



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>





PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS
ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA

**ADAPTACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL DE KOVACS
EN ESCOLARES DE LA CIUDAD DE CAJAMARCA.**

Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con
mención en Psicología Clínica
que presenta el
Bachiller:

RENATO JAVIER RAMÍREZ BARRANTES

Mg. MAGALY NÓBLEGA MAYORGA
Asesora

LIMA – 2009

AGRADECIMIENTOS

A mi espléndida asesora Magaly Nóblega, su meticulosa corrección, su constante apoyo y exigencia que acompañaron cada uno de los pasos en este trabajo de investigación.

A Rocío Gabilondo, Doris Argumedo y Doris Miranda que han aportado con sus valiosas ideas durante la elaboración y la corrección de esta tesis.

A mis padres, Gonzalo y Carmen, a esos dos seres maravillosos sin los cuales simplemente no hubiera sido posible nada de lo que he hecho hasta ahora. A su inmenso amor y fortaleza con los que cada día de mi existencia he sido alimentado.

A los miembros de mi familia, cada uno de los cuales me enseñó cosas distintas. A su apoyo constante, a su capacidad de comprensión, a su paciencia y al amor que me tienen. A mis tíos, los cuales me acogieron durante gran parte de mi carrera, a su cariño y consideración. A Elizabeth, a su maravillosa forma de ser, sus encantadoras palabras y su estar siempre en cada momento difícil.

A mis amigos, a ellos que nunca me fallaron, a ellos que siempre estuvieron conmigo en las buenas y en las malas, a ellos que me hicieron sentir que la amistad no es una utopía. A Elmer por el tiempo que destinó para ayudarme en la recolección de los datos y su consejo invaluable. A Natali por su apoyo en todo momento y *asimismo* en la revisión de este trabajo. A Fernanda por la traducción. A Karem por su escucha en los momentos difíciles y la estrella.

A Sofía, poseedora de la magia sobrenatural que ha llenado de alegrías tantos momentos como se llena de versos un poema. A nuestro infinito particular.

RESUMEN

Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca.

El presente estudio tiene como finalidad adaptar el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (2004) para la zona urbana de Cajamarca. Para ello, se realizó una adaptación lingüística y se evaluó a una muestra de escolares de dicho lugar. La muestra probabilística por racimos estuvo conformada por 623 niños y adolescentes entre 7 y 15 años. La prueba alcanza una confiabilidad aceptable ($\text{Alfa}=0.79$) y una adecuada correlación ítem-test corregida en la mayoría de los ítems que conforman el inventario; también muestra una estabilidad temporal positiva considerable de 0.776, en un lapso de 30 días. Asimismo, presenta una validez de criterio concurrente considerable con el cuestionario EDARS; mientras que en relación a la validez de constructo convergente, se obtuvo una correlación positiva media con el constructo de ansiedad, a través del STAIC. La validez de constructo evaluado a través de análisis factorial exploratorio muestra que no se reproduce la composición de factores planteada por los autores de la prueba. En lo referente a las variables medidas, se encuentran diferencias significativas en función del grupo de edad e institución educativa, mas no en función del sexo. Se concluye que el CDI es un instrumento con características psicométricas apropiadas para Cajamarca.

Palabras clave: Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, Adaptación, Niños, Adolescentes, Cajamarca.

ABSTRACT

Adaptation of the Children's Depression Inventory Kovacs in schoolchildren from the city of Cajamarca.

The following research aims to adapt the Children's Depression Inventory Kovacs (2004) for the urban area of Cajamarca. To this end, a linguistic adaptation was made and an evaluation to a schoolchildren sample was carried out. The probabilistic sample of clusters consisted of 623 children and adolescents between 7 and 15 years. The test has an acceptable reliability ($\text{alpha} = 0.79$) and a appropriate item-test corrected correlation in most of the items comprising the inventory, also shows a positive temporal stability of 0.776, over a period of 30 days. It also presents a considerable concurrent validity with the questionnaire EDARS, while in relation to the convergent construct validity, there was a half positive correlation with the anxiety construct, through the STAIC. The construct validity assessed through the exploratory factor analysis shows that does not reproduce the composition of factors raised by the authors of the test. Regarding to the variables, there are significant differences in terms of age group and school, but not by gender. We conclude that CDI is an instrument with appropriate psychometric characteristics for Cajamarca.

Keywords: Children's Depression Inventory Kovacs, Adaptation, Children, Teenagers, Cajamarca.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
TITULO	i
AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	iii
TABLA DE CONTENIDOS	iv
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I: La depresión infantil	01
Definición y características de la depresión infantil	01
Factores asociados a la depresión infantil	13
Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs	19
Planteamiento del problema	29
Objetivos	30
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	32
Nivel de investigación	32
Participantes	32
Instrumentos	33
Procedimiento	34
CAPÍTULO III: RESULTADOS	37
Análisis de la confiabilidad del CDI	38
Análisis de la validez del CDI	42
Relación entre las variables medidas	42
Normas Percentilares	44
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	48
CONCLUSIONES	58
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	
A: Adaptación del Inventario de Depresión infantil de Kovacs	a

B: Correlación ítem – test para la escala total.	e
C: Cuadro de correlación ítem – test por grupo de edades	f
D: Prueba de normalidad.	g
E: Gráfico de Normalidad	g
F: Consentimiento Informado para Padres o Tutores	h
G: Consentimiento Informado para Padres o Tutores formato Test-retest	i



INTRODUCCIÓN

La depresión infantil es un constructo relativamente nuevo, pues recién en la década de 1970 es reconocida como una entidad patológica independiente. Ahora nadie duda de la existencia de la depresión infantil; sin embargo, aún existen diferencias en cuanto a su conceptualización.

Después de su reconocimiento, la investigación de la depresión infantil ha avanzado hasta convertirse en la actualidad en uno de los temas más importantes de la psicopatología infantil (Kaslow et al., 1999) tanto por el elevado número de casos presente en nuestra población, 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 Cajamarca, uno de cada veinte adolescentes reúne criterios para ser diagnosticado con depresión mayor (Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” [IESM “HD-HN”], 2005). Asimismo, a pesar de que no existen estudios epidemiológicos con niños, 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 evaluación de la depresión infantil puede realizarse a través de múltiples instrumentos. El Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs ha sido traducido a diferentes idiomas y es el más usado y citado en la bibliografía especializada. Además, es la primera prueba creada para medir la sintomatología depresiva en niños. Estas cualidades son posibles, en la medida en que ha demostrado sus propiedades psicométricas a través de estudios realizados en países con culturas tan diversas como, Irak, Inglaterra, España, Puerto Rico, Perú, etc.

Aparte de las propiedades mencionadas, el CDI es una prueba práctica y económica, debido a que sólo cuenta con 27 ítems y su evaluación no toma más de 20 minutos. Asimismo, es sencilla de responder puesto que necesita un nivel básico de escolaridad para poder ser comprendido. Este conjunto de propiedades hacen del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs una herramienta muy útil en el campo de la investigación y del cribado de los casos que necesiten una evaluación e intervención más profunda.

Por estas razones, el objetivo principal que se plantea el presente trabajo de investigación es adaptar el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en un grupo de niños y adolescentes de la ciudad de Cajamarca, 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 en el Perú. También, se revisa el modelo teórico cognitivo que explica la depresión y se describe detalladamente los factores de riesgo encontrados para este trastorno, donde se realiza además un acercamiento a las características andinas y su relación con la depresión. Posteriormente, se realiza una descripción del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs y de sus características psicométricas.

Po último, se describe el método mediante el cual se realizó esta investigación y se exponen los resultados obtenidos los cuales serán discutidos para presentar las conclusiones y recomendaciones para futuros trabajos de investigación sobre la depresión infantil.

CAPITULO I

LA DEPRESIÓN INFANTIL

DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Empezaremos precisando que en esta investigación tomaremos el concepto genérico de depresión infantil el cual de acuerdo a Domínguez y Torres (1996) es aplicable tanto a niños como a adolescentes.

La depresión infantil – y por ello la de los adolescentes – ha existido desde siempre, como lo reflejan textos literarios que hacen referencia sobre la nostalgia o melancolía en niños desde el siglo XVII (Jiménez, 1995; Kaslow, Croft & Hatcher, 1999). Los psiquiatras europeos Griesinger, Delasiauve y Moureau de Tours en el siglo XIX, describen la existencia de estados depresivos en la infancia (Tomàs, Teixidó y Gastaminza, 1996).

Sin embargo, a partir de la década de 1930, el psicoanálisis ortodoxo, apoyándose en la inmadurez de la estructura superyoica en las primeras etapas del desarrollo, niega la existencia de la depresión infantil (Jiménez, 1995); esta postura influyó, en cierta medida, de modo negativo en el avance de la investigación de la depresión infantil (Wicks-Nelson e Israel, 1997) y dio inicio al debate sobre su existencia por casi medio siglo. Sin embargo, no todos los teóricos psicodinámicos compartían esta postura y muchos de ellos como Klein, Spitz y Bowlby, entre otros, se interesaron y se anticiparon al estudio de la depresión infantil (Del Barrio, 2005; Tomàs, et al., 1996). En el período en el que aún no se aceptaba del todo la existencia de la depresión infantil, gran parte del desacuerdo entre los teóricos era de tipo semántico, debido a la naturaleza compleja y polimorfa de esta entidad patológica (Cuevas y Teva, 2006; Tomàs, et al.).

En la década de 1960, surge la postura teórica que sostenía que la depresión infantil se mostraba “enmascarada” por otros síntomas conductuales, tales como la irritabilidad o la indisciplina escolar, manifestaciones que tenían poco que ver con los síntomas comunes atribuidos a la depresión (Kaslow et al., 1999; Rodríguez, 2000).

La depresión infantil es admitida por primera vez como desorden mental en el IV Congreso Europeo de Paidopsiquiatría, celebrado en 1971, lo cual da inicio a la progresiva aceptación de esta entidad. Entre 1978 y 1980 surge la polémica entre Lefkowitz & Burton y Costello. Por un lado, Lefkowitz & Burton (1978), referían que el concepto de la depresión infantil es inconsistente e insustancial puesto que, de acuerdo a su revisión de literatura clínica, los síntomas que se consideran propios de esta patología son transitorios y remiten espontáneamente; asimismo, aparecen con elevada frecuencia en los niños, por ello lo consideraban un síntoma normal del crecimiento y no psicopatológico. Por otro lado, Costello (1980) refuta esta postura, esclareciendo la distinción entre síntoma y síndrome; siendo la depresión un síndrome, dado que no es transitorio ni remite espontáneamente, como sí podría suceder si se tratara de algunos síntomas.

Finalmente, en 1980, con la publicación del DSM III de la APA, se logra un consenso de las distintas posiciones teóricas respecto a la existencia de la depresión infantil, siendo formalmente reconocida (Kaslow et al., 1999). Gracias a este consenso de los criterios, se pudo crear y refinar instrumentos diagnósticos con el fin de investigar más adecuadamente esta entidad, lo cual trajo, a su vez, mejoras en su definición y progresos en su comprensión (Waslick, Kandel y Kakourous, 2003). Así, se puede ver que el interés que ha suscitado la depresión infantil ha aumentado en forma muy clara en las dos últimas décadas (Kaslow et al.; Wicks-Nelson e Israel, 1997), pasando a constituirse en uno de los temas de mayor interés de la psiquiatría y la psicología infantil, lo cual está probado por el creciente aumento de la bibliografía presente sobre este tema en los últimos años, como lo demuestra una reciente investigación bibliométrica hecha por Diez (2003) en España.

Como veíamos líneas arriba, gran parte de las dificultades para la aceptación conjunta de la existencia de la depresión infantil estaba dada por la confusión semántica, es decir, por la falta de acuerdo en su conceptualización. Por ello, Cuevas y Teva (2006); Wicks-Nelson e Israel (1997) siguiendo el planteamiento de Costello (1980) encuentran como paso importante para precisar la definición de la depresión infantil, diferenciar entre lo que es la depresión como síntoma, como síndrome y como trastorno.

La *depresión-síntoma*, se entiende como un estado de ánimo disfórico (identificada por el sujeto como sentirse desgraciado, triste, melancólico, pesimista, etc.), que se experimenta en cualquier momento del ciclo vital, como consecuencia de vivencias que pueden resultar negativas o dolorosas para la persona; dicho estado tiene una naturaleza temporal (Cuevas y Teva, 2006). Wicks-Nelson e Israel (1997) refieren

además, que éste es el sentido más coloquial del término *depresión* y que no implica enfermedad.

La depresión-síndrome, se refiere a un conjunto de síntomas concomitantes con el estado dísfórico, asociados a problemas somáticos (trastornos vegetativos), conductuales (cambios psicomotores), cognitivos y motivacionales (Cuevas y Teva 2006; Wicks-Nelson e Israel, 1997). Cuevas y Teva precisan que si el síndrome es producto de antecedentes previos de tipo psicológico, psiquiátrico, médico o ambiental, éste pasaría a ser un problema secundario.

La depresión-trastorno, tiene connotaciones más amplias que lo que representa la depresión como síndrome; pues, además, se presenta de forma persistente y repercute de manera negativa en diversas áreas de la vida del niño o del adolescente; adicionalmente se reconocen ciertos elementos que han predispuesto y que mantienen la presencia del trastorno; como son, la historia familiar, el contexto, los aspectos biológicos, cognitivos, etc. (Cuevas y Teva, 2006; Wicks-Nelson e Israel, 1997).

Así, lo que se entiende por depresión infantil es lo que corresponde al trastorno. En la actualidad, nadie duda de la existencia de este trastorno; sin embargo, existen divergencias en los investigadores frente a la pregunta de si los niños o los adolescentes pueden experimentar la gran variedad de aspectos afectivos, somáticos, cognitivos y conductuales que experimentan los adultos con depresión mayor (Wicks-Nelson e Israel, 1997). Algunos autores consideran que los síntomas de los niños y adolescentes pueden ser equiparables a los del adulto, mientras que otros piensan que es necesaria una evaluación de los síntomas considerando los diferentes niveles del desarrollo.

Descripción clínica de la depresión infantil

Podemos hacer una descripción clínica de la depresión infantil en función de las dos posturas planteadas anteriormente.

En la línea teórica que considera que la depresión infantil presenta características equiparables con la depresión en adultos, se encuentran las clasificaciones internacionales de trastornos mentales como el DSM-IV y el CIE-10. En la misma línea, otros autores como Waslick et al. (2003) refieren que los síntomas de la depresión infantil son muy similares a lo largo del espectro evolutivo y que sólo una pequeña minoría de niños y adolescentes presentan diferencias por lo que no proponen un enfoque evolutivo.

La clasificación propuesta en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002) considera para niños y adultos los mismos criterios diagnósticos (Ver Tabla 1), salvo dos características que lo diferencian: (a) la aceptación de que, en niños y adolescentes, la irritabilidad puede reemplazar el estado de ánimo depresivo; y (b) que los niños o adolescentes no solo subirán o bajarán de peso; sino que, al estar en proceso de crecimiento, se considera que la inapetencia y la falta de un peso adecuado para su edad es un indicador importante a tomar en cuenta.

Los autores del CIE-10 (Organización Mundial de la salud [OMS], 2007) no reconocen ningún criterio específico en función de la edad. Sin embargo, los criterios diagnósticos del CIE-10 se diferencia del DSM-IV-TR, pues consideran que la pérdida de la autoestima es un síntoma separado del criterio de sentimiento inapropiado de inutilidad y culpa excesivas e inapropiadas; así como también, se diferencian en el número de síntomas utilizados para los criterios diagnósticos, por lo menos seis aparte de los síntomas generales.

Tabla 1: *Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor*
(APA, 2002)

- A. Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) ó (2).
- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 - (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día casi cada día.
 - (3) Pérdida importante del peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento de apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperados.
 - (4) Insomnio e hipersomnia casi cada día.
 - (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
 - (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

- (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día.
- (9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

La segunda línea teórica, considera que la depresión infantil debe conceptualizarse a partir de un criterio evolutivo. Postula que es necesario una evaluación de los síntomas a través de los niveles del desarrollo, planteando que a pesar de que la depresión infantil posee similitud con la depresión adulta, tiene características que la diferencian, las cuales están originadas básicamente en la naturaleza evolutiva del niño y del adolescente. Al respecto, Del Barrio (2005) y Kowatch, Emslie y Kennard (1996), refieren que esta influencia se manifiesta en los desencadenantes, en la forma en que se expresan los síntomas, en el curso y en el pronóstico del trastorno.

Los autores pertenecientes a esta línea teórica, critican el hecho de que las clasificaciones internacionales no toman en cuenta, con la especificidad necesaria, las características propias de la niñez y la adolescencia. Kowatch et al. (1996), refieren que las clasificaciones propuestas específicamente para los niños y adolescentes limitan y describen más adecuadamente, para este grupo etáreo, las características de esta patología.

Entre las clasificaciones de carácter exclusivo para la infancia encontramos: la de Weinberg et al. (1973) (Tabla 2), que es la más citada; la de Spizer, Endicott y Robins (1978) y la de Poznanski (1982) (citados en Cuevas y Teva, 2006), entre otros.

Tabla 2: *Criterios diagnósticos de Weinberg et al.*
(1973, citados en Del Barrio, 2005)

- A. Disforia o ideas de autoimpresión (atribución a uno mismo de cualidades o rasgos negativos).
- B. Al menos dos de los siguientes síntomas:
 - 1. Agresión.
 - 2. Problemas de sueño.
 - 3. Descenso en el rendimiento escolar.
 - 4. Socialización disminuida.
 - 5. Cambio de actitud hacia la escuela.
 - 6. Quejas somáticas.
 - 7. Falta de energía.
 - 8. Cambios en el apetito.
 - 9. Cambios de peso.
- C. Estos síntomas representarían un cambio en la conducta habitual del niño.
- D. Los síntomas durarán al menos un mes.

