30 días alcanzó un alfa de Crombach de 0,73. La Validez de constructo convergente con el STAI alcanzó una correlación positiva de $r=0,73$ y con el CDS presenta una correlación de $r= 0,71$ para la validez de criterio concurrente. Los baremos generales por sexo tuvieron un punto de corte 21 con un percentil de 90 para sintomatología depresiva superior.

Objetivo: El CDI evalúa dos escalas: Disforia (Humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y Autoestima Negativa (juicios de ineficiencia, fealdad, maldad, etc.) y proporciona una puntuación total para el diagnóstico de la depresión en niños y adolescentes.

Tipo de instrumento: Cuestionario

Número de ítems: Consta de 27 ítems cada uno de ellos enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de presencia de depresión en el niño y adolescente. Con una valoración de 0 a 2 donde 0 representa la valoración más baja, 1 la normal y 2 la superior.

Aplicación: Individual y colectiva

Duración: de 20 a 30 minutos

Edad: de 9 a 15 años

INVENTARIO DE KOVACS - CDI

Adaptado por: Julio César Borrero B.

COLEGIO:
GRADO: SECCIÓN: FECHA DE HOY:
SEXO: M / F EDAD: FECHA DE NACIMIENTO:
LUGAR DE NACIMIENTO:

INSTRUCCIONES

Los chicos y chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario de 27 grupos se recogen esos sentimientos e ideas. En cada grupo, formado por 3 oraciones, señala una de ellas que sea LA QUE MEJOR DESCRIBA cómo te has sentido durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS. Una vez que termines con un grupo, pasa al siguiente.

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

Hagamos un ejemplo. Pon una equis (X) junto a la oración que MEJOR te describa:

EJEMPLO:

- | |
|--|
| <p><input type="radio"/> Leo libros siempre</p> <p><input type="radio"/> Leo libros de vez en cuando</p> <p><input type="radio"/> Nunca leo libros</p> |
|--|

Supongamos que has escogido la oración del medio “Leo libros de vez en cuando”, esto quiere decir que ni todos los días ni todas las semanas lees un libro sino sólo de vez en cuando

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS ORACIONES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.
DE LAS TRES ORACIONES QUE SE PRESENTAN EN CADA GRUPO ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES.

PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE.

<p>1 <input type="radio"/> Nunca estoy triste. <input type="radio"/> De vez en cuando estoy triste. <input type="radio"/> Siempre estoy triste.</p>	<p>2 <input type="radio"/> Nunca las cosas me salen bien. <input type="radio"/> A veces las cosas me salen bien. <input type="radio"/> Siempre las cosas me salen bien.</p>
<p>3 <input type="radio"/> Hago bien la mayoría de las cosas. <input type="radio"/> Hago mal muchas cosas. <input type="radio"/> Todo lo hago mal.</p>	<p>4 <input type="radio"/> Me divierten muchas cosas. <input type="radio"/> A veces me divierten algunas cosas. <input type="radio"/> Nada me divierte.</p>
<p>5 <input type="radio"/> Siempre soy malo(a). <input type="radio"/> Muchas veces soy malo(a). <input type="radio"/> Nunca soy malo(a).</p>	<p>6 <input type="radio"/> Nunca pienso que me puedan pasar cosas malas. <input type="radio"/> A veces pienso que me pueden pasar cosas malas. <input type="radio"/> Siempre pienso que me pasarán cosas muy malas.</p>
<p>7 <input type="radio"/> Muchas veces odio como soy. <input type="radio"/> Algunas veces no me gusta como soy. <input type="radio"/> Siempre me gusta como soy.</p>	<p>8 <input type="radio"/> Siempre las cosas malas que pasan son por mi culpa. <input type="radio"/> Muchas cosas malas que pasan son por mi culpa. <input type="radio"/> No tengo la culpa de que pasen cosas malas.</p>
<p>9 <input type="radio"/> Nunca pienso en matarme. <input type="radio"/> A veces pienso en matarme pero no lo haría. <input type="radio"/> Siempre pienso en matarme.</p>	<p>10 <input type="radio"/> Tengo ganas de llorar todos los días. <input type="radio"/> Tengo ganas de llorar muchos días. <input type="radio"/> Tengo ganas de llorar de vez en cuando.</p>
<p>11 <input type="radio"/> Siempre me preocupan las cosas. <input type="radio"/> Muchas veces me preocupan las cosas. <input type="radio"/> De vez en cuando me preocupan las cosas.</p>	<p>12 <input type="radio"/> Siempre me gusta estar con la gente. <input type="radio"/> A veces no me gusta estar con la gente. <input type="radio"/> No me gusta estar con la gente.</p>
<p align="center">No te detengas, continúa en la página siguiente....</p>	