Del Barrio (2005) hace una síntesis de lo que varios autores refieren como síntomas habituales de la depresión infantil y los clasifica en seis categorías:

Emocionales: En los cuales se encuentran los sentimientos de tristeza, pérdida del disfrute, falta de sentido de humor, cambios bruscos de humor, irritabilidad; así como la ausencia de interés y llanto excesivo.

Motores: Se hace referencia por un lado a la hipoactividad, letargo, enlentecimiento motor, inmovilidad, torpeza, estupor y atonía; y, por el contrario, también encontramos la hiperactividad e inquietud.

Cognitivos: La autora cita la falta de concentración, pérdida de memoria y descenso en el rendimiento académico; así como, pesimismo, desesperanza, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima e ideas de suicidio.

Sociales: Entre ellos encontramos el aislamiento, retraimiento, evitación e incompetencia social.

Conductuales: En esta categoría encontramos síntomas referidos exclusivamente a la depresión infantil, en comparación a la adulta, entre los cuales se cita: protestas, riñas, desobediencia, rabietas, indisciplina escolar, delincuencia, drogas y piromanía.

Psicosomáticos: Entre estos síntomas destacan la enuresis, fatiga, pérdida de peso, dolores múltiples, pesadillas, cambios en el sueño y el apetito; así como la baja de las defensas inmunológicas, dermatitis y alergias.

Los síntomas que se presentan de manera frecuente en función de la edad, según los autores revisados, se describen a continuación:

Desde bebés hasta la edad preescolar (0-2 años). En este periodo de edad, la depresión está relacionada a la *depresión anaclítica* producida en niños institucionalizados que no reciben estímulos emocionales adecuados y que se caracterizan por llanto constante, inexpresividad, disminución del peso, vulnerabilidad a las infecciones, retardo en el desarrollo psicológico (Spitz, 1958/1973). En esta etapa, además, son evidentes los síntomas de tipo motor como la inexpresión facial y los movimientos corporales que indican retraimiento y rechazo (Del Barrio, 2005).

Preescolares (2-5 años). Los síntomas afectan el área social: no participa en actividades propias de su edad (puede negarse ir al colegio y participar en juegos con sus pares); puede manifestar ciertas conductas desadaptativas: irritación y agresión (hacia si mismo, objetos y personas); además de problemas físicos: enuresis, encopresis, dificultades alimenticias, insomnio, dolores y molestias (Cuevas y Teva, 2006; Del Barrio, 2005; Tomàs et al., 1996).

Escolares (6-12 años). Los síntomas se empiezan a mostrar sobre todo en la escuela y en su relación con los pares, que son las actividades que caracterizan esta edad. En este período, se puede observar rechazo a las actividades escolares, irritación (peleas y discusiones constantes con sus pares), ansiedad, dificultades en el aprendizaje, entre otros. Relacionado con su desarrollo cognitivo, se empiezan a presentar los primeros pensamientos negativos, se muestra autocrítico e inseguro de sus capacidades, con poca motivación y con temores nocturnos. Se puede evidenciar, desde este período, problemas de conducta estrechamente relacionados con la depresión infantil, como la crisis de llanto, gritos, peleas, conductas autodestructivas, etc.; también se sigue manifestando problemas de encopresis, enuresis y onicofagia (Cuevas y Teva, 2006; Del Barrio, 2005; Tomàs et al., 1996).

Adolescentes (12-18 años). En este período los episodios depresivos se muestran con mayor frecuencia y más intensamente; asimismo, los aspectos cognitivos y afectivos se tornan más importantes, mientras que los aspectos motores de las edades anteriores disminuyen (Cuevas y Teva, 2006; Weiss et al., 1992 citados en Del Barrio 2005). Relacionados con estos cambios, encontramos que se hacen evidentes: el disgusto con la imagen corporal y con el desempeño, sentimientos de inferioridad, pesimismo, ideación suicida, el comportamiento aislado, agresivo

(desafiante y opositorista); así como los problemas de anorexia, bulimia e hipersomnia (Cuevas y Teva; Del Barrio; Tomàs et al., 1996).

En conclusión, según refiere Rodríguez (2000), al ser la depresión infantil una entidad de naturaleza compleja por ser polimorfa, florida y frecuentemente comórbida con otras patologías, debe ser abordada de manera multiaxial; es decir, tomando en cuenta los múltiples factores que la configuran para tener una buena comprensión clínica del problema. Estas características hacen que sea común, según el mismo autor, que la depresión infantil no encaje fácilmente con las Clasificaciones Internacionales (DSM-IV y CIE-X). Sin embargo, no descarta su utilidad por los fines administrativos y su uso en la salud pública.

Tipos de depresión

La forma en que se pueden clasificar la depresión es muy variada, debido sobre todo a su complejidad. Tomaremos como base la clasificación hecha por Del Barrio (2005), dado que es la que abarca de manera más amplia y actual las depresiones infantiles. Esta autora las clasifica de acuerdo a su curso, su severidad, su causalidad, su modo y frecuencia, su carácter evolutivo, su sintomatología y su duración.

Por el curso, se pueden clasificar en depresión unipolar, que solo manifiesta un episodio depresivo y su pronóstico es bueno; y en depresión bipolar, donde se alternan los episodios depresivos con los maníacos y tiene mal pronóstico (Cuevas y Teva, 2006; Del Barrio, 2005).

Por la severidad, se pueden encontrar los tipos de depresión considerados en el DSM-IV-TR (APA, 2002). La depresión mayor, la cual cumple con los criterios mencionados en la Tabla 1, presentándose con numerosos e intensos síntomas; y la distimia, que presenta sintomatología menos severa y numerosa, pero persistente por varios años.

Por las causas que las generan, pueden ser: exógena, la cual se debe etiológicamente a causas externas (eventos psicosociales negativos) que están relacionadas directamente con su aparición; y endógenas, que se generan de manera inexplicable y tienen una etiología interna, por ejemplo un déficit tiroideo (Cuevas y Teva, 2006; Del Barrio, 2005).

Por su modo y su frecuencia, encontramos las depresiones agudas, las que solo presentan un único episodio y que se asocia a algún acontecimiento negativo que ha impactado a la persona; y las depresiones crónicas, que presentan varios episodios

recurrentes sin la presencia de factores de riesgo que la desencadenen (Del Barrio, 2005).

Por su carácter evolutivo, ya ha sido descrita anteriormente. Son, la depresión sensoriomotriz, pre-escolar, escolar, y adolescente.

Por su sintomatología, podemos encontrar la depresión pura, que es similar a las depresiones descrita en el DSM-IV-TR, más asociada con las depresiones adultas; y la depresión enmascarada o mixta, que es la depresión que muchas veces se oculta, se confunde o se entremezcla con problemas distintos, algunos autores la consideran más característicos de las depresiones infantiles (Del Barrio, 2005).

Por su duración, podrían clasificarse en transitorias y duraderas, Nolen-Hoeksema, et al., (1992, citados en Del Barrio, 2005) señalan que, según sus estudios longitudinales, las depresiones infantiles no suelen ser transitorias (como se había dicho en un inicio para negar la existencia de la depresión infantil) pues se observa que existe una alta presencia de sintomatología depresiva a lo largo del tiempo, además de existir elevado índice de recurrencia.

Epidemiología

En estudios realizados en el Perú, en el año 2003, se ha encontrado que, en la población general, la depresión y los trastornos de ansiedad son los problemas más frecuentes de salud mental (Saavedra, s. f.). En la sierra, estudios realizados en las zona urbanas de los departamentos de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, han encontrado que el trastorno depresivo es el más prevalente en la población adulta y adolescente con 16.2% y 5.7% respectivamente. Los adolescentes presentan una mayor tasa de indicadores suicidas, en ellos se observa que un 29,6% alguna vez en su vida ha presentado deseo suicida (Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" [IESM "HD-HN"], 2003).

En un estudio realizado por Salazar (2004) en Huancayo con 240 escolares entre 12 y 16 años, se encontró una prevalencia de depresión mayor de 12.08%, utilizándose para el diagnóstico la entrevista Clínica Estructurada para el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, y una prevalencia de síntomas de 34.5% con el Inventario de Depresión Infantil (CDI). También se encontró una mayor prevalencia en las mujeres y en el rango de edad entre 15 a 16 años.

Más específicamente, en un estudio epidemiológico realizado en Cajamarca en el 2003, con una muestra de 463 adolescentes varones y mujeres, se encuentra que el trastorno clínico más frecuente es el episodio depresivo, con una tasa de 4.4 %; por otro lado, en relación a la prevalencia de estados de ánimo, entre el 8.2 y el 19.0% de

los adolescentes manifiestan un predominio de sentimientos disfóricos relacionados con la depresión (sentimientos de pena, tristeza, tensión, angustia, irritabilidad, aburrimiento y preocupación). Respecto a la ideación suicida, en este estudio el 26.2% ha presentado deseos suicidas alguna vez en su vida, el 13.9 % en el último año y 5.8% en el último mes. Adicionalmente, el 2.2 % ha intentado suicidarse alguna vez en su vida, mientras que el 1.8% lo ha intentado en el último año, presentándose cifras más elevadas en el grupo de edades entre 15 y 17 años.

A partir de estos datos se deduce que la depresión mayor es el trastorno clínico más frecuente, dado que uno de cada 20 adolescentes reuniría los criterios clínicos para ser diagnosticado (IESM "HD-HN", 2005). En los estudios realizados últimamente a nivel nacional no se incluyó a la población infantil; por lo que no contamos con datos precisos acerca de las condiciones de salud mental en los niños.

Aproximación cognitiva a la depresión infantil

Los distintos modelos que explican la depresión en adultos extendieron su uso para explicar la depresión infantil luego de su reconocimiento como entidad patológica, por esta razón no hay un modelo teórico que se haya elaborado específicamente para los niños.

Entre los diversos modelos teóricos que se han elaborado solo revisaremos el modelo teórico propuesto por Beck sobre la base del cual se desarrolló el Inventario de Depresión infantil de Kovacs.

Al interior de las teorías cognitivas, el modelo teórico de Beck se encuentra dentro de las denominadas del procesamiento de la información (Sanz y Vázquez, 1995), las cuales plantean la metáfora de que el hombre es un sistema que procesa información, en un medio que cambia continuamente y que por lo tanto le demanda capacidades adaptativas. Según los mismos autores, las teorías del procesamiento de la información plantean que el hombre es un constructor activo de la realidad ya que selecciona, codifica, almacena y recupera la información presente en el medio. De esta manera, la información sobre sí mismo y el mundo pueden experimentar transformaciones en el plano cognitivo que afectan a las respuestas emocionales y conductuales del individuo. En ese sentido, algunos procesos cognitivos tienen un papel principal en el inicio, curso y remisión de la depresión.

El **modelo teórico de Beck**, llamado por sus autores Modelo Cognitivo de la Depresión, fue propuesto por Beck (1967, 1976, citado en Beck, Rush, Emery y Shaw, 1983) y Beck, Rush, Emery y Shaw (1979, citados en Beck et al.). Este modelo teórico explica la depresión en adultos y propone tres elementos que la explican: la triada

cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. En niños y adolescentes deprimidos, los estudios realizados sobre las distorsiones cognitivas han encontrado algunas similitudes con los adultos, lo que apoya la hipótesis de la distorsión cognitiva en la depresión infantil (Kaslow et al., 1994 citados en Figueras, 2006). En la misma línea también se ha estudiado la visión del yo que tienen estos niños y adolescentes y se ha encontrado que presentan una autoestima más baja que aquellos que no están deprimidos (Kaslow et al., citados en Figueras).

– **La triada cognitiva** consiste en tres patrones cognitivos, los cuales están referidos a una visión negativa acerca de sí mismo, sus expectativas y su futuro de un modo particular. Según Beck et al. (1983), los signos y síntomas de la depresión pueden explicarse como una consecuencia de estos patrones cognitivos. Con respecto a la visión negativa de sí mismo el individuo tiende a subestimarse y criticarse sobre la base de sus defectos, viéndose desgraciado, torpe, enfermo, y considera que no logrará alegría ni felicidad (Beck et al.). En referencia a la interpretación que hace de sus experiencias, el sujeto interpreta que se le presentan demandas exageradas y obstáculos insuperables que le impiden alcanzar sus objetivos (Beck et al.). La visión negativa del futuro es el tercer componente de esta triada y está referida a la anticipación de dificultades, sufrimientos y fracasos que continuarán de modo indefinido (Beck et al.).

– **Los esquemas** son patrones cognitivos estables que constituyen la base para que las personas interpreten de manera regular determinado conjunto de situaciones similares. Los esquemas pueden permanecer inactivos por mucho tiempo y son activados por *inputs* ambientales (Beck et al., 1983). Según los mismos autores, también son la base para transformar los datos de la realidad en cogniciones pues sobre ellos se localiza, diferencia y codifica el estímulo con que se enfrenta el individuo. Los tipos de esquemas empleados determinarán el modo en que el individuo estructurará sus distintas experiencias.

Según refieren Beck et al. (1983), en los estados psicopatológicos los pacientes suelen distorsionar sus conceptualizaciones de tal modo que ajustan la realidad a fuertes esquemas inadecuados. Estos esquemas se van haciendo más activos y son evocados por un número cada vez mayor de estímulos, los cuales producen que el paciente pierda gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y se torne incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados (Beck et al.). Según estos autores, en la depresión más leve el paciente conserva la capacidad de contemplar sus pensamientos negativos con cierta objetividad; a medida que la depresión se agrava su pensamiento puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos que le predisponen a una constante

distorsión de las situaciones, produciendo pensamientos negativos, repetitivos y perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos o emprender actividades mentales voluntarias.

– El estilo depresivo de pensamiento presenta una serie de **errores cognitivos** sistemáticos que hacen dar validez a sus concepciones a pesar de que pueda existir evidencia contraria (Beck, 1967 citado en Beck et al., 1983). Entre los errores cognitivos que citan Beck et al. se encuentran:

La **inferencia arbitraria** de una conclusión en ausencia de evidencia o de manera contraria a ella.

La **abstracción selectiva** es un error cognitivo relativo al estímulo que consiste en la selección de un elemento poco relevante de una situación para interpretar con ello la totalidad de la experiencia.

La **generalización excesiva** está referida a la elaboración de conclusiones o reglas a partir de hechos aislados para ser aplicados a otras situaciones que pueden estar relacionadas o no, con dichas situaciones.

La **maximización o minimización**, son errores que se presentan cuando la persona evalúa la magnitud o significación de un acontecimiento, incrementando o disminuyendo su significación.

La **personalización**, consiste en la atribución que se hace la persona a sí misma de fenómenos externos, sin una base firme u objetiva para hacer tal conexión.

El pensamiento **absolutista y dicotómico**, es un error relativo a la clasificación de las experiencias en función a una o dos categorías opuestas, como por ejemplo: bueno o malo, santo o pecador, etc. El paciente suele tomar los extremos negativos para describirse a sí mismo.

Beck et al. (1983) señalan que el depresivo tiende a organizar la realidad sobre la base de un tipo de pensamiento inmaduro o *primitivo*. Este pensamiento posee características como el de ser extremo, negativo, absolutista, invariable, etc., a diferencia del pensamiento maduro que suele ser relativo, multidimensional, variable, etc. Las características que posee el pensamiento inmaduro puede originar respuestas emocionales que tienden a ser negativas y extremas.

Por último, este modelo señala que los eventos negativos producidos en edades tempranas forman un estilo de pensamiento con esquemas cognitivos inadecuados acerca de uno mismo, el mundo y el futuro. Estos esquemas se mantienen latentes en la persona y se activan cuando surge algún acontecimiento análogo a la experiencia que les dio origen.

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN INFANTIL

A continuación se presentan los factores que predisponen a los niños y adolescentes a padecer de algún trastorno depresivo. Estos se pueden clasificar, según su origen, en endógenos y exógenos.

Los factores endógenos o personales se refieren a la vulnerabilidad presente de forma a priori en los sujetos que desarrollarán una depresión y que de alguna manera predisponen sus conductas (Del Barrio, 2005). Dentro de éstos tenemos los aspectos biológicos y psicológicos.

Aspectos biológicos. Entre estos podemos mencionar los factores genéticos, el género, las hormonas, los neurotransmisores, la anatomía del cerebro y el sueño.

Dentro de los factores genéticos, Bhatia & Bathia (2007), refieren que la depresión de los padres y la historia familiar de depresión es uno de los principales factores de riesgo. Estudios recientes, como el de Weissman, et al. (2005) confirman esta relación, encontrando altos índices de psicopatología entre nietos e hijos de personas con trastorno depresivo mayor.

De otro lado, el estudio de Silberg & Bulik (2005), realizado con mujeres gemelas entre 8 y 17 años de edad, concluye que existe fuerte influencia de factores genéticos comunes sobre la aparición de los síntomas del trastorno depresivo y de otros trastornos. Otros estudios hechos con gemelos monocigóticos muestran tasas de concordancia mayores que en los dicigóticos y los hermanos no gemelos (Eaves et al., 1997, citados en Waslick et al. 2003). Estos resultados vincula el componente genético con la depresión infantil; sin embargo, según Waslick et al., los estudios aún no son concluyentes.

Entre los factores relacionados a los neurotransmisores, existen hallazgos en estudios que relacionan la alteración de la función serotoninérgica con la depresión infantil, como la investigación realizada por Ghaziuddin et al. (2000) quienes encuentran una alteración de la serotonina, elevado nivel de prolactina y cortisol en los adolescentes con depresión mayor, en comparación con el grupo control.

En función de los factores relacionados con la anatomía del cerebro, algunos estudios relacionan un volumen más pequeño del lóbulo frontal y ciertas alteraciones con la función monoaminérgica en regiones determinadas del cerebro de los adolescentes con depresión en comparación de los sanos (Steingard et al., 1996, 2000 citados en Waslick et al. 2003). Rosso et al. (2005) encuentran en una muestra de niños y adolescentes en los estadíos iniciales del curso de la depresión, una reducción de la amígdala derecha e izquierda comparada con personas saludables.

Respecto a los factores relacionados con el sueño, Dahl (1998, citado por Waslick et al. 2003) refiere que la insuficiencia del sueño puede conducir tanto a alteraciones del estado de ánimo y del rendimiento ejecutivo. En la misma línea, Emslie et al., (2001, citados en Waslick et al.) refieren que la alteración del sueño está relacionada con la recurrencia de la depresión después de la recuperación. Otros estudios encuentran asociaciones con ciertas alteraciones del ritmo de la fisiología del sueño y la depresión; por ejemplo, Liu, et al. (2007) encuentran relación significativa entre los disturbios del sueño (insomnio e hipersonmnia) y la severidad de los síntomas depresivos presentes en los niños y adolescentes deprimidos.

Con respecto a los factores de género, encontramos que numerosas investigaciones hacen referencia a que el sexo femenino es un factor de riesgo para la presencia de la depresión en adolescentes, (Papadakis, Prince, Jones & Strauman 2006). En población latinoamericana, Gomez-Maquet (2007) encuentra en una muestra de 1096 adolescentes entre 12 y 16 años procedentes de Colombia que las adolescentes presentan un mayor nivel de sintomatología depresiva que los adolescentes varones. Bailey, Zauszniewski, Heinzer & Hermstrom-Krainess (2007), refieren que hay muchas investigaciones que confirman que las adolescentes reportan entre tres y cuatro veces más síntomas que los adolescentes varones; estos autores investigan la relación del género, con la sintomatología depresiva, utilizando el Inventario de Depresión Infantil (CDI) con una muestra de 122 púberes entre 10 y 12 años procedentes de Estados Unidos, concluyendo que a pesar de que existen similitudes en el resultado total de la puntuación de la escala depresiva, hay distinciones de género en cuanto a la expresión de los síntomas depresivos, por ejemplo en la escala de ineficacia (referida a las dificultades escolares) los niños presentan una tendencia superior por encima del promedio de las niñas; sin embargo, también se observa que las niñas presentan una mayor puntuación en las escalas de anhedonia y autoestima negativa.

Angold et al. (1999, citados en Waslick et al. 2003) refieren que la mayor incidencia de trastornos depresivos en las mujeres, iniciada la pubertad, puede ser un indicador de que las hormonas sexuales están asociadas a los cuadros depresivos. Sin embargo, hay otros autores que contradicen esta posición dada la gran variedad de características psicosociales que también divergen en esta edad en los púberes de ambos sexos (Waslick et al.). Existen estudios hechos con otros factores neuroendocrinos, como el cortisol, la hormona tiroidea y la hormona melatonina (Waslick et al.; Del Barrio, 2005), como por ejemplo la investigación de Dahl et al. (2000) quienes encuentran una baja respuesta a la hormona liberadora de la hormona del crecimiento en la población de niños deprimidos. Tennes y Carter, (1973, citado en

Del Barrio) señalan que las investigaciones presentan aún resultados contradictorios y critican la falta de especificidad de éstas, pues los mismos resultados pueden ser encontrados en otros trastornos, por lo que aún se tiene que seguir investigando.

Aspectos psicológicos. Dentro de estos, encontramos los factores psicológicos relacionados con el temperamento, la personalidad, los aspectos cognitivos y otros trastornos psicológicos.

Entre los factores relacionados con el temperamento y la personalidad (tomando en cuenta que aún está en discusión la existencia de personalidad en niños y adolescentes); Goodyer, Ashby, Altham & Vize (1993), encuentran que en una población de 193 adolescentes ingleses entre 11 y 16 años, existe relación entre la depresión y el temperamento llamado emocionalidad negativa, especialmente en mujeres.

En la población infantil, se ha encontrado correlación con introversión e inestabilidad emocional (Fisher, 1993 citado en Del Barrio), también se ha encontrado relación con Neuroticismo (John et al., 1994 citados en Del Barrio 2005). Sin embargo, Waslick et al. (2003) afirma que no existen pruebas concluyentes que demuestren que las características temperamentales estén asociadas con el desarrollo de la depresión en niños.

Existen factores cognitivos que aparecen relacionados con la depresión infantil. En la investigación se ha relacionado aspectos tales como los estilos atribucionales negativos, la visión pesimista (de sí mismo, del mundo o del futuro), la baja autoeficacia y el locus de control con la depresión infantil (Del Barrio, 2005; Waslick et al., 2003). En población latinoamericana, Rosselló y Berríos (2004) encuentran una relación significativa entre la depresión, la ideación suicida y la baja autoestima; Gomez-Maquet (2007) encuentra que existe relación entre la sintomatología depresiva, el predominio de afectos negativos sobre los positivos y los pensamientos automáticos negativos tales como los pensamientos con alto contenido catastrófico, absolutista, no acertado, autoderrotista e irrealista.

Del Barrio (2005) refiere la existencia de correlaciones importantes de la depresión infantil con otro tipo de trastornos psicológicos, siendo el más habitual la ansiedad. Kashani et al. (1987, citados en Del Barrio) refiere que la depresión infantil está relacionada con un 75% de casos de ansiedad, 50 % de trastornos de oposición, 33 % de trastornos de conducta, 25% de consumo de alcohol y 25% de consumo de drogas.

Los factores exógenos o ambientales son los diferentes sistemas en los que está inmerso el sujeto y que explican su conducta tanto adaptada como desadaptada en

función a los acontecimientos que sucedan en estos sistemas y a la influencia que puedan tener (Del Barrio, 2005), estos son la escuela, la familia y los acontecimientos vitales.

Acontecimientos vitales. Tanto los acontecimientos aislados y graves, así como la acumulación de pequeñas contrariedades puede estar relacionado con la aparición de la depresión, tanto en adultos como en niños, y su repercusión estará relacionada con el soporte social presente y el tipo de personalidad que posea el niño.

El carácter evolutivo tiene un papel importante en la influencia que tienen los diferentes acontecimientos; así, los niños de 0 a 6 años, se verán afectados por los acontecimientos ocurridos en el núcleo familiar (pérdida de los padres o de algún familiar muy cercano, maltrato, etc.); los niños entre 7 y 12 años, también son sensibles a los acontecimientos relacionados con la escuela (rendimiento, interacción y competencia con los compañeros, pertenencia al grupo, etc.); y los adolescentes se mostrarán más vulnerables ante las transformaciones de su cuerpo y persona, las relaciones de pareja, el rol social, etc. (Del Barrio, 2005).

Según Monroe et al. (1999, citados en Waslick et al. 2003) las pérdidas como la muerte de un ser querido o el rompimiento de una relación de pareja están asociados al inicio de depresión mayor; así también, la muerte por suicidio de un familiar o amigo cercano puede aumentar la ideación suicida, 6 meses después de ocurrido (Cerel et al., 1999 citados en Waslick et al.). En población latinoamericana Rosselló y Berríos (2004) encuentran que los adolescentes que reportaron niveles altos de ideación suicida, también reportaron altos niveles de depresión, bajos niveles de autoestima y la presencia de más eventos negativos de vida.

Otro factor que está muy relacionado con la depresión, es el abuso físico y sexual en la infancia, el cual también puede producir diversos tipos de alteraciones (Del Barrio, 2005; Waslick et al., 2003), dado que el abuso es fuente de estilos de atribución negativa e induce a un estado de *desesperanza aprendida* (Waslick et al.).

Familia. El clima familiar es otro de los factores que influye en la presencia de la depresión infantil. Las relaciones negativas entre padres e hijos, en algunos casos, tienden a hacerse más frecuentes en la medida en que los hijos crecen, y, especialmente en la adolescencia, están relacionadas con los desencadenantes y el curso de la depresión infantil (Del Barrio, 2005).

Entre las causas de las relaciones negativas entre padres e hijos encontramos la falta de control que tienen algunos padres sobre sus sentimientos negativos, los cuales a veces son dirigidos hacia sus hijos provocando peleas y riñas (Poznanski y Zrull, 1970 citados en Del Barrio, 2005); las actitudes coercitivas que pueden limitar la autonomía de los hijos, provocando sentimientos de ineficacia (Bandura et al., 1996

citados en Del Barrio); la falta de atención de los padres hacia sus hijos (Bifulco et al. 1987), que suele provocar sentimientos de soledad y abandono; las excesivas expectativas que pueden tener los padres hacia sus hijos, lo cual puede originar que ellos se comparen, menoscabando su autoestima (Stark, 1990 citado en Del Barrio); y, por último, otro factor de riesgo en este contexto es la inestabilidad emocional de los padres, siendo el problema de la depresión parental uno de los factores de riesgo más potente en la aparición de este trastorno en los niños; además del divorcio y la mala relación entre los cónyuges (Del Barrio).

Escuela. La escuela es un ámbito de gran importancia, en el cual el niño pasará gran parte de su tiempo, y donde la competencia intelectual y social pueden ser factores que predispongan a los niños y adolescentes a la depresión (Del Barrio, 2005). Entre los factores presentes en la escuela, encontramos el rendimiento académico y el círculo de amistades.

Existen varias teorías respecto a la secuencia existente entre rendimiento académico y la depresión infantil; algunos afirman que la depresión infantil puede ser generada por el bajo rendimiento académico; mientras que otros refieren que la depresión genera el bajo rendimiento (Del Barrio, 2005). Bandura, Pastorelli, Barbaranelli & Caprara (1999) le dan mayor peso en la aparición de la depresión a las creencias de los niños con respecto a sus dificultades para manejar las demandas académicas y sus relaciones interpersonales, destacando que a corto plazo los niños se deprimieron por su creencia en su ineficacia académica más que por su actual desempeño.

Los niños o adolescentes con depresión, frecuentemente presentan dificultades con la interacción y con la solución de problemas sociales, lo cual puede originar mayor rechazo y una percepción de poca competencia por su entorno (Waslick et al. 2003). Gaspar de Matos, Barrett, Dadds & Short (2003), encuentran una correlación moderada entre las relaciones negativas con los pares, ansiedad y depresión. Los autores observan que los niños que presentan comorbilidad de depresión y ansiedad presentan peores relaciones con sus pares; asimismo, los que presentan elevados índices de sintomatología depresiva independiente, presentan peores relaciones con sus pares que los que presentan elevados síntomas depresivos.

Contexto cultural: La depresión en la zona andina. Kleinman (1986), Kleinman y Good (1986) y Marsella (1987) (citados en Villaseñor, Rojas, Albarrán, y Gonzáles, 2006) refieren que la forma en que se manifiesta la depresión y el grado en que lo hace varían considerablemente entre las culturas, manifestándose en algunas más como un estado físico que psicológico, en otras sin la presencia de sentimientos de culpa, con diversos tipos de causas que van desde las físicas hasta las

sobrenaturales, etc. Dado que nos encontramos en un país pluricultural, debemos tener en cuenta el grado en el que la cultura influye en los distintos grupos sociales que se estudiarán. En ese sentido, la cultura andina posee un modelo específico de entender, evaluar o estimular las conductas apropiadas y esperadas durante el desarrollo y crecimiento del niño, que aseguren el desarrollo intelectual, emotivo, social y moral de los mismos (Jara, 2000).

El contexto social y cultural donde se desarrollan los niños puede presentar factores de riesgo que los predispongan a desarrollar cierto tipo de patologías, como la depresión. Silva (2000) refiere que la socialización de los niños en el contexto de la familia y la cultura andina tiene patrones y aspectos particulares, pero, al mismo tiempo, comparte con las sociedades occidentales, con las que convive, una serie de características que la configuran. Por esta razón, es necesario hacer una revisión de las características de ambas culturas para tener una perspectiva integral de los factores que influyen en los niños y adolescentes de esta zona.

En primer lugar, Feldman (2002), refiriéndose a la sociedad occidental, distingue que el desarrollo de los niños y los adolescentes se ha visto afectado por los drásticos cambios sociales que han venido ocurriendo en las últimas décadas como el aumento de la violencia en los distintos estratos de la sociedad, producto de los nuevos factores económicos y políticos (Villamil y Manero, 2004); las nuevas características de la sociedad postmoderna donde se da la pérdida progresiva de los códigos, valores e ideales que antes habían normado la interacción social (Cao, 1997 citado en Perdomo, 2004); etc. Estos cambios, han repercutido en el funcionamiento y la configuración de la familia, produciendo un incremento de los hogares desestructurados, de las familias monoparentales y de los divorcios, entre otros (De Barbieri, 2007). Estas características de las familias se han convertido en factores de riesgo para la aparición de la depresión infantil. Así, el APA (2002) refiere que en los diversos estudios epidemiológicos hechos, la edad de inicio de los trastornos depresivos está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente.

Las sociedades andinas poseen determinadas características que podrían hacerles más propensas a ciertos factores de riesgo. Raffo (1991), encontró que la situación económica es un elemento que correlacionaba con el grado de depresión. Sabemos que en la sierra se encuentran las ciudades que ostentan los más altos niveles de pobreza. Jara (2000), refiere que la pobreza deteriora la calidad de vida del niño y frustra a los padres, quienes suelen transmitir esta frustración a sus hijos. Esta transmisión de frustraciones, reduce la confianza del niño en su medio y en sí mismo, lo que genera un pobre sentido de autoeficacia (Kotlirenko, Cáceres Fontecilla, 1997; Raffo, 1995; Tessier, 1994; Thorne, Moreno y López citados en Jara).

Otro de los aspectos importantes de la socialización es el tipo de interacción entre el niño y sus padres. Las relaciones que se establecen en el Ande, resultan ser en muchos casos parcas, distantes y poco expresivas (Ortiz, 1994), lo cual dificulta la comunicación fluida con los padres, impidiendo que el niño pueda expresar sus sentimientos e inquietudes propiciando estados disfóricos. Así también, el control y la disciplina son rígidos, mientras las recompensas son escasas (Anderson, 1994), por lo que se propicia la pasividad y la falta de iniciativa. Asimismo, como señala Lewinsohn (1974 citado en Cuevas y Teva), la escasez del refuerzo positivo y el elevado número de castigos pueden ser la causas de la aparición de la depresión en la infancia.

Por último, según Jara (2000), el rechazo a los rasgos culturales por parte de la sociedad occidental, puede llevar a identificarse con sentimientos de minusvalía, lo cual, no favorece el fortalecimiento de una buena autoestima ni el sustento de una identidad sólida e integrada.

De todo esto, podemos observar que las ciudades del Ande presentan varios aspectos que pueden aumentar la vulnerabilidad hacia la depresión en niños y adolescentes.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI) DE KOVACS

La evaluación tiene como objetivo principal comprender al niño con depresión para poder implementar estrategias de solución específicas al caso (Ollendick, 2000 citado en Cuevas y Teva, 2006). Para ello, es necesario tomar en cuenta los diversos aspectos que la diferencia de la evaluación con adultos. En ese sentido, se tienen que tener especial cuidado en las particularidades del cuadro psicopatológico y el aspecto evolutivo del niño y del adolescente (Harrison y Newcorn, 1996). También, se deben tomar en cuenta las cuestiones prácticas (que corresponden a la selección y la pertinencia de los instrumentos, la duración, etc.), la estandarización de los instrumentos utilizados (que posea valores normales adecuados al niño evaluado), la confiabilidad y la validez (que los instrumentos utilizados midan lo que pretenden y que proporcionen información clínicamente útil) (Sood y Nirbhay, 1996).

Entre las dificultades que podemos encontrar a la hora de la evaluación de la depresión infantil, tenemos, según Cuevas y Teva (2006):

- Algunos aspectos no pueden ser visualizados o entendidos por el niño, debido a su desarrollo cognitivo.
- Debido a las limitaciones que se tienen para evaluar a los niños, y muchas veces a los adolescentes, se pueden requerir varias fuentes de información

(padres, maestros, cuidadores) que muchas veces resultan contradictorias con la información dada por el paciente.

- Existencia de variabilidad en los criterios diagnósticos, por la relevancia que se puede poner en determinados factores, dadas las diferentes conceptualizaciones de la depresión infantil y su diversidad etiológica.

En el Perú, además, se presentan otros factores que podrían dificultar la evaluación y por consiguiente la investigación. Entre los más importantes encontramos la diversidad cultural, la falta de recursos invertidos por el estado en el campo de la salud mental y la centralización de las investigaciones en Lima; la cual centraliza también los instrumentos disponibles para un solo grupo humano. En ese sentido, la labor de actualizar, adaptar y crear instrumentos psicológicos que permitan este objetivo resulta ser de mucha importancia.

Los instrumentos que se utilizan en la evaluación de la depresión infantil se pueden clasificar en entrevistas estructuradas, autoinforme, informes de terceras personas, observación, autorregistro y registros psicobiológicos y biológicos. Para la presente investigación, solo revisaremos el Inventario de Depresión Infantil (CDI), que se clasifica dentro de los instrumentos de tipo autoinforme.

Este inventario, es el instrumento más utilizado y aceptado por los diversos expertos en el tema de la depresión infantil (Cuevas y Teva, 2006; Waslick et al. 2003). 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). Asimismo, ha demostrado ser válido y confiable en muchos de los ámbitos donde se han comprobado sus cualidades psicométricas (Doefler, et al., 1988 y Crowley et al., 1992, citados en Reátegui, 1994).

Historia de la prueba

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 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 de la depresión de Beck, Rush, Emery y

Shaw (1983) revisada anteriormente. 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 ésta versión experimental existen otras dos: la primera incluye 5 ítems más, referidos a las relaciones con los compañeros, al entorno y rendimiento escolar y la segunda 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 (Kovacs, 2004). Sobre la base de esta última se ha elaborado la adaptación española del CDI (2004), la cual será adaptada para la población de Cajamarca en el presente trabajo de investigación.

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 publicada oficialmente, del año 1983. El trabajo más extenso en nuestro país, fue realizado por Reátegui (1994). El objetivo principal de esta investigación fue la estandarizar para Lima del Inventario de Depresión Infantil en su versión de 1983. Para ello, luego de la adaptación lingüística del instrumento, se hizo un estudio piloto con el objetivo de verificar la comprensión del instrumento. Luego se realizó una segunda aplicación con 31 niños para analizar la validez de cada ítem, de lo cual se obtuvo que la mayoría de los ítems obtuvieron correlaciones ítem- test significativas ($p < 0.05$); mientras que solo los ítems 12 y 16 no tuvieron una relación significativa, por lo cual se vuelve a modificar el inventario para obtener la versión final del CDI adaptado. La muestra final estuvo conformada por 685 sujetos, dividida en varios subgrupos: una muestra de escolares sin problemas entre 8 y 14 años dividida en 3 grupos según su nivel socio-económico ($n = 570$) y un grupo de 56 niños escolares con problemas de aprendizaje. La muestra clínica estuvo conformada por 62 niños - entre 7 y 15 años- en ella se consideraron dos grupos: 32 niños depresivos y 30 niños con otras psicopatologías. Sobre la base de los resultados obtenidos, se hicieron diferentes estudios de validez y confiabilidad, los cuales serán presentados en detalle en el acápite siguiente. De esto, la autora concluye que el CDI es un instrumento que se adecua a la población evaluada, demostrando poseer las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad.

Características de la prueba

El Inventario de Depresión Infantil (CDI) ha sido diseñado para medir la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. Es una prueba fácil de leer y comprender pues ha sido creada para un nivel muy básico de escolaridad (Sood y Nirbhay, 1996) por lo que se puede aplicar desde los 7 años.

La última versión del CDI (2004) en español 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 (Kovacs, 2004).

La prueba puede ser aplicada individual o colectivamente. 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). 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.

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 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24 y 26; y la puntuación directa de la escala de Autoestima, sumando los puntajes de los ítems restantes 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27. La suma de ambas escalas nos proporcionará la puntuación directa de depresión. Estas puntuaciones directas serán transformadas en sus correspondientes percentiles.

Confiabilidad

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 verdadero (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, 2001 citados en Kovacs), dan una confiabilidad a través del Alfa de Cronbach, entre 0.81 y 0.82.

En el estudio que Raffo (1991) realizó en el Perú, se obtuvo un adecuado nivel de consistencia interna (0.81), así como correlaciones ítem-test comprendidas entre 0.21 y 0.63.

Reategui (1994) encuentra, en su estudio realizado en nuestro medio con 685 niños, que el CDI obtiene una alta consistencia interna ($\alpha = 0.81$), 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 versión española del CDI (2004) se utilizó una muestra de 7759 varones y mujeres, con edades entre 7 y 15 años, encontrándose una confiabilidad por mitades de 0.79 y por Alfa de Cronbach de 0.80 los cuales son indicadores de un buen grado de confiabilidad.

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), (omitir) 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. 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. 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).

Se puede observar, asimismo, que los índices de estabilidad descienden en función del intervalo de tiempo transcurrido, en este sentido Twenge & Nolen-Hoeksema (2002) refieren que la puntuación del CDI suele decrecer con cada aplicación del inventario.

En población española (Del Barrio, 1999 citado en Kovacs, 2004) se encuentra un índice de estabilidad aceptable (0.70), en población normal entre los 7 y 16 años, habiendo transcurrido un mes de intervalo.

En nuestro medio, Reategui (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 ($p < 0.0001$) 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 (0.38) con un intervalo de 2 semanas.

Validez

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

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 auto-reportes, con los cuales presenta un buen grado de validez de criterio concurrente. Entre los auto-reportes más utilizados tenemos: el Reynolds Adolescent Depression Scale (Reynolds, 1989), cuyas correlaciones con el CDI fluctúan entre 0.56 y 0.94 ($p < 0.001$); el Reynolds Child Depression Scale (Reynolds, 1989), que presenta correlaciones entre 0.47 ($p < 0.01$) y 0.73 ($p < 0.001$); y el Children Depression Scale (Tisher y Lang, 1987) con la cual se observan correlaciones entre 0.70 ($p < 0.01$) y 0.84 ($p < 0.001$).

Otro tipo de instrumentos, son los que utilizan reportes de terceras personas, con los cuales el CDI presenta una validez de criterio concurrente baja. Entre este tipo de instrumentos tenemos: el Peer Nomination Inventory of Depression (Lefkowitz y Tesiny, 1980), con el cual la correlación oscila entre 0.20 ($p < 0.01$) y 0.44 ($p < 0.001$); y

el Children Depression Rating Scale (Poznaski, et al. 1979) que presenta correlaciones entre 0.13 ($p < 0.05$) y 0.78 ($p < 0.001$).

Más de la mitad de los estudios revisados presentan correlaciones positivas mayores a 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. Asimismo, Reategui (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.

Validez de constructo convergente. Se realizaron 45 estudios, entre 1980 y 2002, para hallar validez de constructo convergente en el CDI de versiones anteriores. 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 índice de 0.81 ($p < 0.001$) 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) con un índice de -0.89 ($P < 0.001$) 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, Reategui (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 -0.80 en mujeres, -0.64 en hombres y -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 -0.33; (c) Introversión medido con el IPE-N, con el cual obtuvo una correlación positiva considerable de 0.77; por último (d) Bajo rendimiento escolar, encontrándose cierta relación con las notas escolares bajas de -0.22 ($p < 0.01$).

En la versión española del CDI (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 0.27 y 0.45 ($p < 0.01$), utilizando el Inventario de Ira estado rasgo (STAXI-N). También, se obtiene relación positiva con el constructo de agresividad con el cual se obtuvo un índice de 0.42 ($p < 0.01$); utilizando la Escala de Agresividad Física y Verbal (AFV).

En otros estudios, se encuentra una correlación positiva con el constructo de Inestabilidad de 0.46 ($p < 0.01$) y se encuentran correlaciones negativas para los constructos de Extraversión, -0.14 ($p < 0.01$); Apertura, -0.42 ($p < 0.01$) 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 -0.05 y -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.

Validez de constructo evaluado a través de análisis factorial. Las primeras versiones del CDI, según refiere Kovacs (2004), solo contenían una única escala para población normal. Kovacs (1983, citado en Reategui 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, Reategui (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 versión española del CDI (2004), inicialmente se realizó un análisis factorial exploratorio donde se encontró que la prueba presenta valores adecuados en el test de Keiser-Meyer-Oklin ($KMO = 0.878$) 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. En esta investigación, se encontraron dos factores con una varianza explicada de 17.47% y 6.38%. En el primer factor se cargaron 15 ítems y 11 en el segundo. Por el contenido de los ítems, la autora refiere que el primer factor describe predominantemente características de disforia; el factor está conformado por los ítems: 1, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27. El segundo factor describe características de baja autoestima e ineficacia y lo conforma los ítems 2, 3, 4, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24 y 26.

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.

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

Asimismo, se han realizado 25 estudios entre 1980 y 2001 para verificar los puntajes medios de las versiones anteriores del CDI. Se ha encontrado que la población clínica presenta el promedio más alto, cuyos puntajes oscilan entre 10.96 y

23.47; mientras que, en la población normal, se encuentran puntajes que varían entre 2.30 y 17.40.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia de llevar a cabo investigaciones sobre trastornos depresivos y sintomatología depresiva en adolescentes y niños, 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.

La niñez y la adolescencia, se caracterizan por acelerados cambios en el individuo a nivel físico, cognoscitivo y social (Lefrançois, 2001; Papalia, Wendkos y Duskin, 2001). Estos cambios convierten a estas etapas de la vida en períodos de mucha vulnerabilidad, cuando los niños o los adolescentes tienen dificultades para afrontar estos cambios de manera adecuada, pueden desarrollar diversos trastornos emocionales, como la depresión (Del Barrio, 2005).

Por otro lado, Feldman (2002) refiere que el desarrollo de los niños y los adolescentes se ha visto afectado por los drásticos cambios sociales que han venido ocurriendo en las últimas décadas. Estos cambios, han repercutido en el funcionamiento y la configuración de la familia, produciendo un incremento de los hogares desestructurados, de las familias monoparentales y de los divorcios, entre otros (De Barbieri, 2007). Estas características de las familias se han convertido en factores de riesgo para la aparición de la depresión infantil. Así, el APA (2002) refiere que, en los diversos estudios epidemiológicos hechos, la edad de inicio de los trastornos depresivos está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. Según los últimos estudios realizados para la población general, en el Perú, la depresión y los trastornos de ansiedad son los problemas más frecuentes de salud mental (Saavedra, s. f.).

En el año 2003, en Cajamarca, se observa que 2 de cada 10 adolescentes han tenido ideación suicida en los últimos 12 meses. Además, la depresión mayor es el trastorno clínico más frecuente en esta ciudad, dado que uno de cada 20 adolescentes reuniría los criterios clínicos para ser diagnosticado (IESM "HD-HN", 2005). Para el caso de la población infantil, se desconocen datos epidemiológicos sobre la prevalencia de este trastorno.

Por otro lado, dado que la evaluación constituye uno de los principales campos de acción de la psicología en sus diversas áreas, es necesario tener instrumentos válidos y confiables, para nuestra realidad, que permitan obtener datos fiables de las características psicológicas de la población. Sin embargo, en el Perú nos enfrentamos a varios factores que dificultan esta tarea; como la gran diversidad cultural presente en el Perú, la centralización de las investigaciones en Lima y la falta de recursos invertidos por el estado en el campo de la salud mental. Estos factores dificultan

considerablemente la tarea de la evaluación, puesto que no se cuenta con suficientes herramientas adaptadas a las características de las diferentes regiones. Así, el quehacer de la investigación, que está estrechamente vinculado a la evaluación psicológica, se ve muchas veces limitado. En ese sentido, la labor de actualizar, adaptar y crear instrumentos psicológicos que permitan este objetivo, resulta ser de mucha importancia.

Para el caso de medición de la depresión, entre las numerosas herramientas que existen para explorar su sintomatología, el Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs es uno de los instrumentos más usados en Psicología (Cuevas y Teva, 2006), puesto que ha demostrado ser válido y confiable en diferentes contextos (Doefler, et al., 1988; Crowley et al., 1992, citados en Reátegui, 1994).

En el Perú, existen dos adaptaciones del CDI, en su versión de 1983, realizadas, la primera en 1991 por Raffo y la otra por Reátegui en 1994; ambas con población de Lima y Callao. Sin embargo, no existen adaptaciones de su versión actual, creada por Kovacs en 1992, adaptada a la población española por Barrios y Carrasco en el 2004. Asimismo, no existe un trabajo de adaptación del CDI en la población andina que permita tener un instrumento de medición adecuado, el cual es muy necesario, pues, como hemos revisado anteriormente, en esta población confluyen una serie de factores de riesgo que determinan una fuerte presencia de sintomatología depresiva.

Lo anteriormente expuesto nos lleva a la necesidad de elaborar la presente investigación, que plantea la siguiente pregunta: ¿Es el Inventario de depresión infantil de Kovacs válido y confiable para un grupo de estudiantes de nivel primario y secundario, en la ciudad de Cajamarca?

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 de ciudades de la sierra, pretendiendo de esta manera aportar al conocimiento de la psicología de la población andina. Asimismo, se crea un referente para su uso y para la realización de nuevas adaptaciones en otras zonas de la sierra por presentar semejanzas en el patrón lingüístico y las características poblacionales. Por ello, esta investigación se propone los siguientes objetivos:

Objetivo principal: Adaptar el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en un grupo de estudiantes entre 7 y 15 años, en la ciudad de Cajamarca.

Objetivos específicos:

- Realizar la adaptación lingüística del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs para un grupo de estudiantes entre 7 y 15 años, en la ciudad de Cajamarca.

- Determinar la confiabilidad de la adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en los estudiantes entre 7 y 15 años, en la ciudad de Cajamarca.
- Determinar la validez de la versión adaptada del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs a través de la validez de criterio concurrente y de constructo convergente.
- Explorar la validez de constructo de la versión adaptada del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs a través del análisis factorial exploratorio.
- Elaborar normas percentilares para los estudiantes urbanos entre 7 y 15 años, en la ciudad de Cajamarca.
- Comparar los niveles de sintomatología depresiva de acuerdo a las variables de sexo, edad y tipo de institución educativa.



CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

Nivel de investigación

La presente investigación de naturaleza psicométrica, corresponde al tipo tecnológico pues busca desarrollar una adaptación del CDI con la finalidad de que pueda ser utilizado en futuras investigaciones (Vieytes, 2004). Por lo tanto, se desarrolla dentro de un paradigma cuantitativo, dado que pretende conocer las características psicométricas del CDI en la ciudad de Cajamarca (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Además, es una investigación de tipo descriptiva, pues indaga las características de los valores obtenidos en el CDI con algunas variables demográficas básicas como la edad, el sexo y nivel socioeconómico (Hernández, et al. 2006).

Participantes

Los participantes son 623 niños y adolescentes entre 7 y 15 años, que se encuentran cursando entre el segundo grado de primaria y el cuarto año de secundaria. Los participantes pertenecen a 9 instituciones educativas de la ciudad de Cajamarca, 6 de ellas estatales y 3 particulares.

Teniendo en cuenta que el número de niños matriculados en el área urbana de Cajamarca en el año 2007 ha sido de 33281 alumnos, una muestra de 623 niños nos permite un 3.89 % de error con un 95% de confianza. El tipo de muestreo es probabilístico por racimos, puesto que los subgrupos de las unidades de análisis se encuentran conglomerados en los colegios y su selección dependió del azar (Hernández, et al. 2006). Así, los colegios fueron seleccionados aleatoriamente teniendo como base la relación de los colegios publicados por el Ministerio de Educación [MINEDU] (2008).

Las características de la muestra pueden apreciarse con detalle en la Tabla 3. En lo referente a la distribución según la variable “sexo”, se puede observar que la muestra está configurada en una mayor proporción por participantes de sexo femenino. Respecto a las edades de los participantes, se distribuyen de manera casi proporcional. Se puede observar que la edad de 14 años concentra un porcentaje más elevado a diferencia del resto. Además, la muestra está conformada por una mayor proporción de participantes pertenecientes a instituciones educativas estatales. Por último, respecto al lugar de nacimiento, la muestra está conformada mayormente por participantes nacidos en la zona urbana de Cajamarca.

Tabla 3: Distribución de la muestra según sexo, edad, institución educativa y lugar de procedencia.

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	285	45.7
	Femenino	338	54.3
Edad	7 años	71	11.4
	8 años	69	11.1
	9 años	60	9.6
	10 años	58	9.3
	11 años	63	10.1
	12 años	55	8.8
	13 años	80	12.8
	14 años	95	15.2
Tipo de institución educativa	15 años	72	11.6
	Estatal	403	64.7
	Privado	220	35.3
Lugar de nacimiento	Desconocido	71	11.4
	Ciudad de Cajamarca	384	61.6
	Zona rural de Cajamarca	74	11.9
	Otras ciudades	94	15.1

Instrumentos

Se describen a continuación los instrumentos utilizados en la presente investigación:

- Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (2004) Las características de este inventario ya fueron ampliamente explicadas en el acápite anterior.
- Escala de Depresión de Adolescentes de Reynolds (1989) en su adaptación realizada por Ugarriza y Ecurra (2002) para estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana. Es una prueba cuyo objetivo es evaluar la sintomatología depresiva en adolescentes entre los 13 y 18 años. La escala posee 30 ítems y

utiliza un formato de respuesta tipo Likert de cuatro alternativas (casi nunca, rara vez, algunas veces y casi siempre). En el Perú, en un estudio realizado por Ugarriza y Escurra con una muestra de 1963 estudiantes varones y mujeres de colegios estatales y privados de Lima Metropolitana se encuentra una confiabilidad de 0.87, una confiabilidad por mitades de 0.85 y una confiabilidad test-retest entre 0.71 y 0.89. Asimismo, los autores observan que existe una validez de contenido medida a través de la correlación ítem-total en el rango de 0.30 y 0.50; y una validez de criterio concurrente con la Escala de Depresión de Hamilton, con la cual tiene una correlación de 0.83 ($p < 0.001$). Se debe tomar en cuenta que la utilización de esta escala se ha considerado, a pesar de haber sido validada solo en Lima, debido a la ausencia de otra forma de medición adaptada para la población de Cajamarca siendo esta última la que mejor se puede adecuar al contexto estudiado y la adaptación más cercana a esta ciudad de la sierra. De igual manera, se consideró la similitud del lenguaje utilizado por ambas pruebas, la sencillez con la que estaban escritas y la edad de aplicación. Por último, también se evaluó la confiabilidad de la prueba.

- Cuestionario de autoevaluación de la Ansiedad Estado/Rasgo (1973). Es una prueba cuyo objetivo es evaluar los estados transitorios y los estados constantes de la ansiedad. La prueba está destinada a niños y adolescentes entre 9 y 15 años. Está compuesta de 40 preguntas, 20 de las cuales miden la ansiedad como estado y otras 20 que miden la ansiedad como rasgo. En un estudio realizado por Castrillón y Borrero (2005), con una muestra de 679 estudiantes de ambos géneros, de entre 8 y 15 años de colegios estatales y privados de la ciudad de Medellín en Colombia se encuentra una confiabilidad de 0.60. En nuestro país, González-Vigil (2008) obtiene una confiabilidad de 0.82 para el factor de Ansiedad como Rasgo de la prueba. Al igual que en la prueba anterior, se consideraron las variables citadas para la utilización de este cuestionario en el contexto de la ciudad de Cajamarca.

Procedimiento

En relación a la adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, se realizó la modificación de la gramática de los ítems del inventario y especialmente de algunas palabras poco usadas en el contexto andino. La modificación fue realizada por el autor del presente trabajo (oriundo de Cajamarca) y por una lingüista, ambos relacionados con el campo de la psicología y con conocimiento de los patrones lingüísticos de la zona. Se realizaron mínimos cambios en las instrucciones y en el tipo

de expresión utilizado en los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21 y 27.

Con esta nueva versión, se realizó una aplicación piloto de la prueba a tres grupos de niños y adolescentes con la finalidad de evaluar el grado de comprensión que tenían de las instrucciones y de cada uno de los ítems. El primer grupo estuvo conformado por 8 niños de 7 años, el segundo grupo estuvo conformado por 7 púberes de 11 años y el último grupo estuvo conformado por 7 adolescentes mujeres entre 13 y 15 años. A partir de ello, se modificaron las instrucciones y los ítems donde los niños y adolescentes tuvieron dificultades, utilizando un lenguaje más sencillo; con ello, se obtuvo la versión definitiva utilizada en la presente investigación (Anexo A).

Se realizó un sorteo teniendo la relación de todas las instituciones educativas de la zona urbana de Cajamarca, obtenidas a través de la página Web del MINEDU (2008), para cada uno de los grados, considerando el número requerido de niños y adolescentes necesario para el estudio. Seguidamente, se realizaron las coordinaciones con las instituciones educativas seleccionadas para la evaluación. Se proporcionaron anticipadamente los consentimientos informados (Anexos F y G) para los alumnos, los cuales tenían que ser firmados por sus padres. Cabe señalar que sólo una de las instituciones educativas seleccionadas no aceptó participar en el estudio.

Posteriormente, se administró la prueba sólo a aquellos alumnos cuyos padres firmaron los consentimientos informados, con lo cual aceptaron voluntariamente participar en la investigación.

La evaluación se llevó a cabo a lo largo de dos semanas. Para hallar la validez de criterio concurrente se administró el EDARS a alumnos de secundaria, escogiéndose una sección por grado, de lo cual se obtuvo 133 participantes. Para hallar la validez de constructo convergente, se administró el STAIC y se escogió para ello a alumnos de cuarto y sexto de primaria, y segundo y cuarto de secundaria; de lo cual se obtuvo 197 participantes.

Para la obtención de la estabilidad temporal del CDI, se esperó 30 días para volver a aplicar la prueba a una sección de cuarto grado de primaria y a otra de tercero de secundaria; obteniéndose una muestra de 58 participantes. En esta muestra se identificó a los participantes mediante las iniciales de sus nombres tanto en la primera fase como un mes más tarde; asimismo se le dio a los padres un modelo distinto de consentimiento informado (Anexo G), donde se especificaba la participación de los menores un mes después de la primera evaluación.

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

personales. Seguidamente se realizó la calificación de los inventarios y la elaboración de la base de datos en el programa Excel.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS 15.0. Se hizo el cálculo de la confiabilidad a través del Alfa de Cronbach y la correlación de dos mitades de la prueba fue corregida con la fórmula de Spearman. Asimismo, se hizo el análisis ítem-test corregido, para la discriminación de los ítems. La estabilidad temporal 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, 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 Oblimin.

Para el análisis de la validez de criterio concurrente, se halló la correlación de Pearson entre el CDI y el EDARS; 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 presentan una distribución no paramétrica (Anexo D y E).

Posteriormente, se realizaron los análisis exploratorios para observar las diferencias entre las variables de sexo, tipo de institución educativa y edad, para lo cual se analizaron tanto los estadísticos descriptivos, así como los no paramétricos: la prueba de Kruskal-Wallis y la U de Mann-Whitney.

Finalmente se realizó la construcción de normas agrupando edades y por tipo de institución educativa para lo cual solo se empleó los puntajes percentiles y los puntajes Z pues la prueba no presenta distribución normal.

CAPITULO III

RESULTADOS

A continuación, se describen los resultados obtenidos del análisis de la muestra. En primer lugar, se describirá la confiabilidad del CDI a través del Alfa de Cronbach y el método por mitades; y la estabilidad temporal de la prueba. En segundo lugar, se describirá la validez de constructo evaluado a través del análisis factorial exploratorio, la validez de constructo convergente y la validez de criterio concurrente. Seguidamente, se describirá el análisis de las variables: sexo, institución educativa y edad; y su relación con el puntaje total de la prueba. Por último, se describirán los rangos percentiles y las puntuaciones Z estandarizada obtenidas para el puntaje total del CDI según grupo de edad e institución educativa.

Análisis de la confiabilidad del CDI

En el análisis total de la prueba, se obtiene un Alfa de Cronbach de 0.79, por lo que se puede decir que la prueba alcanza una confiabilidad aceptable (Hernández, et al. 2006).

Adicionalmente, se calculó la correlación Ítem-test como una medida de la discriminación del ítem, de la cual se encontró una adecuada correlación ítem-test corregida en la mayoría de los ítems a excepción del 06, 11 y 19 (Anexo B), los cuales presentan una correlación por debajo de 0.2. De igual forma, se encontró similitud al momento de comparar los resultados por grupos de edades (Anexo C), teniéndose que el ítem 11 presenta una correlación por debajo del 0.2 en los tres grupos de edades (niños, púberes y adolescentes), el ítem 06 presenta una correlación por debajo de 0.2 solo en la población de niños y púberes, mientras que el ítem 19 solo en la población de niños. A pesar de estos resultados, se decidió conservar dichos ítems

para no alterar la prueba en su conjunto; sin embargo, más adelante se discutirán estos resultados.

El análisis de la confiabilidad por mitades, utilizando la corrección de la correlación con la fórmula de Spearman, da un resultado de 0.79 con una significación menor a 0.05, lo cual nos indica que es una correlación aceptable (Hernández, et al. 2006). Por ello, se puede decir que la prueba alcanza aceptable nivel de confiabilidad por mitades.

Para el análisis de la estabilidad temporal de la prueba, se utilizó una muestra de 58 participantes de cuarto de primaria y de tercero de secundaria, pertenecientes a dos instituciones educativas estatales. La muestra está conformada por un 81 % de participantes mujeres y un 19 % de participantes hombres.

El análisis de la estabilidad temporal dio como resultado una correlación positiva considerable (Hernández, et al. 2006) de 0.776 y significativa ($p < 0.001$) en el total de la prueba.

Análisis de la Validez del CDI

Validez de Constructo evaluado a través del análisis factorial exploratorio

A continuación, se describen los resultados del análisis factorial exploratorio, realizado en función a los hallazgos de Kovacs (2004) quien reporta la presencia de 2 factores; así como de las investigaciones hechas con las primeras versiones de la prueba, revisadas anteriormente. En principio, con el objetivo de evaluar la pertinencia del análisis factorial en el presente estudio, se analizaron los datos con el 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 0.60, y la prueba de esfericidad de Bartlett se muestra significativa (Tabla 4).

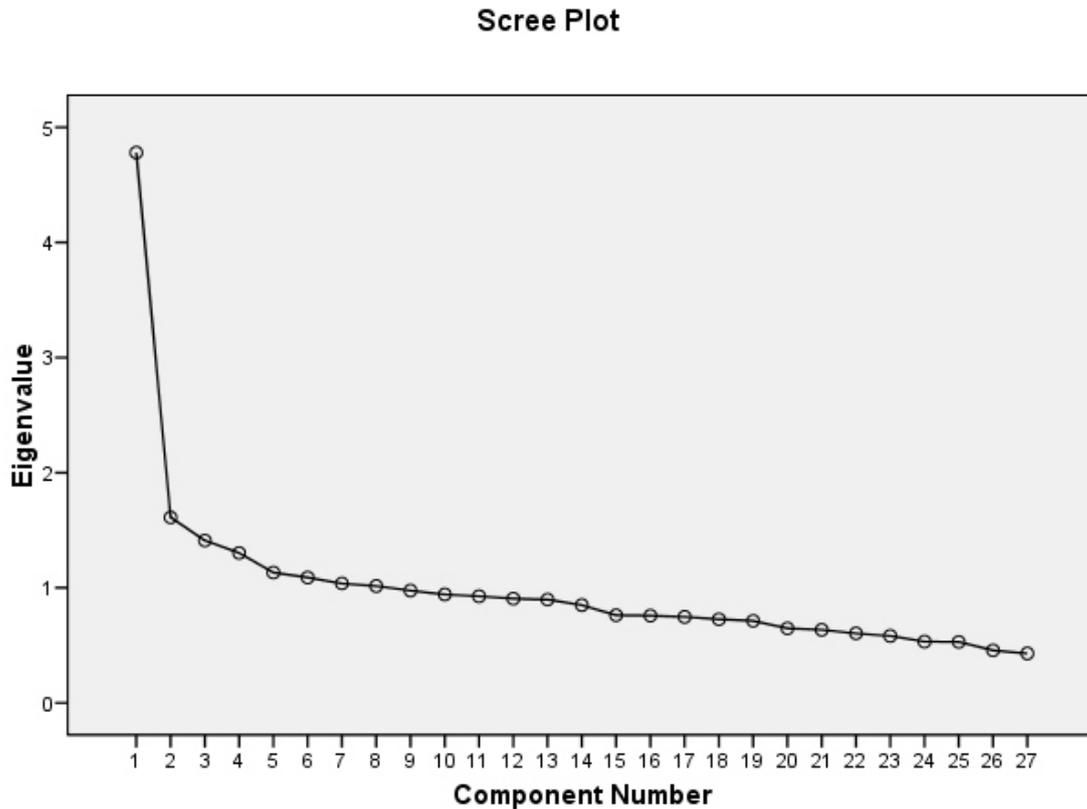
Tabla 4: Test Kaiser-Meyer-Olkin y test de esfericidad de Bartlett

K. M. O.	Test de Bartlett	Significación
0.839	2414.669	0.000

A continuación, para encontrar el número de factores que componen los ítems del CDI, se utilizaron diversos métodos. El primero de ellos fue 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 7 factores más débiles (Figura 1).

Figura 1: Método de Catell para la determinación del 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 (Eigenvalues) debe ser mayor a 1.00 para considerar la existencia de un factor. Como podemos ver en la Tabla 5, podemos encontrar nuevamente un factor principal con un Eigenvalue de 4.780 y siete factores por encima de 1.00.

Tabla 5: Método de Kaiser para la determinación del número de factores.

Componentes	Varianza total explicada					
	Eigenvalues iniciales			Extracción de suma de cuadrados ajustados		
	Total	% de	%	Total	% de	%
		Varianza	Acumulado		Varianza	Acumulado
1	4.78	17.703	17.703	4.78	17.703	17.703
2	1.611	5.966	23.669	1.611	5.966	23.669
3	1.411	5.226	28.895	1.411	5.226	28.895
4	1.302	4.822	33.717	1.302	4.822	33.717
5	1.132	4.193	37.911	1.132	4.193	37.911
6	1.089	4.035	41.946	1.089	4.035	41.946
7	1.037	3.842	45.787	1.037	3.842	45.787
8	1.015	3.759	49.546	1.015	3.759	49.546
9	0.976	3.614	53.16			
10	0.942	3.491	56.651			
11	0.926	3.431	60.082			
12	0.906	3.356	63.437			
13	0.898	3.325	66.763			
14	0.85	3.147	69.909			
15	0.762	2.822	72.731			
16	0.758	2.807	75.538			
17	0.748	2.769	78.307			
18	0.727	2.693	81			
19	0.713	2.641	83.641			
20	0.648	2.399	86.039			
21	0.635	2.352	88.391			
22	0.604	2.236	90.627			
23	0.582	2.154	92.781			
24	0.532	1.972	94.753			
25	0.53	1.963	96.716			
26	0.457	1.692	98.408			
27	0.43	1.592	100			

Método de extracción: Análisis del principal componente.

Para el análisis factorial, se realizó una rotación mediante el método de Oblimin (delta=0.5) dado que se trata de variables relacionadas. Se presentaron 8 factores que se distribuyeron de manera heterogénea en el número de ítems que los conforman. Además, es difícil poder agruparlos y definirlos en función de un mismo concepto que los comprenda adecuadamente (Tabla 6).

Tabla 6: Matriz de factores rotados (Método Oblimin)

Ítem	Descripción de ítem	Componente							
		1	2	3	4	5	6	7	8
CD 01	Tristeza	0.736							
CD 10	Llanto	0.667							
CD 11	Aprensión	0.689							
CD 25	Sentimiento de no ser querido	0.315							
CD 03	Sentimientos de inutilidad		0.497	0.302				0.349	
CD 14	Autoimagen física negativa		0.304						
CD 20	Sentimientos de soledad		0.490						
CD 22	Aislamiento social (falta de amigos)		0.632						
CD 23	Declinación del rendimiento escolar		0.704						
CD 27	Problemas interpersonales		0.653						
CD 06	Pesimismo			0.529					
CD 19	Preocupación somática			0.635					
CD 02	Desesperanza				-0.449			0.375	
CD 04	Anhedonia (general)				-0.812				
CD 13	Indecisión	0.352			-0.436				
CD 18	Disminución del apetito				-0.456				
CD 21	Anhedonia (en el colegio)				-0.668				
CD 07	Odio a sí mismo					0.656			
CD 09	Ideación suicida					0.774			
CD 16	Disturbio de sueño					0.598			
CD 17	Fatiga	0.422		0.352		-0.425			
CD 15	Disminución de motivación en tareas de colegio						-0.812		
CD 24	Auto-imagen negativa en comparación con los pares			-0.401			-0.513		
CD 08	Culpabilidad					-0.447		0.522	
CD 12	Reducción del interés social							-0.510	
CD 05	Autoimagen negativa								0.673
CD 26	Desobediencia		0.485						0.507

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Oblimin con Kaiser.

La rotación ha convergido en 14 iteraciones.

Validez de constructo convergente

Para el análisis de validez de constructo convergente, se empleó el Cuestionario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado/Rasgo, STAIC (1973). La muestra utilizada fue de 197 participantes con edades entre los 9 y los 15 años de edad, que cursaban el cuarto y sexto grado de primaria, y el segundo y cuarto año de secundaria; pertenecientes a 4 instituciones educativas estatales y 1 privada. La muestra está conformada por un 61% de participantes mujeres y un 39% de participantes hombres.

Para la muestra, el STAIC presenta aceptables índices de confiabilidad (Hernández, et al. 2006) de 0.86 en la escala total, de 0.82 en la sub-escala Ansiedad Estado y de 0.76 en la escala Ansiedad Rasgo.

Por último, la validez de constructo convergente entre el STAIC y el CDI dio como resultado una correlación positiva adecuada de 0.664, la cual resultó significativa ($p < 0.001$), lo que significa que existe una correspondencia media positiva (Hernández, et al., 2006) entre la sintomatología depresiva y el grado de ansiedad.

Validez de criterio concurrente

Para el análisis de la validez de criterio concurrente, se utilizó la prueba Escala de Depresión de Adolescentes de Reynolds, EDAR (1989) en su adaptación realizada por Ugarriza y Ecurra (2002). La muestra utilizada para este análisis fue de 133 participantes con edades entre los 12 y los 15 años de edad, que cursaban el segundo, tercero y cuarto año de secundaria, pertenecientes a 3 instituciones educativas estatales. La muestra estuvo conformada por un 67 % de participantes mujeres y un 33 % de participantes hombres.

Antes de realizar el análisis de la validez, se verificó la confiabilidad de los resultados de esta prueba. Para la muestra, se encontró un aceptable índice de confiabilidad de 0.84 (Hernández, et al. 2006).

Posteriormente, se halló la validez de criterio concurrente entre el CDI y el EDAR, el cual presenta una correlación positiva considerable (Hernández, et al. 2006) de 0.764 significativa ($p < 0.001$).

Relaciones entre las variables medidas

La prueba de Kolmogorov-Smirnov mostró que la distribución de los puntajes del CDI no presenta una distribución normal (Anexo D), por lo que se utilizarán estadísticos no paramétricos para observar las diferencias entre las variables.

En función a la variable sexo, el promedio obtenido por participantes varones es de 11.92, con una desviación estándar de 6.41; mientras que las mujeres obtienen un promedio de 12.42, con una desviación estándar de 6.75. Sin embargo, no existen diferencias significativas entre los puntajes de ambos sexos ($p=0.444$).

En relación a la variable tipo de institución educativa, podemos observar que el promedio de los participantes que pertenecen a las instituciones educativas nacionales es de 13.11, con una desviación estándar de 6.91; mientras que el de los colegios privados es de 10.51, con una desviación estándar de 5.61. Además, se puede observar que existen diferencias significativas entre los puntajes ($P=0.000$). A partir de ello, se puede sostener que los alumnos de instituciones educativas estatales tienen mayores puntuaciones en el CDI.

En función a la variable edad, a nivel descriptivo se puede observar diferencias entre los promedios de los puntajes, siendo la edad de 10 años la que tiene el menor promedio con 9.5, y la edad de 7 años la que presenta el mayor promedio con 14.25. Asimismo, se puede observar que existen diferencias significativas entre los puntajes de la prueba, en función a la variable edad (Tabla 7).

Tabla 7: Descriptivos del puntaje total en función de la variable edad

Edad	Media	Intervalo de confianza al 95%	Dev. Est.	Mínimo	Máximo	Kruskal-Wallis	
						Chi-cuadrado	Nivel de Significación
7	14.25	12.7 – 15.8	6.4	4	28	26.075	0.001
8	13.5	11.8 – 15.2	7.1	3	31		
9	12.4	10.6 – 14.3	7.2	1	34		
10	9.5	8.0 – 11.0	5.7	0	29		
11	10.8	9.3 – 12.2	5.9	2	30		
12	11.0	9.4 – 12.6	5.9	2	25		
13	12.7	11.1 – 14.3	7.3	1	33		
14	12.1	10.9 – 13.3	5.9	1	28		
15	12.7	11.1 – 14.2	6.7	1	33		

A continuación, considerando la variable evolutiva, se formaron tres grupos de edades, como se muestra en la Tabla 8, constituidos por un primer grupo de 7 a 9, un segundo grupo de 10 a 12 y un tercer grupo de 13 a 15 años. En estos rangos de edad se observaron diferencias en el puntaje en el CDI.

Tabla 8: Descriptivos del puntaje total en función de tres rangos de edad

Edad	Media	Desv. Est.
De 7 a 9 años	13.4	6.9
De 10 a 12 años	10.4	5.9
De 13 a 15 años	12.2	6.6

La Tabla 9 demuestra las diferencias significativas que existen entre los puntajes de los grupos divididos por grupos de edades, considerando la variable evolutiva. A partir de ello, se puede sostener que los niños más pequeños tienen puntajes más altos en el CDI, mientras que el grupo de 10 a 12 años tienen el menor puntaje en la prueba.

Tabla 9: Diferencias significativas del puntaje total entre grupos de edades.

Edades	U de Mann-Whitney	
	Z	Nivel de significación
7 a 9 años - 10 a 12 años	-4.297	0.000
10 a 12 años - 13 a 15 años	-3.233	0.001

Normas Percentilares

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

Las Tablas 10, 11 y 12 muestran los rangos percentiles y los puntajes Z correspondientes a los puntajes brutos obtenidos en la prueba para cada uno de los grupos de edad.

Tabla 10: Percentiles y calificaciones Z de Niños entre 7 y 9 años.

Nivel de Puntaje	Puntaje bruto	Rangos percentiles	Calificaciones Z
Puntajes Bajos de Sintomatología Depresiva	0	0	31
	1	0	32
	2	1	33
	3	1	35
	4	4	36
	5	7	38
	6	12	39
	7	18	41
	8	25	42
Puntajes Medios de Sintomatología Depresiva	9	33	44
	10	37	45
	11	42	46
	12	49	48
	13	55	49
	14	60	51
Puntajes Altos de Sintomatología Depresiva	15	65	52
	16	69	54
	17	73	55
	18	76	57
	19	79	58
	20	81	60
	21	84	61
	22	85	62
	23	89	64
	24	92	65
	25	94	67
	26	95	68
	27	95	70
	28	96	71
	29	97	73
	30	98	74
	31	99	75
	32	99	77
	33	99	78
34 ó más	99	80	

Tabla 11: Percentiles y calificaciones Z de púberes entre 10 y 12 años.

Nivel de Puntaje	Puntaje bruto	Rangos percentiles	Calificaciones Z
Puntajes Bajos de Sintomatología Depresiva	0	1	32
	1	1	34
	2	3	36
	3	7	37
	4	11	39
	5	16	41
	6	24	42
Puntajes Medios de S. D.	7	32	44
	8	38	46
	9	45	48
	10	53	49
Puntajes Altos de Sintomatología Depresiva	11	61	51
	12	68	53
	13	73	54
	14	78	56
	15	82	58
	16	85	60
	17	87	61
	18	89	63
	19	90	65
	20	91	66
	21	92	68
	22	94	70
	23	96	71
	24	97	73
	25	98	75
	26	99	77
	27	99	78
	28	99	80
	29	99	82
	30	99	83
	31	99	85
	32	99	87
	33	99	89
	34 ó más	99	90

Tabla 12: Percentiles y calificaciones Z de adolescentes entre 13 y 15 años.

Nivel de Puntaje	Puntaje bruto	Rangos percentiles	Calificaciones Z
Puntajes Bajos de Sintomatología Depresiva	0	0	31
	1	1	33
	2	2	34
	3	4	36
	4	6	37
	5	9	39
	6	14	40
	7	20	42
	8	27	43
	9	33	45
Puntajes Medios de S. D.	10	41	46
	11	49	48
	12	57	49
	13	62	51
	14	65	52
Puntajes Altos de Sintomatología Depresiva	15	69	54
	16	74	55
	17	78	57
	18	81	58
	19	84	60
	20	87	61
	21	88	63
	22	90	64
	23	92	66
	24	94	68
	25	95	69
	26	96	71
	27	96	72
	28	97	74
	29	97	75
	30	98	77
	31	99	78
	32	99	80
	33	99	81
	34 ó más	99	83

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

En este capítulo se discutirán los principales resultados respecto al proceso de validación del Inventario de Depresión Infantil a una muestra de la población escolar de la ciudad de Cajamarca, así como las características que adopta la sintomatología depresiva de estos niños, niñas y adolescentes. Previamente, se realizará una discusión de la escala en general.

El Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, se presenta como un instrumento construido sobre la teoría cognitiva de Beck y basado en el Beck Depression Inventory para adultos (Kovacs, 2004). En este sentido, algunos de sus ítemes están contruidos en función de las características de esta teoría. En dicho sentido, por ejemplo, con respecto a la *triada cognitiva*, los ítemes 05, 07, 14 y 24 hacen referencia a la *visión negativa de sí mismo*; los ítemes 03 y 08 se refieren a la *interpretación negativa de sus experiencias*; y los ítemes 02, 06, 19 y 24 se refieren a la *interpretación negativa del futuro*.

Asimismo, el contenido de los ítemes recoge algunos *errores cognitivos* como “*Nunca me va a salir nada bien*”, relacionado con la maximización de un acontecimiento; y “*Todas las cosas malas son por mi culpa*”, relacionado con la personalización.

Además de ser un instrumento construido sobre la teoría cognitiva, también cubre la mayor parte de los síntomas descritos en las clasificaciones internacionales para el diagnóstico de depresión mayor, con algunas excepciones como el criterio 5 de la clasificación del DSM-IV-TR que considera la agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día, así como la nota del criterio 3 que considera que en niños hay que valorar el fracaso en lograr lo aumentos de peso esperados.

Con respecto a la naturaleza evolutiva de la depresión, el CDI se construye para diferenciar la depresión infantil de la depresión adulta, tomando algunos síntomas propios de la edad y el contexto. Así, rescata muchos de los síntomas determinados

específicamente para la depresión infantil citados por Del Barrio (2005), como el descenso en el rendimiento escolar (ítem 23), cambios de actitud hacia la escuela (ítemes 15 y 21), desobediencia (ítem 26), irritabilidad (ítem 27), llanto (ítem 10), entre otros.

Sin embargo, en relación a la variable evolutiva, el inventario no diferencia, o no toma en cuenta, las particularidades de los síntomas presentes específicamente en cada una de las etapas de la niñez y en la adolescencia. Por ello, podemos decir que el CDI es un instrumento que mide la depresión infantil, pero que no recoge necesariamente el concepto de la naturaleza evolutiva que algunos teóricos dan al constructo, puesto que no hace la diferenciación clara entre niñez y adolescencia ni al interior de sus subetapas.

Tomando en cuenta el proceso de adaptación del CDI y respecto a la adaptación lingüística, 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 (Sood y Niebhay, 1996), las particularidades lingüísticas de la población estudiada hicieron necesaria esta adaptación. Estos cambios se realizaron con la finalidad de facilitar la lectura y la comprensión de los ítemes, sobre todo de los niños más pequeños.

De esta manera, se realizaron ligeras modificaciones a los enunciados, tratando de que ellas no alteren el sentido original de los mismos. En primer lugar, se modificaron las palabras o frases de uso poco frecuente en la zona. Así por ejemplo, las palabras *contestaciones*, *aspa* y *asignaturas*, fueron cambiadas por *respuestas*, *equis* y *curso*, respectivamente; las frases, como por ejemplo: “*cómo te has encontrado últimamente.*”, se cambiaron por frases como “*cómo te has sentido últimamente.*”.

Adicionalmente, se cambiaron los tiempos verbales pasándolos de compuestos a simples; así por ejemplo se reelaboraron estructuras como: “*Una vez que hayas terminado*” en “*Una vez que termines*”. Asimismo, se simplificaron las frases, haciéndolas, en lo posible, más directivas, así por ejemplo se cambió la frase “*De cada grupo, tienes que señalar (...)*”, a “*De cada grupo señala (...)*”.

Por último, se homogenizó la estructura gramatical de los ítemes que tenían expresiones de frecuencia como: *de vez en cuando*, *muchos días*, *siempre*, *nunca*, etc., colocando estas expresiones al inicio de las frases.

En la aplicación piloto del inventario, se corroboraron la mayoría de los cambios dispuestos y se propusieron nuevos cambios que permitieron elaborar el inventario definitivo.

Tomando en cuenta la experiencia al momento de la administración de las pruebas, así como los resultados de la prueba a nivel de confiabilidad y validez, podemos concluir que los cambios realizados cumplieron su objetivo y que el inventario elaborado en la presente investigación es una herramienta comprensible por los niños de la zona. Es importante recalcar que, a pesar del lenguaje sencillo de la prueba, para la población infantil y en especial del interior de nuestro país, es necesario simplificar al máximo el lenguaje utilizado.

Respecto a la confiabilidad de la prueba, evaluada mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach, se puede observar que alcanza un nivel aceptable, muy semejante a los niveles de confiabilidad encontrados en otros estudios internacionales como por ejemplo los que cita Kovacs (2004): Cassidy et al. (2003), McGrath et al. (2002), Figueras-Masip et al. (2001), Frías et al. (1991), entre otros; y a los estudios hechos en población peruana como los de Reategui (1994) y Raffo (1991).

Similares resultados se obtuvieron para el análisis de la confiabilidad por mitades, donde se consigue un nivel aceptable al igual que en la mayoría de los estudios revisados como los de Al-Balham (2003, citado en Kovacs) y Hepperlin et al. (1990, citados en Kovacs), entre otros.

A través de estos resultados, podemos observar el buen grado de funcionamiento que ha demostrado la prueba específicamente en la población de Cajamarca.

La aceptable confiabilidad que el inventario ha demostrado en la presente investigación, también nos permite plantear la hipótesis de que la sintomatología depresiva se presenta agrupada de manera consistente y homogénea en sus diferentes manifestaciones; es decir, según sea el grado de sintomatología depresiva presente en el niño o adolescente, cada uno de los síntomas descritos en los ítems se mostrarán en su mayoría con puntuaciones altas, medias, bajas o nulas.

En los resultados, podemos observar la existencia de adecuados índices de correlación ítem-test en la mayoría de los ítems a excepción de los ítems 6, 11 y 19. Para explicar esta particularidad, tenemos que tener en cuenta que dichos ítems, son los únicos que poseen el verbo “preocupar” por lo que vale la pena un análisis de esta expresión en el contexto cultural andino.

Al respecto, encontramos que según el Diccionario de la Lengua Española (Real Academia Española [RAE], 2001), este verbo posee 5 acepciones, de las cuales la tercera hace referencia explícita al carácter disfórico de la palabra, que es el que la prueba desea estimular: “Dicho de algo que ha ocurrido o va a ocurrir: Producir intranquilidad, temor, angustia o inquietud” (p. 1238). Sin embargo, las dos primeras acepciones no muestran un carácter disfórico: “Ocupar antes o anticipadamente algo.

Prevenir a alguien en la adquisición de algo” (p. 1238). En una revisión hecha a las diversas ediciones de los diccionarios de la RAE, podemos constatar que a partir de la 6ª ed. de 1822, se introduce por primera vez el carácter disfórico de la palabra, pero siempre como un aspecto secundario y a veces referido como metáfora de la palabra.

De ello, podemos hipotetizar que una de las posibles causas por las cuales este ítem no funciona en el mismo sentido de los otros ítems de la prueba, es decir, con los resultados globales del inventario, es que estos ítems pueden haber sido entendidos bajo las dos primeras acepciones referidas a la *planificación*, que no necesariamente imprimen un carácter disfórico a la palabra.

Así pues, surgen dos posibles explicaciones referidas al uso de la acepción de este verbo en la zona de Cajamarca. La primera, plantea que en esta región muchas de las personas pueden interpretar el verbo “preocupar” como el hecho de estar al tanto de, prevenir, o planificar algo con la finalidad de que salga bien, lo cual podría ser considerado un aspecto positivo que no se asocia directamente con un sentimiento disfórico. La segunda hipótesis, plantea que, a pesar de que este grupo de niños y adolescentes asocie algún sentimiento disfórico a la palabra, es considerado un valor que debe ser practicado en tanto significa interés por las cosas y las personas. En ambos casos, es pertinente señalar que los niños que (en su mayoría) tuvieron bajo índice de depresión, pudieron haber marcado alto en estos ítems debido a que comprendieron el ítem de un modo positivo, asociado más a la planificación de las acciones que a los sentimientos disfóricos.

Por último, a través del análisis de estas correlaciones ítem-test por grupos etáreos (Ver Anexo C), podemos observar que la falta de correlación entre los ítems 6,11 y 19 con el resultado total del inventario se presenta especialmente en el grupo de 7 a 9 años; mientras que en los otros dos grupos de edades permanece la falta de correlación del ítem 11. De esto, podemos deducir que la simple falta de comprensión del verbo “preocupar” resulta dudosa para explicar la falta de correlación. De todo ello, se sugiere la investigación de la semántica de esta palabra en posteriores investigaciones. Adicionalmente, sugerimos un nuevo fraseo de estos ítems, los cuales tienen que ser sometidos a una evaluación para comprobar su adecuada comprensión y buena calidad:

Ítem 6

A veces pienso que me pueden pasar cosas malas.

Me intranquiliza que pasen cosas malas.

Estoy seguro de que pasarán cosas muy malas

Ítem 11

Siempre me intranquilizan las cosas.

Muchas veces intranquilizan las cosas.

De vez en cuando me intranquilizan las cosas.

Ítem 19

No me angustia el dolor ni la enfermedad.

Muchas veces me angustia el dolor y la enfermedad.

Siempre me angustia el dolor y la enfermedad.

Respecto a la estabilidad temporal, encontramos una correlación positiva considerable en un intervalo de 30 días. La estabilidad temporal que presentan los resultados se muestran congruentes con la mayoría de los estudios internacionales revisados que cita 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 Reátegui (1994). En la presente investigación, el análisis de la estabilidad temporal tiene la limitación de que se realizó con un grupo pequeño de la muestra; sin embargo, nos proporcionan importante información referida a la permanencia en el tiempo de los resultados del inventario y, con ello, de la estabilidad del constructo de depresión en la población infantil y adolescente.

Como hemos podido revisar en los diversos estudios hechos con el CDI, los resultados de la estabilidad temporal suelen ser altos en el primer mes de su aplicación y suelen modificarse tornándose mayormente en bajos luego del primer mes, lo cual se explica por la labilidad emocional infantil (Kovacs, 2004). El decrecimiento de la estabilidad temporal también se puso en evidencia en el estudio realizado por Reategui, donde se pudo comprobar que los indicadores que tenían un intervalo de 9 semanas eran más bajos que los de 4 semanas. Sin embargo el estudio se hizo con poblaciones diferentes. Esta tendencia al decrecimiento de la estabilidad temporal conforme se incrementa el período entre una y otra evaluación, es un factor que puede ser analizado en futuras investigaciones que abarquen periodos más grandes de tiempo.

En relación a la validez de criterio concurrente, se empleó el cuestionario EDARS que mide depresión, el cual fue adaptado en un estudio realizado con una población de adolescentes en Lima. El instrumento está escrito con lenguaje sencillo, contiene ítems que se relacionan con el CDI y ha sido utilizado por otras investigaciones para encontrar los indicadores de la validez de criterio concurrente. Dado que se pudo observar que el lenguaje era pertinente para la zona y para el grupo

de adolescentes a quien iba dirigido, no se realizó ninguna modificación en el cuestionario. Asimismo, al momento de la aplicación no se observaron inconvenientes en la comprensión de los ítems.

El análisis de la validez de criterio concurrente dio como resultado un índice de correlación positiva considerable, el cual está por encima de los estudios citados en esta investigación, como por ejemplo Figueras-Masip et al. (2001, citados en Kovacs, 2004) y Del Barrio et al. (1996, citados en Kovacs). Esta alta correlación nos indica el alto grado de congruencia que tuvo la población al responder a las evaluaciones, la relación existente entre estos dos cuestionarios y, sobre todo, nos hace concluir que el CDI mide adecuadamente la sintomatología depresiva.

En relación a la validez de constructo convergente, se empleó el cuestionario STAIC que mide ansiedad. El instrumento está escrito también con lenguaje sencillo y ha sido utilizado por otras investigaciones para encontrar los indicadores de la validez de constructo convergente, por lo que se determinó su pertinencia al momento de planificar la investigación. De igual manera que con los otros instrumentos, al momento de la aplicación no se observaron inconvenientes en la comprensión de los ítems.

Si bien la ansiedad y la depresión son dos entidades diferentes, como lo refiere Del Barrio (2005), ambas se pueden observar frecuentemente asociadas en la población infantil, encontrándose que hasta en un 75% de los casos cursan de manera paralela. Además, según los modelos cognitivos, la ansiedad posee componentes relacionados con la depresión como un sesgo atencional que se centra en percepción de estímulos sociales de carácter negativo, pensamientos pesimistas sobre las capacidades de afrontamiento de sí mismo, autopercepción negativa, etc. (Olivares, 2004). Estos factores propician que el constructo de la ansiedad sea el más pertinente para poder estudiar la validez de constructo convergente de una prueba de sintomatología depresiva.

Respecto a este análisis de validez, se obtuvo una correlación positiva media con el STAIC, cuya correlación es semejante a los coeficientes encontrados en otros estudios revisados como el de Blumberg e Izard (1986, citados en Kovacs, 2004). Esta correlación adecuada y significativa nos permite concluir que existe una relación entre los síntomas de la depresión y de la ansiedad presentes en la muestra evaluada. Es por ello que, probablemente, también exista una comorbilidad del trastorno de ansiedad y la depresión, como señala Del Barrio (2005), en los niños y adolescentes de Cajamarca.

Para la realización de los análisis de validez de criterio concurrente y de constructo convergente se verificó la confiabilidad de los test usados para obtener

dichos análisis (STAIC y EDARS) encontrándose adecuados índices de confiabilidad, lo cual nos permite verificar la pertinencia del uso de estos test y refuerza los resultados de validez obtenidos en la presente investigación. Asimismo, nos da una aproximación a las características psicométricas de estos tests que podrían ser utilizados en futuras investigaciones.

En relación a la validez de constructo evaluado a través de análisis factorial, podemos observar que los diferentes métodos utilizados para el número de factores encuentran ocho factores, a diferencia de la adaptación española en la cual se encuentran solo dos factores. Sin embargo, cuando se verifica la composición de estos ocho factores, estos se presentan difícilmente agrupables, puesto que algunos de sus ítems no guardan una relación teórica con los otros. Adicionalmente, las agrupaciones encontradas son diferentes a la composición de los factores de la prueba original de Autoestima y Disforia. Por ejemplo, una de las agrupaciones encontradas es la de los ítems 01, 10, 11 y 25 referidos a tristeza, llanto, aprensión y sentimiento de no ser querido respectivamente, los cuales incluyen ítems de sentimientos disfóricos y autoestima indistintamente.

Esta dificultad para agrupar los factores, se debe, probablemente, a la complejidad psicológica de la población examinada, debida a factores culturales y evolutivos. De otro lado, se puede observar que uno de los factores es el más fuerte, lo cual puede sugerir que el inventario, por lo menos en la población examinada, parece medir solamente el constructo de la depresión en general incluyendo tanto los elementos disfóricos como los de autoestima. Esta última hipótesis, es favorecida por el hecho de que los factores hallados se encuentran, como veíamos líneas arriba, compuestos internamente por los elementos correspondientes a ambos factores originales del inventario.

Estos resultados poco claros, sugiere la importancia de seguir investigando a partir de un análisis factorial confirmatorio, los dos factores que se han propuesto en la prueba (Autoestima y Disforia) para ver su adecuación a nuestra población.

Características de la sintomatología depresiva en la muestra

En lo referente a las diferencias de los puntajes de sintomatología depresiva, respecto al sexo de los participantes, a nivel descriptivo, las mujeres obtienen un mayor promedio que los varones. Pese a ello, estas diferencias no resultan significativas, por lo que se puede afirmar que existe el mismo grado de sintomatología depresiva entre varones y mujeres. En los resultados obtenidos en la muestra utilizada en la adaptación española del CDI, existen diferencias significativas entre mujeres y

varones, donde se puede observar un mayor promedio en la sintomatología presentada en mujeres (Kovacs, 2004).

Martínez-Otero (2007a, 2007b), utilizando la misma adaptación española del CDI en una muestra de niños y adolescentes españoles, encuentra diferencias significativas por género en los adolescentes entre 12 y 15 años y la presencia de una mayor sintomatología depresiva en las mujeres adolescentes. Sin embargo no encuentra diferencias significativas en el grupo de niños entre 8 y 10 años.

Del mismo modo, encontramos que los resultados obtenidos con población peruana por Reátegui (1994), con una versión anterior del instrumento, son similares a los obtenidos en el presente estudio en lo que se refiere a la muestra de escolares normales y con problemas de aprendizaje. Sin embargo, el mismo autor, encuentra diferencias significativas por género en la población clínica con diagnóstico de depresión y otras patologías donde los varones obtienen menor puntaje que las mujeres.

Si bien estas diferencias deben ser investigadas posteriormente, podemos concluir que en nuestra realidad, a diferencia de los estudios internacionales revisados, probablemente, no existen diferencias significativas en los grados de sintomatología depresiva según el género, por lo menos en población normal de niños y adolescentes.

En función a la variable edad, se encontró que no había diferencias significativas en los análisis de año a año. Sin embargo, en vista de las particularidades propias de cada etapa del desarrollo, hemos considerado pertinente agrupar las edades siguiendo un criterio evolutivo. Para determinar las edades que comprenden las diversas etapas nos hemos encontrado con una gran diversidad de autores que plantean diversas edades tanto para el inicio como para el fin de cada etapa al interior de la niñez y la adolescencia, así como diferencias en cuanto al género. Por ello, hemos creído por conveniente y con la finalidad de destacar las diferencias entre las etapas evolutivas dividir la muestra entre niñez (que comprendería el intervalo de 7 a 9 años), pubertad (entre 10 a 12 años) y adolescencia temprana (entre 13 a 15 años). Planteada la diferencia de esta manera, se puede observar la existencia de diferencias significativas entre los grupos de edades.

Sin embargo, existe la particularidad de que estas diferencias no siguen una misma tendencia, el grupo de niños (7-9 años) y adolescentes (13 a 15 años) presentan mayores índices de depresión que el grupo de púberes. Reátegui (1994) encuentra en su estudio que la influencia que tiene la variable edad es débil e irregular, mostrando solo una tendencia a presentar mayores niveles de depresión en los grupos de mayor edad. Esta tendencia podría ser explicada por la presencia de

características emocionales propias de esta edad, que hacen más vulnerables a los adolescentes a presentar sintomatología depresiva. Además, confirma los datos epidemiológicos revisados anteriormente que ponen el trastorno depresivo como uno de los más frecuentes en la población estudiada. Asimismo, el análisis por edades que presenta la muestra con la que se ha elaborado el inventario original, citado en Kovacs (2004), nos muestra una tendencia a incrementar los síntomas depresivos de acuerdo a la edad.

Sin embargo, se destaca que los promedios en la sintomatología depresiva son mayores a los que cita Kovacs (2004), sobre todo en lo que se refiere a las edades más cortas. Este elevado índice en la población de niños, es bastante similar al encontrado también en el grupo de adolescentes. Desde la óptica cultural, como habíamos mencionado anteriormente, las personas que viven en las ciudades de la sierra están influenciadas tanto de la cultura occidental como de la cultura andina. Por esta razón, poseen varios factores de riesgo particulares a estas regiones donde la pobreza es uno de los principales factores del deterioro de la calidad de vida de los niños (Jara, 2000), el tipo de interacción y el estilo de crianza, (Ortiz, 1994 y Anderson, 1994).

En la misma línea, como menciona Panéz (2004), en la sierra el adolescente tiene un sentido trágico de la vida, vinculado con sus necesidades afectivas de protección, de apoyo y relacionado también con la perspectiva futura de la supervivencia, lo cual configura una visión pesimista del futuro. Todos estos aspectos explican, de alguna manera, el elevado nivel de sintomatología depresiva presente en nuestra muestra. Además, advierte la necesidad de promover programas de prevención de la depresión en estas zonas para ayudar a disminuir los rasgos depresivos sobre todo de los niños.

Con respecto a la baja presencia de sintomatología depresiva en las edades entre 10 y 12 años, podemos plantear la hipótesis de que los niños menores a estas edades se encuentran con menos recursos para enfrentar a su medio. Sin embargo, durante la pubertad (10 a 12 años) existe un periodo de reforzamiento de sus recursos favorecido por el colegio y los pares por lo que la forma en como ven y sienten al mundo puede ser menos adversa que la de los niños y los adolescentes por las características mencionadas anteriormente. El campo de la investigación se abre paso otra vez en este punto.

Por último, se encuentran diferencias significativas respecto a las instituciones educativas, siendo las instituciones estatales las que presentan un mayor promedio en depresión. Los estudios realizados con población peruana como el de Reátegui (1994) y Raffo (1991) han encontrado diferencias significativas en función del nivel

socioeconómico, de lo cual se obtuvo que la clase social baja posee mayores niveles de depresión que el resto de niveles socioeconómicos. En nuestro estudio, no se utilizó una ficha sociodemográfica que pudiera diferenciar en el nivel socioeconómico de los participantes; sin embargo, es notable la presencia de sectores socioeconómicos predominantemente bajos en los colegios estatales y predominantemente medios y altos en los particulares. Esto explicaría la presencia de mayores índices de sintomatología depresiva en el grupo de escolares pertenecientes a entidades educativas estatales pues sabemos que, como refiere Jara (2000), la pobreza deteriora la calidad de vida del niño y frustra a los padres quienes, a su vez, transmitirán estas frustraciones a sus hijos. Este punto, nos lleva a reflexionar y a inferir sobre el estado de salud mental de la gran mayoría de niños que viven en situación de pobreza y pobreza extrema en el Perú y abre campo a nuevas investigaciones sobre el tema, poniendo énfasis en la sintomatología depresiva que podría estar presente en estos sectores.

En conclusión, tomando en cuenta todos los aspectos psicométricos revisados se puede decir que el CDI es un instrumento que se adecua a la población de la ciudad de Cajamarca y que puede medir de manera válida y confiable la sintomatología depresiva presente en la población de estudiantes entre 7 y 15 de esta zona.

CONCLUSIONES

En principio, se pudo alcanzar el objetivo planteado de adaptar de forma satisfactoria el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en la población de estudiantes entre 7 y 15 años de la ciudad de Cajamarca, demostrando su adecuación en los niños y adolescentes de esta zona.

En función de los demás objetivos planteados, la presente investigación ha demostrado que el CDI posee adecuadas propiedades psicométricas de validez y confiabilidad, por lo que se presentan las siguientes conclusiones:

- El CDI ha demostrado tener una alta consistencia interna, pues los coeficientes de confiabilidad Alfa de Cronbach y de dos mitades alcanzaron un nivel aceptable.
- Los coeficientes de correlación ítem-test fueron adecuados en su mayoría, a excepción de los ítems 6, 11 y 19, debido a algunas diferencias en el uso de las acepciones del verbo “preocupar”. Por ello, se sugiere un nuevo fraseo de los ítems.
- El CDI ha demostrado poseer una buena estabilidad temporal, pues se ha encontrado una correlación positiva considerable, utilizando el método test-retest en un intervalo de 30 días.
- El CDI presenta una adecuada validez de criterio concurrente con el cuestionario EDARS, que también mide depresión, el cual dio como resultado un índice de correlación positiva considerable.
- Para encontrar la validez de constructo convergente del CDI, se empleó el cuestionario STAIC, obteniéndose una correlación positiva media con los puntajes de ansiedad de la muestra, semejante a los coeficientes encontrados en otros estudios revisados.
- En relación a la validez de constructo evaluado a través de análisis factorial exploratorio, se pudo observar que, a pesar de encontrar ocho factores a

diferencia de la adaptación española en la cual se encuentran sólo dos, la dificultad de agrupación que presentan estos factores en las variables que la conforman sugiere que el inventario, por lo menos en la población examinada, mide solamente el constructo de la depresión en general.

En lo referente a la sintomatología depresiva en la muestra, se concluye que:

– En relación al sexo de los participantes, a nivel descriptivo, las mujeres obtienen un mayor promedio que los varones. Sin embargo, estas diferencias no resultan significativas, por lo que se puede afirmar que existe el mismo grado de sintomatología depresiva entre varones y mujeres.

– En función a la variable edad, se encontró que no había diferencias significativas en los análisis de año a año. Pese a ello, en vista de las particularidades propias de cada etapa del desarrollo, se consideró pertinente agrupar las edades siguiendo un criterio evolutivo, donde se pudieron encontrar diferencias significativas.

– Asimismo, se encuentran diferencias significativas en función de las instituciones educativas, siendo las instituciones estatales las que presentan un mayor promedio en sintomatología depresiva que las instituciones particulares.

Por último, se han establecido rangos percentiles y puntuaciones Z para el CDI a partir de la muestra de participantes.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM IV-TR). Barcelona: Masson.
- Anderson, J. (1994). La socialización infantil en comunidades andinas y migrantes urbanos del Perú. *Proyectos de innovaciones pedagógicas no formales* (Vol. 1). Lima: Ministerio de Educación – Fundación Bernard van Lee.
- Bailey, M., Zauszniewski, J., Heinzer, M. & Hermstrom-Krainess, M. (2007). Patterns of depressive symptoms in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20 (2), 86-95.
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 (2), 258-269.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Bhatia, S. K. & Bathia, S. C. (2007). Childhood and adolescent depression. *American Family Physician*, 75 (1), 73-80.
- 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]. *Acta Colombiana de Psicología* 13, 79-90.
- Costello, C. (1980). Childhood depression: Three Basic but questionable assumptions in the Lefkowitz and Burton critique [Versión electrónica]. *Psychological Bulletin*, 87 (1), 185-190.
- Cuevas, M. y Teva, I. (2006). Evaluación y tratamiento de la depresión infantil. En Bermúdez, M. y Bermúdez, A. (Eds.). *Manual de psicología clínica infantil*. (pp. 219-268). Madrid: Biblioteca nueva.
- Dahl, R., Birmaher, B., Williamson, D., Dorn, L., Perel, J., Kaufman, J., et al. (2000). Low growth hormone response to growth hormone-releasing hormone in child depression. *Biological Psychiatry*, 48 (10), 981-988. Abstract extraído el 03 de junio, 2008 de la base de datos de PsycINFO.

- De Barbieri, A. (2007). Nuevas familias, nuevas complejidades. *Revista del Área de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Republica*, 7. Extraído el 23 de Mayo, 2008, de <http://www.itinerario.psico.edu.uy/Nuevasfamiliasnuevascomplejidades.htm>.
- Del Barrio, M. (2005). Trastornos depresivos. En Gonzáles, R. (coord.). *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 229-262). Madrid: Pirámide.
- Diez, M. (2003). Análisis bibliométrico sobre depresión infantil en España [Versión electrónica]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 03, 645-653.
- Domínguez, D. y Torres, A. (1996). Aspectos clínicos epidemiológicos de la depresión en la adolescencia. En Bassas, N. y Tomás, J. (Coord.). *Carencia afectiva, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Alertes.
- Eaves, L., Silberg, J., Maes, H., Simonoff, E., Pickles, A., Rutter, M., et al. (1997). Genetics and developmental psychopathology: 2. The main effects of genes and environment on behavioral problems in the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(8), 965-980. Abstract extraídos el 03 de junio, 2008 de la base de datos de PsycINFO.
- Feldman, R. (2002). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana* (4ª Ed.). México: Mc. Graw Hill.
- Figueras, A. (2006). Multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. [Versión electrónica]. Tesis para optar al título de Doctora en Psicología, Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics, Universitat de Barcelona, Barcelona, España.
- Gaspar de Matos, M., Barrett, P., Dadds, M., & Shortt, A. (2003, March). Anxiety, depression, and peer relationships during adolescence: Results from the Portuguese national health behaviour in school-aged children survey. *European Journal of Psychology of Education - EJPE*, 18 (1), 3.
- Ghaziuddin, N., King, C., Welch, K., Zaccagnini, J., Weidmer-Mikhail, E., Mellow, A., et al. (2000). Serotonin dysregulation in adolescents with major depression: Hormone response to meta-chlorophenylpiperazine (mCPP) infusion. *Psychiatry Research*, 95 (3), 183-194. Abstract extraído el 03 de junio, 2008 de la base de datos de PsycINFO.
- Gomez-Maquet, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (3), 435-447.

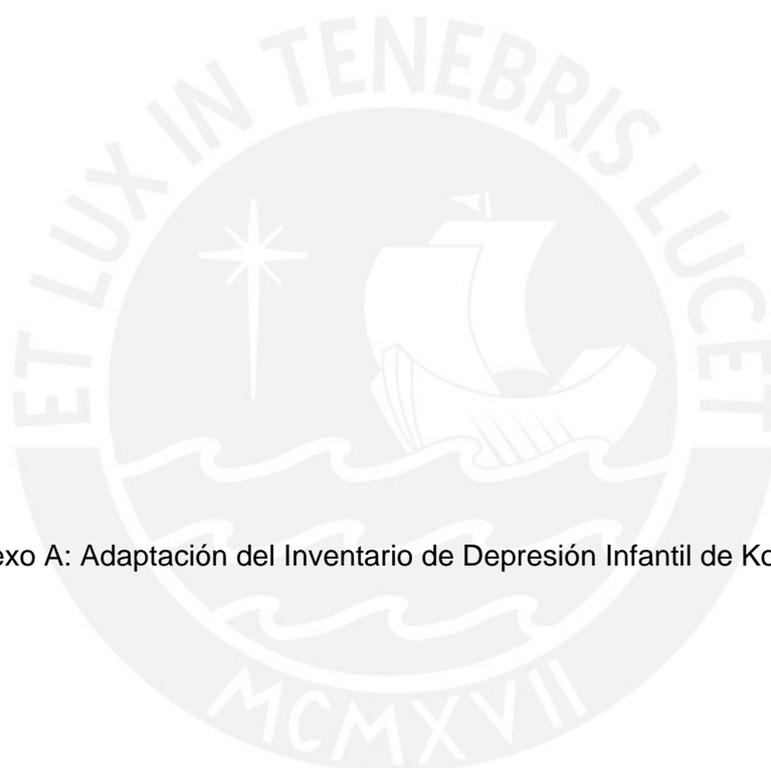
- González-Vigil, T. (2008). Relación entre la percepción del apoyo parental a la autonomía e involucramiento parentales con ansiedad en púberes. Tesis para optar al Título de Psicólogo, Departamento de Psicología, Pontificia Universidad Católica de, Perú, Lima, Perú. (Investigación en curso)
- Goodyer, I., Ashby, L., Altham, P., & Vize, C. (1993). Temperament and major depression in 11 to 16 year olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(8), 1409-1423. Abstract extraído el 01 de junio, 2008 de la base de datos de PsycINFO.
- Harrison, M y Newcorn, J. (1996). Exploración psiquiátrica y diagnóstica en niños y adolescentes. En Parmelee, D. (Edit.). *Psiquiatría del niño y el adolescente*. Madrid: Harcourt Brace.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). México D. F.: Mc Graw Hill.
- Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". (2003). *Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General*. [Versión electrónica]. *Anales de Salud Mental* Vol. XIX. Número 1 y 2.
- Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". (2005). Estudio epidemiológico de salud mental en Cajamarca 2003. Informe general. [Versión electrónica]. *Serie: Monografías de investigación N° 10*.
- Jara, L. (2000) Conociendo a los niños andinos a través de sus dibujos y sus sueños. En Panez, R., Silva, G. y Silva, M. (Eds.) *Resiliencia en el ande. Un modelo para promoverla en los niños*. Lima: P & S.
- Jiménez, M. (1995). Depresión infantil: Aspectos clínicos. En Jiménez, M. (Coord.). *Psicopatología infantil* (pp. 89-108). Granada: Aljive.
- Kaslow, N., Croft, S. & Hatcher, C. (1999). Depression and bipolar disorder in children and adolescents. En Netherton, S., Holmes, D. y Walker, C. (Eds.). *Child and adolescents psychological disorders*. New York: Oxford university press.
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de depresión infantil (CDI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Kowatch, R., Emslie, G y Kennard, B. (1996). Trastornos del estado de ánimo. En Parmelee, D. (Edit.). *Psiquiatría del niño y el adolescente*. Madrid: Harcourt Brace.
- Lefkowitz, M. & Burton, N. (1978). *Childhood depression: A Critique of the concept* [Versión electrónica]. *Psychological Bulletin*, 85 (4), 716-726.
- Lefrançois, R. (2001). *El ciclo de la vida*. México: Internacional Thomson Editores.
- Liu, X., Buysse, D., Gentzler, A., Kiss, E., Mayer, L., Kapornai, K., et al. (2007). Insomnia and hypersomnia associated with depressive phenomenology and comorbidity in childhood depression. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep*

- Disorders Research*, 30(1), 83-90. Abstract extraído el 02 de junio, 2008 de la base de datos de PsycINFO.
- Martínez-Otero, V. (2007a). Sintomatología depresiva en adolescentes: Estudio de una muestra de alumnos de la zona sur de Madrid capital [Versión electrónica]. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 3, 224-237.
- Martínez-Otero, V. (2007b). Sintomatología depresiva en niños: Estudio de una muestra de escolares de la zona sur de Madrid capital [Versión electrónica]. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 3 (10), 73–88.
- Mattison, R., Handford, H., Kales, H., Goodman, A., & McLaughlin, R. (1990). Four-year predictive value of the Children's Depression Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(2), 169-174.
- Ministerio de Educación de la República del Perú. Unidad de estadística educativa (2008). Estadísticas de la calidad educativa. Extraído el 01 de junio, 2008 de la página Web del Ministerio de Educación <http://www.minedu.gob.pe/> y luego <http://escale.minedu.gob.pe/escale/inicio.do?pagina=2>
- Olivares, J. (2004). Fobia social en la adolescencia: el miedo a relacionarse y a actuar ante los demás. Madrid: Pirámide
- Organización Mundial de la salud (2007). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: Médica Panamericana.
- Ortiz, A. (1994). Un estudio sobre los grupos autónomos de los niños a partir de un trabajo de campo en Champacocha, Andahuaylas. *Proyectos de innovaciones pedagógicas no formales* (Vol. 3). Lima: Ministerio de Educación – Fundación Bernard van Lee.
- Panez, R. (2004). El lenguaje silencioso de los niños: un estudio peruano sobre los derechos del niño desde su producción creativa. Lima: Panez & Silva.
- Papadakis, A., Prince, R., Jones, N. & Strauman, T. (2006). Self-regulation, rumination, and vulnerability to depression in adolescent girl. *Development and Psychopathology* 18, 815-829.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2001). Desarrollo humano. Bogota: Mc Graw Hill.
- Perdomo, R. (2004). Siglo XXI – Trauma social, violencia y adolescencia. *Revista del Área de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Republica*, 2. Extraído el 23 de Mayo, 2008, de <http://www.itinerario.psico.edu.uy/SigloXXITraumasocialviolenciayadolescencia.htm>.

- 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 (2001). *Diccionario de la lengua Española (22ª Ed.)*. España: Espasa.
- Reategui, 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.
- Rodríguez, J. (2000). Las Depresiones infantiles. En Rodríguez, J (Coord.). *Psicopatología infantil básica*. Madrid: Pirámide.
- Rosso, I., Cintron, C., Steingard, R., Renshaw, P., Young, A., & Yurgelun-Todd, D. (2005). Amygdala and Hippocampus Volumes in Pediatric Major Depression. *Biological Psychiatry*, 57 (1), 21-26. Abstract extraído el 03 de junio, 2008 de la base de datos de PsycINFO.
- Rosselló, J. y Berríos, M. (2004) Ideación suicida, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as [Versión electrónica]. *Revista interamericana de psicología*, 38 (2), 295-302.
- Saavedra, J. (s.f.) *Situación de la salud mental en el Perú*. Extraído el 13 de abril de 2008 desde la pagina Web del Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" <http://www.minsa.gob.pe/insmhdhn/index.htm> y luego <http://www.minsa.gob.pe/insmhdhn/situacionsm.htm>.
- Salazar, G. (2004). Prevalencia de depresión mayor en escolares de 12 a 16 años de edad en tres colegios de la ciudad de Huancayo. Trabajo de investigación, Universidad Particular Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas En Belloch, A. Sandín, B. y Ramos, F. (Edit.). *Manual de psicopatología (Vol. 2)*. Madrid: McGraw-Hill.
- Silberg, J & Bulik, C. (2005). The developmental association between eating disorders symptoms and symptoms of depression and anxiety in juvenile twin girls. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 46 (12), 1317-1326.
- Silva, G. (2000) Socialización andina y resiliencia. En Panez, R., Silva, G. y Silva, M. (Eds.). *Resiliencia en el ande. Un modelo para promoverla en los niños*. Lima: P & S.

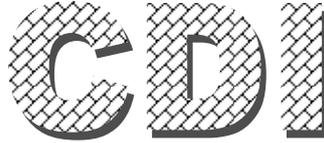
- Sood, A y Nirbhay, N. (1996). Instrumentos diagnósticos. En Parmelee, D. (Edit.). *Psiquiatría del niño y el adolescente*. Madrid: Harcourt Brace.
- Spitz, R. (1958/1973). *El primer año de vida: Génesis de las primeras relaciones objetales* (6ª reimpresión). Madrid: Aguilar.
- Tomàs, J., Teixidó, M. y Gastaminza, X. (1996). La depresión en la infancia y la adolescencia. En Bassas, N. y Tomás, J. (Coord.). *Carencia afectiva, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Alertes.
- Twenge, J., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort difference on the Children's Depression Inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 578-588.
- Ugarriza, N y Escurra, M (2002). Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona*, 5, 83-130.
- Vieytes, R. (2004). Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad: epistemología y técnicas. Buenos Aires: De las ciencias.
- Villamil, R. y Manero, R. (2004). Infancia y terror en la vida cotidiana. *Revista del Área de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Republica*, 1. Extraído el 23 de Mayo, 2008, de <http://www.itinerario.psico.edu.uy/Infanciayterrorenlavidadcotidiana.htm>
- Villaseñor, S., Rojas, C., Albarrán, A. y Gonzáles, A. (2006). Un enfoque transcultural de la depresión. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 69 (1-4), 43-50.
- Waslick, B., Kandel, R. y Kakourous, A. (2003). La depresión en niños y adolescentes. En Shaffer, D. y Waslick, B. (Ed.). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Ars Medica.
- Weissman, M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Verdeli, H., Pilowsky, D. et al. (2005). Families at high and low risk for depression: a three generation study. *Archives of General Psychiatry*, 62 (1), 29-36. Abstract extraído el 03 de junio, 2008 de la base de datos de PsycINFO.
- Wicks-Nelson, R. y Israel, A. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.





Anexo A: Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs

GRADO:..... SECCIÓN:..... COLEGIO:.....
 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 se recogen esos sentimientos e ideas. De cada grupo, señala una frase que sea **LA QUE MEJOR DESCRIBA** cómo te has sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. Una vez que termines con un grupo de frases, pasa al siguiente.

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

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

EJEMPLO:

- Siempre leo libros
- De vez en cuando leo libros
- Nunca leo libros

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

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

PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE.

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

- 15.
- Siempre me cuesta hacer las tareas.
 - Muchas veces me cuesta hacer las tareas.
 - No me cuesta hacer las tareas.

- 16.
- Todas las noches me cuesta dormir.
 - Muchas veces me cuesta dormir.
 - Duermo muy bien.

- 17.
- De vez en cuando estoy cansado o cansada.
 - Muchos días estoy cansado o cansada.
 - Siempre estoy cansado o cansada.

- 18.
- La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
 - Muchos días no tengo ganas de comer.
 - Como muy bien.

- 19.
- No me preocupan el dolor ni la enfermedad.
 - Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad.
 - Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad.

- 20.
- Nunca me siento solo o sola.
 - Muchas veces me siento solo o sola.
 - Siempre me siento solo o sola.

- 21.
- Nunca me divierto en el colegio.
 - Sólo a veces me divierto en el colegio.
 - Muchas veces me divierto en el colegio.

- 22.
- Tengo muchos amigos.
 - Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
 - No tengo amigos.

- 23.
- Mi trabajo en el colegio es bueno.
 - Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
 - Llevo muy mal los cursos que antes llevaba muy bien.

- 24.
- Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
 - Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños.
 - Soy tan bueno como otros niños.

- 25.
- Nadie me quiere.
 - No estoy seguro de que alguien me quiera.
 - Estoy seguro de que alguien me quiere.

- 26.
- Generalmente hago lo que me dicen.
 - Muchas veces no hago lo que me dicen.
 - Nunca hago lo que me dicen.

- 27.
- Me llevo bien con la gente.
 - Muchas veces me peleo.
 - Siempre me peleo.

Anexo B: Correlación ítem – test para la escala total.

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
CD 01	.402	.782
CD 02	.388	.782
CD 03	.366	.783
CD 04	.309	.785
CD 05	.299	.787
CD 06	.151	.793
CD 07	.389	.784
CD 08	.350	.784
CD 09	.341	.784
CD 10	.480	.778
CD 11	.111	.799
CD 12	.294	.786
CD 13	.342	.784
CD 14	.260	.787
CD 15	.234	.790
CD 16	.327	.784
CD 17	.323	.785
CD 18	.338	.784
CD 19	.119	.797
CD 20	.467	.777
CD 21	.438	.779
CD 22	.325	.785
CD 23	.285	.787
CD 24	.384	.782
CD 25	.523	.776
CD 26	.204	.790
CD 27	.328	.785

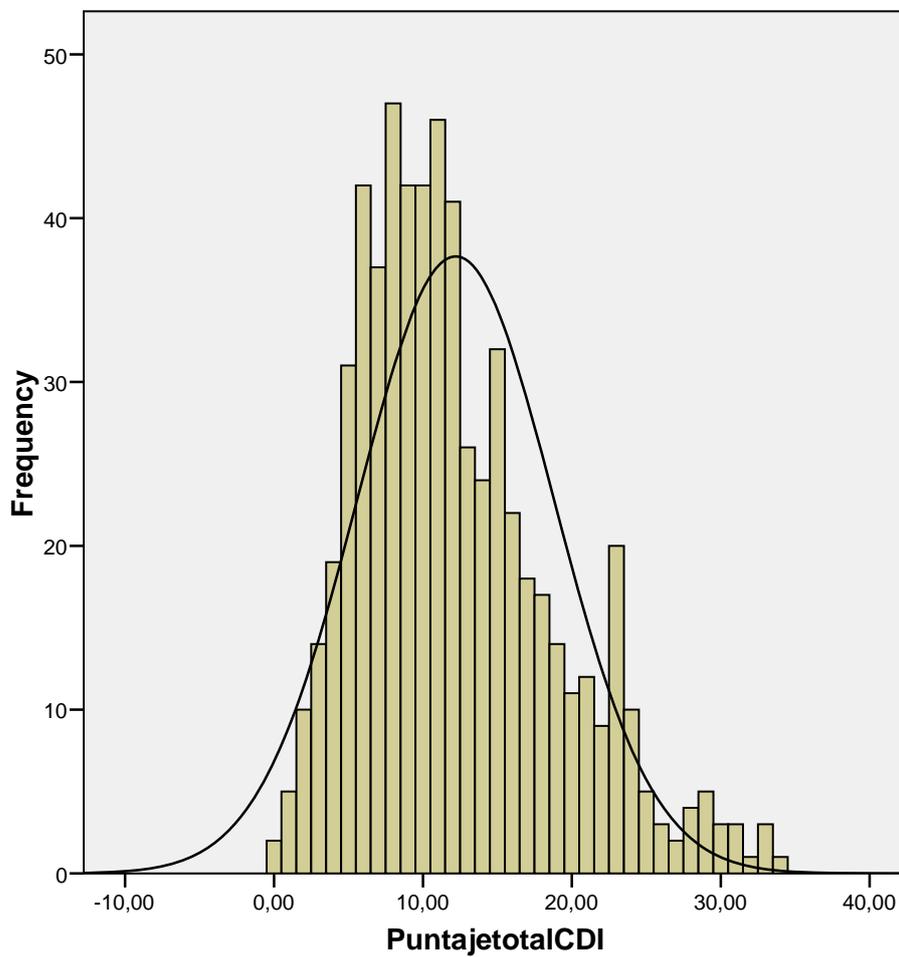
Anexo C: Cuadro de correlación ítem – test por grupo de edades.

	Correlación elemento-total corregida en grupo de 7 a 9 años	Correlación elemento-total corregida en grupo de 10 a 12 años	Correlación elemento-total corregida en grupo de 13 a 15 años
CD 01	0.279	0.409	0.515
CD 02	0.428	0.336	0.415
CD 03	0.210	0.447	0.478
CD 04	0.302	0.305	0.342
CD 05	0.334	0.336	0.224
CD 06	0.083	0.154	0.219
CD 07	0.388	0.278	0.470
CD 08	0.422	0.269	0.313
CD 09	0.233	0.290	0.448
CD 10	0.444	0.533	0.470
CD 11	0.092	0.125	0.096
CD 12	0.260	0.364	0.254
CD 13	0.266	0.412	0.423
CD 14	0.246	0.151	0.369
CD 15	0.124	0.248	0.270
CD 16	0.265	0.299	0.391
CD 17	0.291	0.363	0.308
CD 18	0.357	0.317	0.389
CD 19	-0.105	0.247	0.208
CD 20	0.375	0.469	0.544
CD 21	0.476	0.409	0.394
CD 22	0.334	0.291	0.353
CD 23	0.226	0.345	0.321
CD 24	0.410	0.353	0.386
CD 25	0.487	0.425	0.598
CD 26	0.337	0.167	0.134
CD 27	0.267	0.359	0.393

Anexo D: Prueba de normalidad.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	
N	623
Kolmogorov-Smirnov Z	2.957
Asymp. Sig. (2-tailed)	0.00

Anexo E: Gráfico de Normalidad.



Mean =12,19
Std. Dev. =6,598
N =623

Anexo F: Consentimiento Informado para Padres o Tutores.

Estimado padre de familia:

La referida investigación es conducida por Renato Ramírez Barrantes, estudiante del último ciclo de la carrera profesional de Psicología Clínica, perteneciente a la Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Este estudio se realizará en la ciudad de Cajamarca con 600 alumnos elegidos al azar, con la finalidad de realizar una investigación para adaptar a nuestra realidad un Inventario que permita evaluar la Depresión en los niños y adolescentes. Los resultados de este estudio serán parte de una Tesis y a la vez servirán para ayudar a mejorar los programas de detección de niños que presenten síntomas depresivos, así como también ser una herramienta útil para los psicólogos de nuestra localidad.

Si usted está de acuerdo en permitir que su hijo(a) participe, le pediremos a él/ella que complete un cuestionario en los próximos días. Puede que se le pida a su hijo(a) que complete dos cuestionarios adicionales. La duración de toda la evaluación no llevará más de 30 minutos previamente coordinados con la dirección del colegio y el profesor responsable del aula.

Las encuestas se responden de forma anónima. La información recopilada acerca de su hijo(a) se tratará en forma confidencial. La información se usará para fines del estudio y sin ningún otro propósito. Los padres de familia, el personal de la escuela y otros estudiantes no tendrán acceso a esta información. No se usará el nombre de su hijo(a) en ninguno de los reportes.

Para que su hijo(a) participe en el estudio, AMBOS, usted y su hijo(a), deben estar de acuerdo en participar. Su decisión sobre la participación de su hijo(a) en este estudio es completamente voluntaria. La presente investigación está autorizada por el Director del centro educativo.

De tener preguntas sobre la participación de su menor hijo en este estudio, puede contactar a Renato Ramirez Barrantes al teléfono 01994426616.



POR FAVOR COMPLETE Y ENVÍE AL COLEGIO CON SU HIJO/A ESTA PARTE DEL DOCUMENTO, A MÁS TARDAR EL DIA DE MAÑANA.

Nombre del/de la niño(a): _____

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

ACEPTO que mi hijo(a) participe en las encuestas para esta investigación.

NO ACEPTO que mi hijo(a) participe en las encuestas para esta investigación.

Firma del padre/tutor: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Desde ya le agradecemos su participación.

Anexo G: Consentimiento Informado para Padres o Tutores formato Test-retest.

Estimado padre de familia:

La referida investigación es conducida por Renato Ramírez Barrantes, estudiante del último ciclo de la carrera profesional de Psicología Clínica, perteneciente a la Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Este estudio se realizará en la ciudad de Cajamarca con 600 alumnos elegidos al azar, con la finalidad de realizar una investigación para adaptar a nuestra realidad un Inventario que permita evaluar la Depresión en los niños y adolescentes. Los resultados de este estudio serán parte de una Tesis y a la vez servirán para ayudar a mejorar los programas de detección de niños que presenten síntomas depresivos, así como también ser una herramienta útil para los psicólogos de nuestra localidad.

Si usted está de acuerdo en permitir que su hijo(a) participe, le pediremos a él/ella que complete un cuestionario en los próximos días y otro en los siguientes 30 días. La duración de toda la evaluación no llevará más de 30 minutos previamente coordinados con la dirección del colegio y el profesor responsable del aula.

La información recopilada acerca de su hijo(a) se tratará en forma confidencial. La información se usará para fines del estudio y sin ningún otro propósito. Los padres de familia, el personal de la escuela y otros estudiantes no tendrán acceso a esta información. No se usará el nombre de su hijo(a) en ninguno de los reportes.

Para que su hijo(a) participe en el estudio, AMBOS, usted y su hijo(a), deben estar de acuerdo en participar. Su decisión sobre la participación de su hijo(a) en este estudio es completamente voluntaria. La presente investigación está autorizada por el Director del centro educativo.

De tener preguntas sobre la participación de su menor hijo en este estudio, puede contactar a Renato Ramirez Barrantes al teléfono 01994426616.



POR FAVOR COMPLETE Y ENVÍE AL COLEGIO CON SU HIJO/A ESTA PARTE DEL DOCUMENTO, A MÁS TARDAR EL DIA DE MAÑANA.

Nombre del/de la niño(a): _____

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

ACEPTO que mi hijo(a) participe en las encuestas para esta investigación.

NO ACEPTO que mi hijo(a) participe en las encuestas para esta investigación.

Firma del padre/tutor: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Desde ya le agradecemos su participación.