<p>13 <input type="radio"/> No puedo tomar una decisión. <input type="radio"/> Me cuesta mucho tomar una decisión. <input type="radio"/> Tomo decisiones fácilmente.</p>	<p>14 <input type="radio"/> Tengo buena apariencia. <input type="radio"/> Algunas cosas de mi apariencia no me gustan. <input type="radio"/> Me considero feo(a).</p>
<p>15 <input type="radio"/> Siempre me cuesta hacer las tareas. <input type="radio"/> Muchas veces me cuesta hacer las tareas. <input type="radio"/> No me cuesta hacer las tareas.</p>	<p>16 <input type="radio"/> Todas las noches me cuesta dormir. <input type="radio"/> Muchas noches me cuesta dormir. <input type="radio"/> Duermo muy bien.</p>
<p>17 <input type="radio"/> Estoy cansado(a) de vez en cuando. <input type="radio"/> Estoy cansado(a) muchos días. <input type="radio"/> Estoy cansado(a) siempre.</p>	<p>18 <input type="radio"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer. <input type="radio"/> Algunos días no tengo ganas de comer. <input type="radio"/> Como muy bien.</p>
<p>19 <input type="radio"/> No me preocupa el dolor ni la enfermedad <input type="radio"/> Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad. <input type="radio"/> Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.</p>	<p>20 <input type="radio"/> Nunca me siento solo(a). <input type="radio"/> Me siento solo(a) muchas veces. <input type="radio"/> Me siento solo(a) siempre.</p>
<p>21 <input type="radio"/> Nunca me divierto en el colegio. <input type="radio"/> Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando. <input type="radio"/> Me divierto en el colegio muchas veces.</p>	<p>22 <input type="radio"/> Tengo muchos amigos. <input type="radio"/> Tengo amigos pero me gustaría tener más. <input type="radio"/> No tengo amigos.</p>
<p>23 <input type="radio"/> Mi rendimiento escolar es bueno. <input type="radio"/> Mi rendimiento escolar no es tan bueno como antes. <input type="radio"/> Mi rendimiento escolar es malo</p>	<p>24 <input type="radio"/> Nunca podré ser tan bueno como otros niños(as). <input type="radio"/> Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños(as). <input type="radio"/> Soy tan bueno como otros niños(as).</p>

<p>25</p> <p>O Muchas veces pienso que nadie me quiere.</p> <p>O A veces pienso de que alguien me quiere.</p> <p>O Siempre pienso que me quieren.</p>	<p>26</p> <p>O Siempre hago lo que me dicen.</p> <p>O Muchas veces no hago lo que me dicen.</p> <p>O Nunca hago lo que me dicen.</p>
<p>27</p> <p>O Nunca me peleo con la gente.</p> <p>O Muchas veces me peleo con la gente.</p> <p>O Siempre me peleo con la gente.</p>	

FIN DE LA PRUEBA.

Si has terminado antes de tiempo, repasa tus respuestas. GRACIAS.

Anexo B: Consentimiento Informado para Padres o Tutores.

Señor Padre de Familia:

La presente es para informarle que en los próximos días se realizará en nuestro Centro Educativo la aplicación de una encuesta con la finalidad de realizar una investigación para adaptar a nuestra realidad un Cuestionario que permita evaluar la Depresión en los niños y adolescentes. La investigación será conducida por el Bachiller Julio César Borrero Briceño y los resultados de este estudio serán parte de una Tesis para optar el título de Maestro en Psicología Clínica y de la Salud en la Universidad Nacional Federico Villarreal.

Las encuestas se responden de forma anónima. La información recopilada acerca de su hijo(a) se tratará en forma confidencial, sólo se usará para fines del estudio y sin ningún otro propósito. Ninguna autoridad del colegio, ni otros estudiantes, tendrán acceso a esta información. La duración de toda la evaluación no llevará más de 30 minutos.

Para que su hijo(a) participe en el estudio, AMBOS, usted y su hijo(a), deben estar de acuerdo en participar, la decisión es completamente voluntaria. La presente investigación está autorizada por el Dirección de la UGEL 07 de Lima Metropolitana.

POR FAVOR RECORTAR, COMPLETE Y ENVÍE AL COLEGIO CON SU HIJO/A ESTA ESQUELA A MÁS TARDAR EN ESTA SEMANA.

Nombre del niño(a): _____

Lea la información a continuación y marque uno de los recuadros.

Estamos de acuerdo para la participación en la encuesta ()

No estamos de acuerdo para la participación en la encuesta ()

Firma del padre/tutor: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Desde ya le agradecemos su participación.

ANEXO C: Ficha para juicio de jueces

TABLA DE ESPECIFICACIONES – SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA

PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO

(JUICIO DE JUECES)

Graduando: Julio C. Borrero Briceño

El juez, en su calidad de experto, evalúa cada ítem, con respecto a los criterios siguientes: redacción, relación del ítem con la dimensión y si mide la variable depresión. Para ello se le pide que evalúe cada reactivo con un puntaje que oscile entre 1 y 5 (*donde 5 representa que el ítem mide muy bien el criterio establecido y ; 1 representa que el ítem no mide nada o casi nada el criterio establecido*).

El presente instrumento será aplicado a un grupo de estudiantes de nivel primario y secundario pertenecientes a centros educativos estatales del Distrito de Surquillo, quienes constituyen la población de estudio de la investigación titulada: **ADAPTACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESION INFANTIL (CDI) DE KOVACS EN ESTUDIANTES DE 9 A 15 AÑOS DE I.I.E. RICARDO PALMA DE SURQUILLO**, para optar el título de Maestro en Psicología Clínica y de la Salud en la Universidad Nacional Federico Villarreal.

En la casilla de observaciones anote lo que considere pertinente. Así mismo por favor llene la ficha con sus datos.

Nombre y apellidos del JUEZ:

Profesión.:

Grado académico:

Centro de trabajo:

Cargo que desempeña.

Teléfono fijo.:

Teléfono celular:

Fecha:

VARIABLE	DIMENSIONES	Items	REACTIVOS	Redac- ción	Dimen. Disforia	Var. Depresión	Observaciones
Depresión La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Disforia La Disforia se caracteriza generalmente como una emoción desagradable o molesta , como la tristeza (estado de ánimo depresivo), ansiedad , irritabilidad o inquietud . Se considera una depresión severa que puede llevar al suicidio. Es el opuesto etimológico de euforia	17	<input type="radio"/> Estoy cansado(a) de vez en cuando				
			<input type="radio"/> Estoy cansado(a) muchos días				
			<input type="radio"/> Estoy cansado(a) siempre.				
		12	<input type="radio"/> Siempre me gusta estar con la gente.				
			<input type="radio"/> A veces no me gusta estar con la gente.				
			<input type="radio"/> No me gusta estar con la gente.				
		1	<input type="radio"/> De vez en cuando estoy triste.				
			<input type="radio"/> Nunca estoy triste.				
			<input type="radio"/> Estoy triste siempre				
		18	<input type="radio"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer.				
			<input type="radio"/> Muchos días no tengo ganas de comer.				
			<input type="radio"/> Como muy bien.				
		16	<input type="radio"/> Todas las noches me cuesta dormir.				
			<input type="radio"/> Muchas veces me cuesta dormir.				
			<input type="radio"/> Duermo muy bien.				
		9	<input type="radio"/> Nunca pienso en matarme.				
			<input type="radio"/> A veces pienso en matarme pero no lo haría.				
			<input type="radio"/> Siempre pienso en matarme.				
		27	<input type="radio"/> Nunca me peleo con la gente.				
			<input type="radio"/> Muchas veces me peleo con la gente.				
			<input type="radio"/> Siempre me peleo con la gente.				
8	<input type="radio"/> Siempre las cosas malas que pasan son por mi culpa.						
	<input type="radio"/> Muchas cosas malas que pasan son por mi culpa.						
	<input type="radio"/> Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.						

VARIABLE	DIMENSIONES	Items	REACTIVOS	Redac- ción	Dimen. Disforia	Var. Depresión	Observaciones	
Depresión	Disforia	22	<input type="radio"/> Tengo muchos amigos.					
			<input type="radio"/> Tengo muchos amigos, pero me gustaría tener más.					
			<input type="radio"/> No tengo amigos.					
		21	<input type="radio"/> Nunca me divierto en el colegio.					
			<input type="radio"/> me divierto en el colegio sólo de vez en cuando					
			<input type="radio"/> Me divierto en el colegio muchas veces					
		5	<input type="radio"/> Soy malo(a) siempre					
			<input type="radio"/> Soy malo(a) muchas veces					
			<input type="radio"/> Soy malo(a) muchas veces					
		25	<input type="radio"/> Muchas veces pienso que nadie me quiere.					
			<input type="radio"/> A veces pienso que alguien me quiere.					
			<input type="radio"/> Siempre pienso que me quieren					
		7	<input type="radio"/> A veces odio como soy.					
			<input type="radio"/> Muchas veces no me gusta como soy.					
			<input type="radio"/> Siempre me gusta como soy.					
		10	<input type="radio"/> Tengo ganas de llorar todos los días					
			<input type="radio"/> Tengo ganas de llorar muchos días					
			<input type="radio"/> Tengo ganas de llorar de vez en cuando					
		20	<input type="radio"/> Nunca me siento solo(a).					
			<input type="radio"/> Me siento solo(a) muchas veces					
			<input type="radio"/> Me siento solo(a) siempre.					

VARIABLE	DIMENSIONES	Items	REACTIVOS	Redac- ción	Dimen. Autoest. Negativa	Var. Depre- sión	Observaciones
Depresión	Autoestima Negativa Es un constructo que indica el valor social-emocional y afectivo que se da a sí mismo en las relaciones personales e individuales. El aprecio o desprecio, que se adjudica en aspectos importantes de la vida y de sus aptitudes. Una autoestima negativa produce sentimientos de insatisfacción, actitudes negativas sobre las aptitudes que uno tiene y falta de confianza en sí mismo.	19	<input type="radio"/> No me preocupa el dolor ni la enfermedad				
			<input type="radio"/> Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.				
			<input type="radio"/> Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad				
		6	<input type="radio"/> De vez en cuando pienso que me puedan pasar cosas malas.				
			<input type="radio"/> Muchas veces pienso que me pueden pasar cosas malas.				
			<input type="radio"/> Siempre pienso que me pasarán cosas muy malas.				
		11	<input type="radio"/> Las cosas me preocupan siempre.				
			<input type="radio"/> Las cosas me preocupan muchas veces.				
			<input type="radio"/> Las cosas me preocupan de vez en cuando				
		26	<input type="radio"/> Generalmente hago lo que me dicen.				
			<input type="radio"/> Muchas veces no hago lo que me dicen.				
			<input type="radio"/> Nunca hago lo que me dicen.				
		14	<input type="radio"/> tengo buena apariencia.				
			<input type="radio"/> Algunas cosas de mi apariencia no me gustan.				
			<input type="radio"/> Me considero feo(a).				
		13	<input type="radio"/> No puedo tomar una decisión				
			<input type="radio"/> Me cuesta mucho tomar una decisión				
			<input type="radio"/> Tomo decisiones fácilmente				
		15	<input type="radio"/> Siempre me cuesta ponerme a hacer las tareas.				
			<input type="radio"/> Muchas veces me cuesta ponerme a hacer las tareas.				
			<input type="radio"/> No me cuesta ponerme a hacer las tareas.				

VARIABLE	DIMENSIONES	Items	REACTIVOS	Redac- ción	Dimen. Autoest. Negativa	Var. Depre- sión	Observaciones	
Depresión	Autoestima Negativa	3	O Hago bien la mayoría de las cosas.					
			O Hago mal muchas cosas.					
			O Todo lo hago mal.					
		23	O Mi rendimiento escolar es bueno.					
			O Mi rendimiento escolar no es tan bueno como antes.					
			O Mi rendimiento escolar es malo					
		2	O Nunca las cosas me salen bien.					
			O A veces las cosas me salen bien.					
			O Siempre las cosas me salen bien.					
		24	O Nunca podré ser tan bueno como otros(as) alumnos(as)					
			O Si quiero, puedo ser tan bueno como otros(as) alumnos(as)					
			O Soy tan bueno como otros(as) alumnos(as).					

APRECIACIÓN GENERAL DE LA PRUEBA:

.....

.....

.....

.....

FIRMA: