



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**Evidencias de validez del cuestionario de depresión CDS en estudiantes  
de secundaria del distrito de Otuzco**

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

**AUTORA:**

Br. Evelyn Ventura Espinoza

**ASESOR:**

Mg. Verónica Edith Álvarez Tinoco

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

PSICOMÉTRICA

TRUJILLO – PERÚ

2019



**PAGINA DE JURADO**



---

Dr. María Esther Quiroz Alcalde  
Presidenta



---

Mg. Candy Calderón de Balarczo.  
Secretaria



---

Mg. Ernesto Loyaga Bartra.  
Vocal

## **DEDICATORIA**

A Dios, por cuidarme y guiar mis pasos en todo momento, y ser una fuente de sabiduría.

A mi madre, por apoyarme en cada momento y etapa de mi vida, demostrando siempre su amor puro y sincero.

A mis hijos, por ser mi mayor fuente de motivación, para seguir alcanzando mis objetivos.

La Autora

## **AGRADECIMIENTO**

A la Mg. Verónica Edith Álvarez Tinoco, por aceptar ser asesora en esta investigación y a través de su guía y orientación, he podido alcanzar la meta trazada.

A los directores y personal docente de cada centro educativo, por las facilidades brindadas.

A los estudiantes, por aceptar participar de la investigación.

## **DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD**

Yo, Evelyn Ventura Espinoza, con DNI N° 18224894, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

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

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

Trujillo, Junio del 2019

---

Br. Evelyn Ventura Espinoza

DNI: 18224894

## **PRESENTACIÓN**

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada, “Evidencias de validez del cuestionario de depresión CDS en estudiantes de secundaria del distrito de Otuzco”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Licenciada en Psicología.

Br. Evelyn Ventura Espinoza

## ÍNDICE

Página del jurado .....	iii
Dedicatoria .....	iv
Agradecimiento .....	v
Declaratoria de autenticidad .....	vi
Presentación .....	vii
Resumen .....	xi
Abstract .....	xii
I. INTRODUCCIÓN .....	13
1.1. Realidad Problemática.....	13
1.2. Trabajos previos .....	18
1.3. Teorías relacionadas al tema .....	20
1.4. Formulación del problema .....	29
1.5. Justificación del estudio .....	29
1.6. Objetivos .....	29
II. MÉTODO .....	30
2.1. Diseño de investigación .....	30
2.2. Variable, Operacionalización .....	30
2.3. Población y muestra .....	31
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	33
2.5. Método de análisis de datos .....	34
2.6. Aspectos éticos .....	36
III. RESULTADOS .....	36
3.1. Análisis factorial confirmatorio .....	36
3.2. Análisis de consistencia interna .....	38
3.3. Análisis preliminar de los ítems .....	39
IV. DISCUSIÓN .....	40
V. CONCLUSIONES .....	43
VI. RECOMENDACIONES .....	44
VII. REFERENCIAS .....	45
ANEXOS.....	50

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Índices de ajuste del Cuestionario de Depresión para Niños.....	28
Tabla 2. Índices de consistencia interna del Cuestionario de Depresión para Niños.....	29

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo anidado del Cuestionario de Depresión para Niños.....	27
--	----

## RESUMEN

La presente investigación de corte psicométrico, tuvo por objetivo determinar las evidencias de validez del cuestionario de depresión para niños en estudiantes de secundaria de Otuzco. La muestra estuvo conformada por 509 adolescentes, quienes cumplían con los criterios de inclusión. Se lograron determinar las evidencias de validez basadas en la estructura interna por medio del análisis factorial confirmatorio, se observaron índices de ajuste adecuados para el modelo de dos dimensiones ( $\chi^2/df < 3$ ,  $RMR < .08$ ,  $GFI > .90$ ,  $NFI > .90$ ,  $RFI > .90$ ,  $PGFI > .70$  y un  $PNFI .906$ ). La confiabilidad se obtuvo por medio del método de consistencia interna de coeficiente Omega del Cuestionario Infantil de emociones positivas, encontrando un coeficiente Omega de .97 en total depresivo y de .70 en total positivo; entre sus escalas oscila de .74 a .84.

**Palabras clave:** evidencias de validez, confiabilidad, depresión, adolescentes.

## ABSTRACT

The present investigation of psychometric cut, had as objective to determine the evidences of validity of the questionnaire of depression for children in high school students of Otuzco. The sample consisted of 509 adolescents, who met the inclusion criteria. We were able to determine the evidence of validity based on the internal structure by means of confirmatory factor analysis, adequate adjustment indexes were observed for the two-dimensional model ( $\chi^2 / gl < 3$ , RMR  $< .08$ , GFI  $> .90$ , NFI  $> .90$ , RFI  $> .90$ , PGFI  $> .70$  and a PNFI  $.906$ ). Reliability was obtained by means of the Omega coefficient internal consistency method of the Positive Emotion Children Questionnaire, finding an Omega coefficient of  $.97$  in total depressive and of  $.70$  in positive total; between its scales it ranges from  $.74$  to  $.84$ .

**Keywords:** evidence of validity, reliability, depression, adolescents.

# I. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Realidad Problemática

La adolescencia, representa una etapa importante, ya que se va formando la personalidad, creencias, autoestima y conociendo o capacidades, siendo necesario que, durante este proceso, se cuente con un soporte familiar, social y cultural adecuado, que contribuya a una formación adecuada, sin embargo, en muchos casos, este soporte no es el adecuado y el adolescente puede llegar a presentar dificultades (Estrada, 2012). Lo que dificulta, en ellos, un desarrollo adecuado, conllevando a que presenten dificultades mayores como trastornos de la personalidad, conductas desafiantes o una depresión mayor (Hoyos, Lemos y Torres, 2012).

Frente a esto, Blum (2000) manifiesta, que los adolescentes, son más propensos a manifestar diversas dificultades, como la ansiedad, estrés o depresión, siendo necesario, que cuenten con un sistema de apoyo, que los ayude y oriente constantemente frente a cualquier adversidad que puedan llegar a tener. Por su parte, Tomás (2015) considera que, durante mucho tiempo se asumió los adolescentes o infantes, no padecían de esta dificultad; al respecto esta perspectiva ha cambiado, ya que se hace evidente que los niños y adolescentes suelen estar llenos de confusiones y vivencian situaciones que no logran procesar adecuadamente, que pueden conllevarlos a la depresión (Ramírez, 2009).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (2014) consideró a la depresión, como el causante de grandes dificultades entre las personas, sobre todo en los adolescentes, limitándolos en las actividades que realizan y siendo un factor de riesgo, para la manifestación de otras dificultades, como el suicidio, deserción escolar, ansiedad, estrés o problemas familiares.

Esta dificultad, se encuentra presente en diversos contextos, por ejemplo, en España, se calcula que durante el año 2015 el 4% de su población, presentó esta dificultad (Organización Mundial de la Salud, 2015). A la vez, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2017) cerca del 5% de la población adolescente e infantil, padece de depresión, representando un riesgo en su desarrollo.

A la vez, en Inglaterra, se presume que aproximadamente alrededor de 250 mil niños y adolescentes, presenta alguna dificultad emocional, siendo la más común la depresión (Boix, 2016); siendo una de las principales causas el entorno más cercano como la familia, escuela y cultura (Borges y Dos Santos, 2016), así como la influencia de los medios de comunicación, los modelos populares y las creencias erróneas que impiden tener una buena interpretación sobre los diversos eventos que experimenten (Bermúdez & Bermúdez, 2004).

A nivel nacional, se aprecia también, que la depresión ha logrado manifestarse entre la población, en más de un millón de ciudadanos, afectando más a los adolescentes y adultos mayores (Castillo, 2016). Por su parte, Castro (2017) encontró que, de 406 estudiantes de nivel secundario en Chimbote, el 67% presentaba indicadores relacionados a la variable de estudio, evidenciada en su falta de ánimo, dificultades para concentrarse y en la poca capacidad para expresar lo que sienten. En Trujillo, se considera que, durante los últimos años, los casos de depresión han aumentado, siendo los niños y adolescentes la población más vulnerable (Saavedra, 2012).

Actualmente, existen diversos instrumentos, que permiten determinar la presencia de depresión en estudiantes, entre los principales se encuentran la versión de Gonzáles (2009) del cuestionario de depresión de Beck que posee buenos indicadores de validez y confiabilidad, sin embargo, el rango de aplicación es para universitarios. El cuestionario de depresión infantil de Kovacs (CDI) adaptado por León (2013) en Lima, posee buenas evidencias de validez, pero su aplicación presenta un rango de 9 a 15 años.

La necesidad de contar con un instrumento que mida la depresión en niños, no es ajena la provincia de Otuzco, puesto que según datos no documentados por el departamento de psicología asevera que como problemática principal es la presencia de indicadores de depresión de los menores, por tanto, frente a esto, se pretende conocer las evidencias de validez en los adolescentes de Otuzco, del cuestionario de depresión para niños (CDS) en la versión adaptada en Trujillo por Alayo (2017), ya que cuenta con adecuadas bondades como validez y confiabilidad, es fácil de comprensión, su rango de aplicación está dado para escolares de 11 a 16 años, presenta un sólido constructo teórico y no requiere de mucho tiempo ser respondida. Ante esto, es importante que en el distrito cuente con un instrumento de medición validado a la realidad, sin embargo, en la actualidad no se han encontrado trabajos realizados en este sector.

## 1.2. Trabajos Previos

Alayo (2017) en Trujillo, logró determinar las propiedades psicométricas del cuestionario de depresión para niños en estudiantes del nivel secundario de Trujillo, evaluando a 475 estudiantes, pertenecientes a tres centros educativos, a quienes les administró el cuestionario de depresión para niños (CDS). Los resultados muestran que en el análisis factorial confirmatorio con índices de ajuste aceptables (GFI de .958 y un RMR de .049, un RFI de .94 y un NFI de .94.); a confiabilidad fue obtenida a través del coeficiente Omega corregido, siendo de .95 en el total depresivo y de .82 para total positivo.

Saavedra (2016) en Trujillo, buscó conocer las bondades psicométricas del cuestionario de depresión en niños, para lo cual evaluó a 424 estudiantes de nivel secundario, con edades de 12 a 16 años. Realizó el análisis de validez de constructo, evidenciando la presencia de seis sub-escalas con valores que varían de .30 a .75; el análisis factorial confirmatorio muestra un CFI de .80, un GFI de .77 y evidencia estadística altamente significativa ( $p < .01$ ) de correlaciones entre los Ítems, dentro de cada factor. La confiabilidad fue obtenida mediante el alfa de Cronbach siendo de .68 a .83.

Córdova (2014) buscó conocer las evidencias de valides del cuestionario de depresión en niños, en estudiantes de secundaria, cuyas edades oscilaron de 11 a 16 años, pertenecientes al distrito La Esperanza, siendo la muestra de 344 alumnos de ambos sexos. Donde realizó un análisis de validez de constructo empleado el método ítem sub-test evidenciándose correlaciones altamente significativas ( $p < .00$ ) entre todos los ítems; la confiabilidad fue obtenida mediante el alfa de Cronbach siendo para la escala total depresivo de .94 y para la escala total positivo .77, siendo un alfa respetable.

Bustos (2013) buscó determinar las propiedades psicométricas del cuestionario de depresión para niños, en el Distrito de Yautan, en una muestra conformada por 402 escolares de nivel secundario, con edades 12 y 16 años. Se realizó un análisis de validez del constructo, mediante la correlación ítem test, evidenciándose valores de .21 a .63; para obtener la confiabilidad, se realizó el análisis de alfa de Cronbach, mostrando valores respetables para para la escala Total Depresivo (Alfa = .928) y la escala Total Positivo (Alfa = .783).

Balluerka y Gorostiga (2013) validaron la Children's Depression Scale CDS en la lengua vasca, en un primer momento la muestra estuvo compuesta por 886 participantes de ambos

sexos con edades entre los 8 y 16 años de edad, el estudio posterior contó con una muestra de 2165 adolescentes entre varones y mujeres de edades entre los 12 y 19 años. Las evidencias reportadas del primer estudio indican que al analizar a través del método de componentes principales se redujeron a 37 reactivos de los 66, considerándose solo los que presentaban pesos factoriales por encima del .50, de tal modo que con la versión reducida se alcanzó un 39.82% de la varianza explicada, quedando la estructura con 27 reactivos para una dimensión y de 10 reactivos para la segunda, asimismo se correlacionó la versión completa con la reducida y los valores de correlación superan el .90. En cuanto a las evidencias del segundo estudio se aprecia que los índices de ajuste global del análisis factorial confirmatorio indican que el ajuste comparativo alcanzó (CFI) alcanzó un valor de .92, el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) es de .07, y las cargas factoriales estandarizadas obtuvieron valores de .579 a .841 para el primer factor y de .453 a .910 para el segundo; finalmente los valores de consistencia interna obtuvo un alfa de .84 a .95, y en el análisis de test-retest para las dimensiones señaladas se obtuvo índices de .73 y .75 respectivamente.

Ortiz (2012) determinó las propiedades psicométricas del cuestionario de depresión para niños, en estudiantes de nivel primario, en la ciudad de Trujillo, la muestra fue de 252 alumnos de ambos sexos, quienes cursaban del cuarto al sexto grado, cuyas edades oscilaron de 8 a 14 años; realizó una adaptación lingüística mediante el juicio de diez expertos, evidenciándose valores superiores a .80. Los resultados muestran puntajes en el índice de homogeneidad superiores a .30, se evidencia además una validez de constructo altamente significativa ( $p < .00$ ). La confiabilidad fue obtenida mediante el alfa de Cronbach presentando un alfa general de .932.

Lang y Tísher (2003) lograron en Madrid (España), determinar las propiedades psicométricas del cuestionario de Depresión para niños, evaluando a 843 escolares con edades comprendidas 8 a 14 años. Se calculó la fiabilidad interna mediante la formulación de Kuder-

Richardson y los índices rxx de .91 y .69, lo cual permitió concluir que el CDS presentó un buen nivel de estabilidad o consistencia interna. En cuanto a la validez de criterio convergente, relacionaron las variables del CDS con las escalas de personalidad EPQ-J de Eysenck, los índices de correlación, con los estadísticos básicos de la muestra en ambos instrumentos; en esta muestra los valores críticos de significación son de .14 y .18. Con

respecto al análisis factorial exploratorio principalmente de tipo oblicuo, se muestran dos dimensiones generales depresión y tristeza, que presentan saturaciones factoriales de .250 a .83, se sometió análisis factorial la matriz de intercorrelaciones, se obtenían entre un 38% y un 45% de la varianza común total.

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

#### 1.3.1. La depresión

La depresión es un fenómeno que suele presentarse en cualquier etapa de la vida, afecta el estado de ánimo y en ocasiones (al ser severa) limita la capacidad para actuar o hacer frente a dificultades en las personas, deteriorando progresivamente su calidad de vida (De la Garza, 2007). Según la Organización Mundial de la Salud (2016) es una dificultad de prevalencia frecuente en la sociedad, que deteriora la percepción positiva de la persona, generando emociones como tristeza o decaimiento.

Es una condición negativa, que origina una serie de pensamientos, percepciones y creencias negativas de todo que ocurre, que conllevan a la tristeza, decaimiento y que motivan a la persona a aislarse (Beck, 1967, citado en Ramírez, 2009). Para el Manual de psicología clínica infantil y del adolescente (2004) la asume como una dificultad que causa tristeza, irritación y gran sensibilidad en quien la padece. Se define también, como un síntoma que altera el sueño, apetito y deseos de interacción (Corveleyn, Luyten y Blatt, 2005).

Se asume también, que la depresión, origina en la persona una pérdida progresiva del apetito, deterioro del sueño, desmotivación y una distorsión de la imagen personal, conllevando a que la persona busque aislarse (Alvizures, 2012). Para Koich (2016), se origina a partir de una distorsión del pensamiento, que conlleva a que la persona tenga un panorama negativo de cada suceso y de futuro. Es una dificultad, que deteriora las relaciones interpersonales, con padres, pares y la sociedad, repercutiendo significativamente en la calidad de vida (Milne y Lancaster, 2001).

#### 1.3.2. Causas de la depresión en adolescentes

Se asume que no existe una causa específica que explique su origen, considerándose que se ve influenciada por aspectos orgánicos, familiares, sociales y personales, y que pueden llegar

a deteriorar progresivamente el desarrollo del adolescente (Yapko, 2006). Además, es importante considerar, que esta dificultad suele originar un gran deterioro cognitivo en el adolescente, conllevando en ocasiones al suicidio, deserción escolar o huir del hogar (Fajardo y Guaraca, 2017).

Por su parte, Estalovski (2004) considera que las causas pueden ser, por herencia. Aquellos adolescentes que han tenido o tienen familiares que sufren de depresión, presentan mayor riesgo de padecerla, asimismo factores bioquímicos. Se considera que aquellas personas con depresión, suelen presentar desbalances químicos en los neurotransmisores, por situaciones estresantes. Son aquellos eventos, considerados como muy difíciles de afrontar por la persona y que conllevan a deteriorar sus emociones y generar pensamientos negativos. Pueden ser la muerte de un ser querido, dificultades económicas o dificultades personales, y personalidad. Los rasgos relacionados a la inhibición o pensamientos rígidos, contribuyen a la presencia de rasgos depresivos en los adolescentes, ya que forman pensamientos negativos o catastróficos sobre eventos que no puedan controlar o comprender.

### 1.3.3. Modelos teóricos

#### 1.3.3.1. Modelo cognitivo de Beck.

Se considera que el modelo propuesto por Beck (2002) permite tener una mejor comprensión de la depresión y se compone por la triada cognitiva, esquemas cognitivos y los errores cognitivos.

Triada cognitiva, se basa en la percepción que tiene el adolescente con su medio, tiene una percepción negativa sobre su persona, lo que genera emociones como la tristeza o decaimiento, seguido interpreta cada suceso ocurrido mientras realiza alguna actividad o se relaciona con otros, como negativo, y tiene una visión negativa sobre su futuro, no confía en sus capacidades, generando negatividad o pesimismo para poner en marcha sus metas (Beck y Clark, 1988).

Esquemas cognitivos. Los esquemas, son todas las reacciones (en su mayoría iguales) que tiene el adolescente cuando interactúa con su medio frente a un estímulo, en diversas situaciones (Beck & Clark, 1997). Para Beck (2000) un esquema, es una respuesta consciente que una persona tiene frente a un estímulo, el cual puede ser positivo o negativo, en función a la capacidad que ha tenido para adaptarse a su medio.

En relación a la depresión, los esquemas, se caracterizan además por ser rígidos y disfuncionales, evidenciados en constantes descalificaciones sobre cada actividad que la persona realiza, conllevando a que se generalice en cada aspecto de su vida (familiar, social y académico) (Jadán, 2017).

Errores cognitivos. Reciben también, el nombre de errores cognitivos o distorsiones cognitivas, y engloban todas aquellas creencias negativas sobre cada suceso, característica o cualidad que la persona posee, Burns (1999) identificó una serie de distorsiones características entre las personas, las cuales hasta la fecha permiten comprender mejor este tipo de errores, el pensamiento todo o nada. Es aquella creencia relacionada con el perfeccionismo, en donde el adolescente espera siempre tener un desempeño óptimo o excelente en cada actividad que realiza (Beck, 2002); sin embargo, si no consigue alcanzar su meta genera pensamientos autocríticos negativos y luego busca evitar realizar aquella actividad, por considerar que no posee las capacidades necesarias (Hubert, 2012), asimismo la sobre generalización. Es una distorsión cognitiva, en donde la persona tiende a generalizar las consecuencias de un evento negativo a diversas situaciones parecidas o diferentes, el Filtraje. Es una distorsión de la percepción, caracterizada por percibir solo aspectos negativos de los diversos eventos o situaciones en las que participa el adolescente.

De igual manera, el razonamiento emocional que parte de las emociones negativas que experimenta el adolescente, en donde puede llegar a considerar que no es querido, valorado o que su presencia no es deseada en diversas situaciones, aunque reciba muestras de cariño, debido a los estados emocionales negativos que experimenta constantemente por sus pensamientos distorsionados, por último, el etiquetaje, el cual se basa en nombra situaciones, personas, actividades o sobre sí mismo, de forma negativa, catalogando cada aspecto como negativo, descalificando todo a su alrededor (Burns, 1999).

#### 1.3.3.2. Modelo cognitivo conductual

Este modelo postula que la depresión tiene su base en los grupos complejos de pensamientos de corte negativo sobre sí mismo o el mundo circundante, los cuales son activados en diversas situaciones. En el caso de la depresión, se propone que estas interpretaciones consisten en las diversas vivencias aversivas, generadas por computaciones no conscientes las cuales son complejas elaboradas para abstraer significados comunes de vivencias repetidas (Brewin, 1996).

En la escuela cognitiva conductual, la comprensión e interpretación de los sucesos, va a depender de nuestros esquemas, mismos que conforman los factores primarios de la personalidad. En el momento que son activados, los individuos interpretan los sucesos tomando en cuenta a tales esquemas. Además, sirven para hacer una selección y organizar las vivencias, de tal manera que los individuos se centran en la información que confirma un esquema y se muestran aversivos a la información que lo mina. De tal modo que un esquema será almacenado, pese a ser equivocado o no funcional (Alford y Beck, 1997 citado en Zvelc, 2009).

Tomando el postulado de Young (1990, citado en Brewin, 1996), señala que el nivel con mayor profundidad de la cognición implica los esquemas tempranos mal adaptados, que presentan estabilidad y perpetuidad. Estás son dogmas no condicionadas, implícitas acerca de sí mismo en función con el entorno.

#### 1.3.3.3. Modelo conductual

La teoría interpersonal de la depresión se fundamenta en lo postulado por la psiquiatría interpersonal, misma de la teoría del apego y funciones sociales, dicho modelo tiene como normativa esencial que los sucesos de los primeros años de vida tienen influencia en la patología que se puede adquirir en años posteriores. La diferencia con el planteamiento psicoanalítico clásico estriba en que hacen énfasis en la primicia de las experiencias tempranas, excluyendo a la historia de vida de los años posteriores. El modelo interpersonal (MIP) señala que el origen del desorden mental es complejo, al indicar que existe una conexión entre los sucesos actuales vividos y el inicio de los síntomas depresivos como un referente que facilita la ayuda a quienes padecen la depresión y de tal modo puedan superarla. Sucesos que generan perturbación pueden anticipar el trastorno en personas sensibles y, asimismo, los ánimos depresivos conducen retraerse socialmente, cansancio, falta de concentración y consecuentemente a otros eventos negativos (Hollon, Thase, y Markowitz, 2002).

De las evidencias esenciales reportadas, se señala que respecto al vínculo entre fragilidad relacional y depresión. En primer lugar, las familias donde hay alguien con depresión suelen caracterizarse por presentar dificultades de apego, problemas de comunicación, criticismo crónico, cohesión, disciplina severa y apoyo social. Además, se reporta niveles bajos de calidez por parte de la figura paterna, niveles altos de hostilidad por parte de la figura materna, problemas incrementales entre las figuras parentales y los adolescentes, ello predice

fundamentalmente aumento de los síntomas internalizados. Adicional a ello, el rechazo por parte de los contemporáneos, del sistema familiar y docentes va a predecir aumento de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. En segundo lugar, las personas deprimidas presentan mayores problemas interpersonales (Garber, 2006).

#### 1.3.3.4. Modelo de orientación psicoanalítica

Freud postuló que la depresión es una reacción frente a una pérdida que se asienta en la elección narcisista de un objeto. Desde esta perspectiva inicial, el psicoanálisis ha postulado hipótesis en las vivencias traumáticas del menor, de insuficiencias iniciales e interferencias en la asociación al apego lo que puede constituirse en un elemento relacionado con algunos tipos de depresión. Las vivencias con toque adverso logran deficiencias psíquicas que van a predisponer de modo negativo a los individuos para hacer frente a una nueva circunstancia de pérdida o estrés (Fonagy, 1999).

Se ha elaborado diferentes formas de intervención tomando como punto de partida el postulado psicoanalítico, uno de ellos es la terapia dinámica interpersonal (TDI), en el desarrollo surge la sistematización de las psicoanalíticas/dinámicas que han reportado en mayor medida evidencia práctica en ensayos clínicos. La TDI señala la sintomatología de la depresión como respuesta a las deficiencias relacionales, amenazas percibidas a vínculos (pérdida/separación) y por tal razón como amenazas para la misma persona.

Conceptualmente la TDI es sustentada en ideas que provienen de la teoría del apego, el postulado de las relaciones objetales y el postulado psicoanalítico de Sullivan. Desde esta perspectiva las premisas esenciales son (Lemma, Target, y Fonagy, 2010): los inicios y naturaleza relacional de lo subjetivo personal; la esencia del vínculo con bloque de construcción de la psiquis, y como el escenario para el desarrollo de competencias cognitivas decisivas. Errores en la propia comprensión de sí mismo y de los de demás se relacionan con modelos de interacción que se transforman partiendo de vivencias primarias; el recuerdo de las interpretaciones internalizadas en el inconsciente de sí mismo y de los demás en los roles interpersonales en la actualidad; y la importancia de la destreza para recordar la vivencia sin la cual existe una reducción de la capacidad para la resolución de deficiencias relacionales.

#### 1.3.4. Dimensiones

En cuestionario, presenta dos dimensiones, las cuales presentan una serie de sub dimensiones que son pautadas por Lang y Tisher (2003), la primera corresponde a Total depresivo, que

presenta 6 sub dimensiones, Respuesta afectiva (RA) que es un estado emocional, caracterizado principalmente por la presencia de tristeza, aburrimiento o una perspectiva negativa del presente y futuro; en base a la prueba, una puntuación más alta, indica una depresión mayor, asimismo problemas sociales (PS): Se representa por el poco interés en establecer relaciones interpersonales con sus pares o figuras importantes, lo que genera mayores procesos de decaimiento en la persona, limitándola en las actividades que realiza (académicas, sociales o familiares), además autoestima (AE) donde la persona genera una visión negativa sobre sus propias capacidades o habilidades, considerando que no es capaz de alcanzar metas, generando poca involucración en todo lo que realiza., continuando con la preocupación por la muerte/salud (PM), debido a los estados emocionales negativos, se generan pensamientos irracionales, sobre la salud, que generan un temor a padecer de una enfermedad o de sufrir algún tipo de accidente, también el sentimiento de culpabilidad (SC) donde la persona considera que es responsable por las consecuencias negativas que puedan surgir a su alrededor, experimentando emociones de culpabilidad intensas, que deterioran aún más la percepción que tiene sobre su persona., y depresivos Varios (DV) concierne a todos los indicadores sobre depresión, que no se lograron agrupar en las demás dimensiones y ayudan a tener una mejor comprensión sobre la problemática.

Seguido por Total positivo según Lang y Tisher (2003), está conformado por ánimo-Alegría (AA): Se caracteriza, por la poca motivación que tiene la persona para realizar actividades que lo hacen experimentar emociones positivas, generando sensaciones de tristeza o decaimiento, y Positivos Varios (PV) que Son todos los indicadores positivos, que no lograron agruparse.

En cuanto a su definición conceptual por cada variable, para el Total, depresivo Lang y Tisher (2003) distingue para:

Respuesta afectiva (RA): Es un estado emociona, caracterizado principalmente por la presencia de tristeza, aburrimiento o una perspectiva negativa del presente y futuro; en base a la prueba, una puntuación más alta, indica una depresión mayor, con un desenlace desfavorable para el desarrollo humano (Lang y Tisher, 2003).

Problemas sociales (PS): Se representa por el poco interés en establecer relaciones interpersonales con sus pares o figuras importantes, lo que genera mayores procesos de

decaimiento en la persona, limitándola en las actividades que realiza (académicas, sociales o familiares) (Lang y Tisher, 2003).

Autoestima (AE): La persona genera una visión negativa sobre sus propias capacidades o habilidades, considerando que no es capaz de alcanzar metas, generando poca involucración en todo lo que realiza (Lang y Tisher, 2003).

Preocupación por la muerte/salud (PM): Debido a los estados emocionales negativos, se generan pensamientos irracionales, sobre la salud, que generan un temor a padecer de una enfermedad o de sufrir algún tipo de accidente (Lang y Tisher, 2003).

Sentimiento de culpabilidad (SC): La persona considera que es responsable por las consecuencias negativas que puedan surgir a su alrededor, experimentando emociones de culpabilidad intensas, que deterioran aún más la percepción que tiene sobre su persona (Lang y Tisher, 2003).

Depresivos Varios (DV): Aquí se encuentran todos los indicadores sobre depresión, que no se lograron agrupar en las demás dimensiones y ayudan a tener una mejor comprensión sobre la problemática.

Para la siguiente dimensión denominada Total positivo. Presenta dos indicadores según Lang y Tisher (2003):

Ánimo – Alegría (AA): Se caracteriza, por la poca motivación que tiene la persona para realizar actividades que lo hacen experimentar emociones positivas, generando sensaciones de tristeza o decaimiento (Lang y Tisher, 2003).

Positivos Varios (PV): Son todos los indicadores positivos, que no lograron agruparse, los cuales distingues pequeños aspectos favorables que aún mantiene el sujeto, a pesar de la desvalorización de la autoimagen, que pueden facilitar el proceso de intervención e inserción social (Lang y Tisher, 2003).

### 1.3.5. Consecuencias de la depresión en la adolescencia

Al comprenderse la depresión como un cuadro psicoemocional caracterizado por la tristeza perdida de la esperanza de vida, agobio con diversas actividades, frustración y en algunos casos ira u hostilidad (Arrieta, Díaz y González, 2013) es notable las consecutivas que genera

en la población adolescente, la cual Luna (2014) manifiesta como un grupo vulnerable a síndromes psicológicos, como la ansiedad, el estrés y la depresión, porque corresponde a una etapa de desarrollo madurativo caracterizada por un crecimiento biopsicosocial notable, al constituir la vía de la infancia hacia la adultez, que al no conllevarse funcionalmente genera una serie de problemas en el propio estadio, que posteriormente se perpetúan en las siguientes etapas del ciclo vital.

En tal sentido, entre las consecuencias, se distingue las de orden individual, según Majadas, Olivares, Glan y Diez (2012) el cuadro depresivo genera una pérdida notable de energía, que repercute en el desempeño del individuo, asimismo una disminución de la motivación necesaria para la realización de las actividades que comúnmente ejecuta el adolescente, de igual manera la depresión es la causante de otros cuadros, como la ansiedad o el estrés, que conforman respuestas disfuncionales ante una carente adaptación del individuo a su medio próximo, además cuando este cuadro se prolonga incluso puede conllevar a la pérdida del juicio, ubicación tiempo y espacio, que finalmente conlleve al desarrollo de un cuadro esquizofrénico, psicótico, u otro relacionado al ámbito afectivo, donde su intervención se torna compleja y requiere de un grupo interdisciplinario para un tratamiento efectivo, tanto psicológico como farmacológico.

Asimismo, a nivel individual se puede denotar la somatización como respuesta ante el afecto depresivo, entre las principales particularidades se ubica las cefaleas, que pueden variar desde leves hasta graves, dependiendo de la situación y el estado del adolescente, asimismo los dolores estomacales, que pueden terminar en continuas evacuaciones intestinales, o infecciones, que se deben a la pérdida de defensas por parte del sistema inmunológico, que se ve afectado directamente por la depresión, de igual manera la presencia de vértigos, el insomnio que caracteriza una pérdida del sueño, o la hipersomnia, que engloba una ganancia por encima del promedio en las horas de sueño diario, entre otras respuestas fisiológicas que se presenta en mayor o menor medida en el adolescente (Beardslee, Glandstone y O'Connor, 2012).

También se observan las consecuencias a nivel cognitivo, que por lo general son las primeras manifestaciones de la depresión, evidencia sentimientos de inferioridad, minusvalía sobre las competencias intelectuales o física, deteriorando la imagen personal, la autoestima, el autoconcepto, entre otras particularidades que estancan aún más al desarrollo del individuo,

que en su perpetuación conlleva actos de autolesión e inclusive el suicidio (Sainero, Del Valle y Bravo, 2015).

Además, en cuanto a la apariencia del individuo es notable el deterioro a nivel físico, en cuanto al cuidado de la higiene personal, donde existe un descuido notable en la apariencia, distinguiendo la vestimenta descuidada, que afecta a la capacidad de adaptación y funcionalidad del sujeto (Connor, Ford, Amsten y Greene, 2014).

Por otro lado, las consecuencias de índole sociocultural se consideran como las consecuencias colaterales al problema de la depresión, que se genera a partir de una carente adaptación a los sistemas que permite el desarrollo humano, principalmente el educativo, donde el adolescente bajo un cuadro depresivo descuida las actividades, responsabilidades y tareas del ámbito escolar, al ensimismarse, asimismo a nivel social, por el aislamiento que genera el cuadro depresivo, conlleva a un estancamiento en el desarrollo de las habilidades sociales así como la inteligencia emocional, lo mismo sucede con el sistema familiar, donde el adolescente se aísla de las interacciones intrafamiliares y se rehúsa, con frecuencia denotando hostilidad (Beck y Clark, 2012).

Este conjunto de consecuencias conlleva paulatinamente al deterioro biológico, psicológico, y social, del individuo, que, al presentarse en la adolescencia, y no tener un control e intervención pertinente se puede extender hasta la adultez, o convertirse en episodios de depresión de forma aleatoria a lo largo del ciclo vital, convirtiéndose en un problema de salud (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010).

#### 1.3.6. Diferenciación entre depresión, ansiedad y estrés.

Del Barrio (2015) menciona que los principales cuadros psicopatológicos que padece la población de adolescente son, la depresión, la ansiedad y el estrés, que se presentan con mayor frecuencia debido al cambio de roles que transcurre en el individuo, de esta manera es necesario distinguir su diferenciación, para una comprensión pertinente de la variable de estudio.

Por lo general estos tres síndromes psicopatológicos se presentan en un orden en particular, inicialmente el adolescente al enfrentarse a una situación de presión, donde los recursos individuales y de soporte social no le permiten adaptarse, entonces entra a un estado de

estrés, a partir de estos acontecimientos que se denominan estresores, los cuales varían en cada población e incluso entre individuo, debido que su significado se atribuye a partir de la experiencia del individuo, que al no ser controlado genera un estrés disfuncional que no permite el desarrollo sea educativo, laboral, social o individual del sujeto (Greenberg y Paivio, 2012).

Asimismo, se debe entender sobre el estrés, que también existe una caracterización funcional, que le otorga al adolescente la oportunidad de aprendizaje, cuando el individuo a pesar de la situación adversa es capaz de adaptarse y resolver el conflicto que esta pueda traer (Parmelee, 2014).

Sin embargo, cuando el estrés no puede ser controlado y sobre pasa la capacidad de frotación y los recursos que pueda contar el adolescente, generará un aprendizaje punitivo sobre la situación de presión que se vivencio, que posteriormente cuando se encuentre en el mismo o en un escenario similar, tendrá como respuesta un grado de ansiedad, ante el temor de lo que pueda suceder, a partir de una exposición previa, que tuvo consecuencias negativas, a nivel cognitivo supone la misma situación, que finalmente al estar vivenciándola nuevamente generaría el estrés (Del Barrio y Carrasco, 2013).

Que finalmente al transcurrir el estrés o la ansiedad, con resultados desfavorables, que indican una desadaptación al entorno, ocasionara patrones de tristeza, desanimo, agobio y frustración, que su presencia de forma continua se puede convertir en un cuadro depresivo, que se complica en su tratamiento e intervención, debido que constituye una de las causas pérdida del sentido de vida que en la adolescencia estanca el desarrollo biopsicosocial, pudiendo conllevar hasta el suicidio (Luna, 2014).

En tal sentido, por lo general la depresión responde a un acontecimiento previamente vivenciado, que el individuo no es capaz de afrontar funcionalmente, que conlleva a patrones de tristeza, agobio, impaciencia, deseo de no existir, perdida de esperanza y sentido de vida (Del Barrio, 2015).

A pesar de ello, se debe considerar que existe un proceso de depresión que forma parte de ciertos acontecimientos vitales, que el individuo tendrá que pasar, que permite la regulación afectiva, tal es el caso de las pérdidas significativas, que hace referencia a la muerte de un familiar o persona cercana, de igual manera a la pérdida de un objeto valioso para el sujeto,

que significa un vacío emocional, y que el proceso de tristeza, pudiendo llegar hasta la depresión, permite la adaptación y asimilación paulatina del suceso (Del Barrio y Carrasco, 2013).

Luna (2014) menciona que la depresión es el trastorno psicoafectivo más incapacitante del sujeto, debido que obstaculiza la realización de cualquier actividad, por la pérdida de energía y motivación que representa, mientras que la ansiedad en ocasiones conlleva a una sobre actividad como respuesta adaptativa, y el estrés a una situación que se vivencia solamente cuando el estímulo está presente, a partir de esta comprensión permite tener una base teórica sólida para el proceden psicoterapéutico oportuno.

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

¿Cuáles son las evidencias de validez del cuestionario de depresión CDS en estudiantes de secundaria del distrito de Otuzco?

#### **1.5. Justificación del estudio**

El desarrollo de la investigación Evidencias de validez del cuestionario de depresión CDS en estudiantes de secundaria del distrito de Otuzco se justifica a partir de su aporte:

A nivel práctico, contribuye con el desarrollo de una herramienta indispensable para la praxis de los profesionales orientados a la salud psicológica, al permitir contar con un instrumento oportuno para la medición de la depresión.

A nivel social, favorece a la solución de la realidad problemática, al generar un instrumento para la evaluación de la depresión en adolescentes del distrito de Otuzco, que permite el desarrollo de posteriores actividades psicológicas a partir de resultados objetivos, que reporta el cuestionario de depresión CDS por su validación.

A nivel metodológico, aporta con un antecedente de investigación relevante, en cuanto a procedimientos estadísticos y metodológicos, para posteriores estudios de línea psicométrica interesados en el estudio de instrumentos para la medición la depresión, en poblaciones de adolescentes.

A nivel teórico, aporta con la revisión de los fundamentos de la depresión, de forma actualizada y con información relevante, que favorece al campo académico-profesional.

## **1.6. Objetivos**

### **1.6.1. General**

Explicar las evidencias de validez del cuestionario de depresión CDS en estudiantes de secundaria del distrito de Otuzco.

### **1.6.2. Específicos.**

Reportar la evidencia basada en la estructura interna por medio del análisis factorial confirmatorio del cuestionario de depresión CDS en estudiantes de secundaria del distrito de Otuzco

Determinar las evidencias de validez divergente del cuestionario de depresión CDS con la escala de expectativas de futuro en estudiantes de secundaria del distrito de Otuzco.

Estimar la confiabilidad por medio del método de consistencia interna del cuestionario de depresión CDS en estudiantes de secundaria del distrito de Otuzco

## **II. MÉTODO**

### **2.1. Diseño de investigación**

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

## 2.2. Variable, Operacionalización

Tabla 1.

### *Operacionalización de la variable.*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala de medición
Depresión	Es una condición negativa, que origina una serie de pensamientos, percepciones y	Se toma en cuenta la definición operacional de medición en base a la puntuación	<p>Total, depresivo. presenta 6 indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respuesta afectiva (RA): Es un estado emocional, caracterizado principalmente por la presencia de tristeza, aburrimiento o una perspectiva negativa del presente y futuro; en base a la prueba, una puntuación</li> </ul>	Intervalo
<p>creencias obtenida de más alta, indica una depresión mayor. Los ítems que negativas de las dos lo componen son: 2, 10, 18, 26, 34, 42, 50 y 58. todo que dimensiones - Problemas sociales (PS): Se representa por el poco ocurre, que de la escala interés en establecer relaciones interpersonales con conllevan a la de depresión sus pares o figuras importantes, lo que genera tristeza, para niños, mayores procesos de decaimiento en la persona, decaimiento y en la versión limitándola en las actividades que realiza que motivan a adaptada (académicas, sociales o familiares). Los ítems que lo la persona a (Alayo, componen son: 3, 11, 19, 27, 35, 43, 51 y 59.</p> <p>aislarse (Beck, 2017). - Autoestima (AE): La persona genera una visión 1967, citado negativa sobre sus propias capacidades o habilidades, en Ramírez, considerando que no es capaz de alcanzar metas, 2009). generando poca involucración en todo lo que realiza. Los ítems que lo componen son: 4, 12, 20, 28, 36, 44, 52 y 60.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupación por la muerte/salud (PM): Debido a los estados emocionales negativos, se generan pensamientos irracionales, sobre la salud, que generan un temor a padecer de una enfermedad o de sufrir algún tipo de accidente. Los ítems que lo componen son: 5, 13, 21, 29, 37, 45 y 53.</li> <li>- Sentimiento de culpabilidad (SC): La persona considera que es responsable por las consecuencias negativas que puedan surgir a su alrededor, experimentando emociones de culpabilidad intensas, que deterioran aún más la percepción que tiene sobre su persona. Los ítems que lo componen son: 6, 14, 22, 30, 38, 46, 54 y 61.</li> <li>- Depresivos Varios (DV): Aquí se encuentran todos los indicadores sobre depresión, que no se lograron agrupar en las demás dimensiones y ayudan a tener una mejor comprensión sobre la problemática. Los ítems que lo componen son: 7, 15, 23, 31, 39, 47, 55, 62 y 66.</li> </ul> <p>Total, positivo. Presenta dos indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ánimo – Alegría (AA): Se caracteriza, por la poca motivación que tiene la persona para realizar actividades que lo hacen experimentar emociones positivas, generando sensaciones de tristeza o decaimiento. Los ítems que lo componen son: 1, 9, 17, 25, 33, 41, 49 y 57.</li> <li>- Positivos Varios (PV): Son todos los indicadores positivos, que no lograron agruparse. Los ítems que lo componen son: 8, 16, 24, 32, 40, 48, 56, 63, 64 y 65.</li> </ul>				

## 2.3. Población y muestra

### 2.3.1. Población

La presente investigación tuvo como población objetivo (Ventura-León, 2017) a 1829 estudiantes de ambos sexos, de 11 a 16 años de primero a quinto grado de tres instituciones educativas de educación secundaria de Otuzco.

Tabla 2

*Población de estudiantes de nivel secundario, del distrito de Otuzco*

I.E.	Grados					Total
	1°	2°	3°	4°	5°	
01	103	108	113	127	102	553
02	87	81	86	70	42	366
03	98	180	130	131	102	641
TOTAL	288	369	329	328	246	1560

### 2.3.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 500 estudiantes de nivel secundario, pertenecientes a tres centros educativos del distrito de Otuzco, criterio seleccionado a partir de lo señalado por Medrano y Núñez (2017), quienes manifiestan que la realización del análisis factorial confirmatorio requiere un mínimo de 200 unidades de análisis, constituyendo un tamaño pertinente 500 sujetos, asimismo Lloret, Ferreres, Hernández y Tomás (2014) reafirman esta postura al mencionar que de 500 a más sujetos permite reportar oportunamente la calidad de un test, constituyendo el cumplimiento de estos fundamentos, dentro de investigaciones de línea psicométrica.

### 3.3.3. Muestreo

Se utilizó un muestreo aleatorio simple, según Otzen y Manterola (2017) permite que todos los sujetos de la población participen, al permitir que todos los sujetos de la población accesible tengan la misma probabilidad de pertenecer a la muestra de estudio, teniendo en cuenta los criterios de selección, de tal manera que favorece a la generalización de los resultados.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión, estudiantes de 11 a 16 años de edad, del primer al quinto grado, asimismo que participen de forma voluntaria en la investigación otorgando su consentimiento en el uso ético de la información.

Criterios de exclusión, estudiantes que no terminaron de llenar el protocolo, asimismo los que realizaron doble marcación en uno o más ítems, asimismo quienes se encontraban en algún tratamiento psicológico o farmacológico.

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

### **2.4.1. Técnica**

Evaluación psicométrica: La técnica utilizada fue la Evaluación psicométrica, ya que la investigación busca características que presentan los escolares, siendo necesario que se generen escalas o criterios de medición para poder catalogarlos (Aragón, 2004).

### **2.4.2. Instrumento**

#### *Instrumento original*

Se utilizó el Cuestionario de depresión para niños (CDS), elaborado por Lang y Tisher (2003) en el Australian Council for Educational Research, con la intención de ser usado en estudiantes cuyas edades oscilen de 8 a 16 años. Puede ser aplicado en forma individual o colectiva y respondida en un tiempo aproximado de 30 a 40 minutos, en cuanto a la validez reporta, una evidencia basada en la estructura interna, mediante el análisis factorial exploratorio mediante el método de componentes principales por rotación oblicua reporta una solución factorial que reporta varianza acumulada del 45%, con saturaciones de .25 a .83, asimismo reporta una evidencia basada en la relación con otras variables, mediante el análisis convergente con las escalas de personalidad EPQ-J de Eysenck, los índices de correlación, mediante el coeficiente r de pearson alcanza valores de .14 y .18.

En cuanto a la confiabilidad, se reportó mediante el método de consistencia interna, del Kuder-Richardson, con valores de .69 a .91 (Lang y Tísher, 2003).

#### *Evidencias de validez y confiabilidad para el entorno nacional*

Para conocer las evidencias de validez, se empleó como referencia el estudio de Alayo (2017) acorde a la ciudad de Trujillo, en estudiantes de nivel secundario (de primero a quinto), presentando adecuadas evidencias de validez para ser empleada en evaluaciones.

Para la validez basada en la estructura interna, se observa la realización del análisis factorial confirmatorio, obteniendo índices de ajuste, para el ajuste absoluto, el índice de bondad de ajuste (GFI) de .958, el residuo cuadrático medio (RMR) de .049, y para el ajuste comparativo, el índice de ajuste normado (NFI) de .94 (Alayo, 2017).

La confiabilidad fue obtenida mediante el método de consistencia interna, a través del coeficiente Omega corregido, siendo de .95 en el total depresivo y de .82 para total positivo (Alayo, 2017).

## **2.5. Método de análisis de datos**

Posterior a la recolección de datos, así como la elaboración de la base en Excel 2016, se exportó al IBM SPSS Statistics 24, donde se utilizó la extensión, Amos Graphics 24, donde se procedió con el análisis Factorial Confirmatorio con el método de Mínimos cuadrados no ponderados para estimar las cargas factoriales estandarizadas, los errores de medición y las covarianzas entre factores latentes para poder obtener los índices que evaluaron el ajuste del constructo a la realidad investigada considerando un ajuste satisfactorio si los índices de ajuste global  $\chi^2/df < 3$  (Carmines y McIver, 1981),  $RMR < .05$  (Hu y Bentler, 1999),  $GFI > .90$  (Joreskog, 1984); si los índices de ajuste comparativo  $NFI > .90$  (Bentler y Bonet, 1980) y  $RFI > .90$  (Bollen, 1986) y si los índices de ajuste parsimonioso  $PGFI > .50$  y  $PNFI > .50$  (Mulaik et al, 1989), donde se encontraron cargas factoriales estandarizadas y errores de medición diferentes y no correlacionados para los ítems, indicando la no equivalencia entre ítems para medir cada factor y decidiéndose por utilizar el estadístico Omega de McDonald (1999) para estimar de forma puntual y en intervalo al 95% de confianza la consistencia interna de cada factor considerando valores aceptables de .70 a .90 (Campo-Arias & Oviedo, 2008), aunque en algunas circunstancias pueden aceptarse valores superiores a .65.

## **2.6. Aspectos éticos.**

En cuanto a las normativas deontológicas, se tuvo en consideración las estipulaciones que enmarca el código de ética del psicólogo peruano, desde la solicitud de permiso a cada

institución educativa seleccionada como población accesible, donde se explicó el propósito de la investigación, los beneficios que traerá consigo y el proceder durante la aplicación del test, posterior a la aceptación la Universidad César Vallejo extendió una carta de presentación, para respaldar el proceder de la investigadora, continuando se coordinó los horarios de aplicación del instrumento.

De esta manera, dentro de cada salón se explicó tanto al docente como a los alumnos, sobre los objetivos de la investigación, asimismo, el beneficio para la institución educativa y sobre los propios estudiantes, el manejo de la información bajo la confidencialidad, la libre participación, además su uso para fines de validación del cuestionario de depresión CDS mediante el análisis de datos de forma colectiva, connotando que no se evaluará la depresión de forma individual, evitando la aquiescencia y deseabilidad social en la muestra de estudio.

Continuando se administró una carta de testigo informado (Anexo 01) al docente/tutor de aula que asegura el cumplimiento de los lineamientos éticos antes mencionados, posteriormente se seleccionó la muestra aleatoria simple, considerando la participación voluntaria y activa de los estudiantes, se aplicó una ficha de tamizaje (Anexo 02) que permite recopilar información sobre los estudiantes que se encuentran en un proceso de tratamiento psicológico o farmacológico, que los excluye de la participación de la investigación, por su carácter no clínico sobre la muestra de estudio, remplazando a la unidad de análisis por otro participante que presente disposición hacia la investigación, posterior a ello se aplicó el consentimiento informado (Anexo 03) que estipula por escrito, lo explicado verbalmente en cuanto a los lineamientos éticos de la investigación, para pasar a la administración del instrumento (Anexo 04) a cada estudiante, reafirmando nuevamente la posibilidad de retirarse de la investigación cuando se crea conveniente sin que ello implique alguna consecuencia negativa,

De esta manera se cumple los artículos señalados por el Colegio de Psicólogos del Perú (2017), para el artículo 25, referido al uso del consentimiento informado, asimismo documentos adicionales que aseguran una participación voluntaria, informada y libre, de igual manera el artículo 51, que manifiesta el uso de una metodología actualizada para el reporte estadístico oportuno, y por último el artículo 64, que menciona el secreto profesional, como una práctica necesaria durante la recolección de información, dando cumplimiento a los requerimientos establecidos para toda investigación pertinente (Colegio de Psicólogos del Perú, 2017).

### III. RESULTADOS

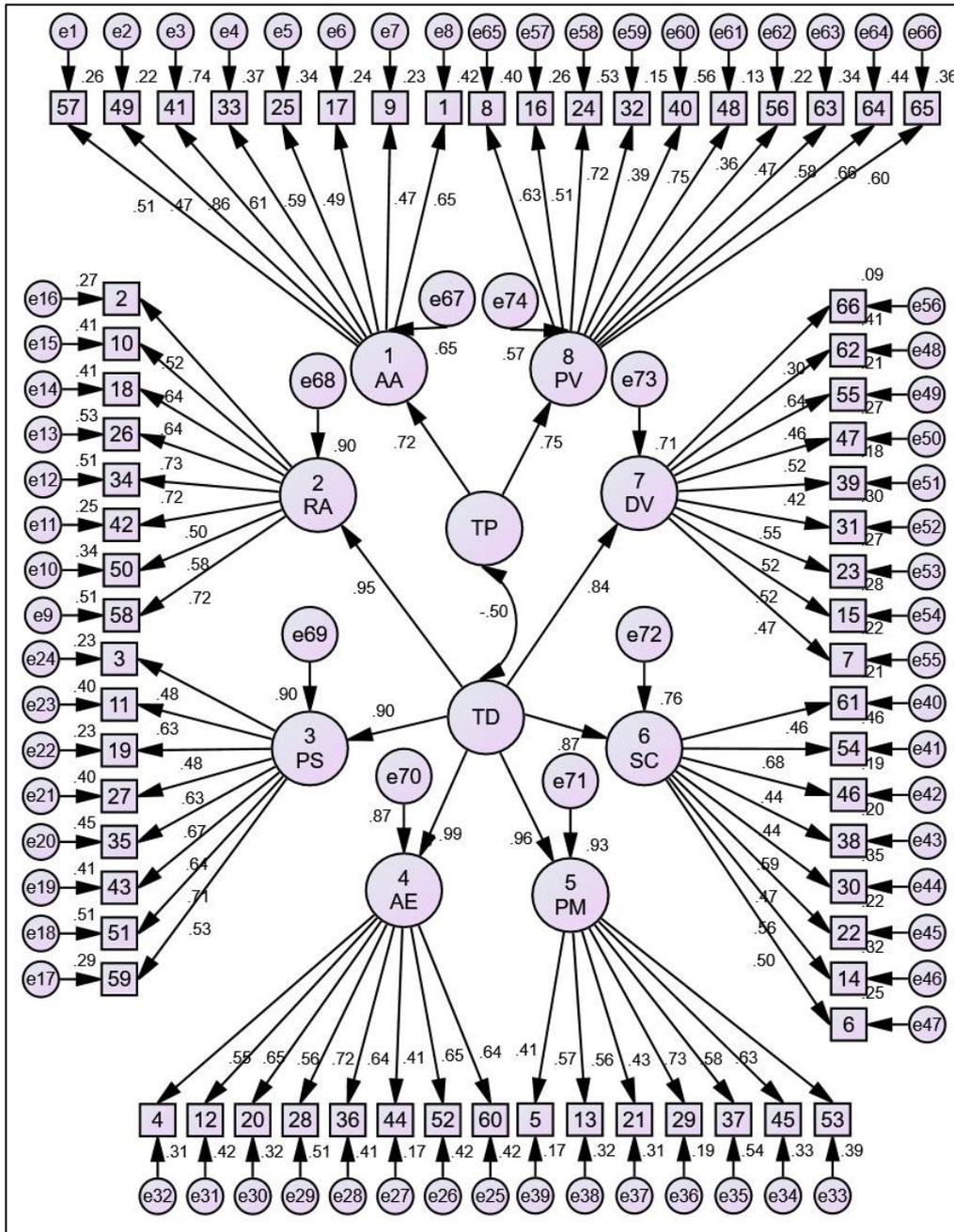


Figura 1. Modelo anidado del Cuestionario de Depresión para Niños

En la Figura 1 se muestran los coeficientes estandarizados del Modelo anidado del Cuestionario de Depresión para niños con cargas factoriales entre .30 a .86 en los ítems y de .72 a .99 en los factores de primer orden; con errores de medición de .09 a .74 en los ítems y de .57 a .99 en los factores de segundo orden y una correlación inversa de -.50 entre los factores de segundo orden Total Depresivo y Total Positivo.

Tabla 3

*Índices de ajuste del Cuestionario de Depresión para Niños*

Prueba	Ajuste Global			Ajuste Comparativo		Ajuste Parsimonioso	
	X <sup>2</sup> /gl	RMR	GFI	NFI	RFI	PGFI	PNFI
Depresión para niños	2.89	.069	.951	.939	.937	.890	.906

Nota:

X<sup>2</sup>/gl: Razón de verosimilitud.

RMR: Raíz media residual

GFI: Índice de bondad de ajuste

NFI: Índice normado de ajuste

RFI: Índice de ajuste relativo

PGFI: Índice de bondad de ajuste parsimonioso

PNFI: Índice de ajuste normado parsimonioso

El modelo anidado del Cuestionario de Depresión para niños presentó índices de ajuste satisfactorios entre los índices de ajuste global con una razón de verosimilitud  $X^2/gl < 3$ , una raíz media residual  $RMR < .08$  y un índice de bondad de ajuste  $GFI > .90$ ; al igual que con los índices de ajuste comparativo con un índice normado de ajuste  $NFI > .90$  y un índice de ajuste relativo  $RFI > .90$  y con los índices de ajuste parsimonioso con un índice de bondad de ajuste parsimonioso  $PGFI > .70$  y un índice de ajuste normado parsimonioso de .906.

Tabla 4

*Análisis de evidencias de validez convergente entre los factores del cuestionario de depresión CDS y la escala de expectativas de futuro (n=510)*

Variables	Expectativas económico laborales	Expectativas académicas	Expectativas de bienestar personal	Expectativas familiares
AA	,336**	,287**	,138**	,205**
RA	-,717**	-,693**	-,123**	-,479**
PS	-,729**	-,691**	-,138**	-,529**
AE	-,761**	-,588**	-,120**	-,533**
PM	-,605**	-,640**	-,157**	-,523**
SC	-,642**	-,518**	-,163**	-,479**
DV	-,546**	-,502**	-,125**	-,694**
PV	,289**	,244**	,091*	.033

*Nota:* RA= respuesta afectiva; PS=problemas sociales; AE=autoestima; PM=preocupación por muerte; SC=sentimiento de culpabilidad; DV=depresivos varios; AA=ánimo-alegría; PV=positivos varios

En la tabla 4, se aprecia los valores de correlación entre los factores de depresión y de expectativas de futuro, donde las dimensiones ánimo-alegría y positivos varios se relacionan directamente de efecto pequeño con las dimensiones de expectativas de futuro, a excepción de positivo varios con expectativas de bienestar personal y expectativas familiares.

De otro lado, se aprecia que las dimensiones respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, recuperación por muerte, sentimientos de culpabilidad y depresivos varios se relacionan inversamente de efecto medio a grande con todas las dimensiones de expectativas de futuro.

Tabla 5

*Índices de consistencia interna del Cuestionario de Depresión para Niños*

Dimensiones	Omega de Mc Donald		
	$\omega$	IC 95%	
		$\omega_i$	$\omega_s$
TD Total Depresivo	.97	.95	.99
RA Respuesta Afectiva	.84	.83	.86
PS Problemas Sociales	.82	.80	.83
AE Autoestima	.82	.81	.84
PM Preocupación por la muerte	.76	.75	.78
SC Sentimiento de culpabilidad	.75	.73	.76
DV Depresivos varios	.74	.73	.75
TP Total Positivo	.70	.69	.72
AA Ánimo - Alegría	.81	.79	.82
PV Positivos Varios	.83	.81	.85

En la Tabla 5, se muestran los estimados puntuales e intervalos al 95% de confianza de los índices de consistencia interna Omega de McDonald con valores de .74 a .84 en las escalas del Total Depresivo que obtuvo un valor de .97, además valores de .81 a .83 en las escalas de Total Positivo que obtuvo un valor de .70.

#### IV. DISCUSIÓN

La presente investigación buscó determinar las evidencias de validez del cuestionario de depresión para niños en estudiantes de secundaria de Otuzco.

Se propuso dos objetivos específicos: identificar la evidencia de validez de constructo y determinar la confiabilidad por medio del método de consistencia interna con el índice de Omega (McDonald, 1999; Ventura-León, y Caycho-Rodríguez, 2017).

Se analizó la validez de constructo, es decir, se buscó contrastar el supuesto, si el instrumento mide la variable objeto de estudio que pretende medir en base a las puntuaciones alcanzadas (Argibay, 2006). Para ello se utilizó el análisis de la estructura interna en función a los niveles de ajuste del modelo estimado al modelo teórico (Batista-Foqueta, Coenders, y Alonso, 2004). De esa forma, se analizó el modelo propuesto por Alayo (2017) de dos dimensiones en donde se encontraron los siguientes índices de ajuste:  $\chi^2/df < 3$ ,  $RMR < .08$ ,  $GFI > .90$ ,  $NFI > .90$ ,  $RFI > .90$ ,  $PGFI > .70$  y un  $PNFI .906$ . Dichos valores cumplen los índices adecuados en los ajustes globales, comparativos y parsimoniosos considerados por Lévy y Varela (2006). En el análisis de las cargas factoriales estandarizadas se encontraron valores bajos a adecuados (.30 a .86) según Calvo-Porrá (2016), lo que sugiere un análisis de los ítems para mayor ajuste de los mismos en explicar el constructo

En el factor respuesta afectiva las cargas factoriales oscilan de .50 a .73 es decir logra medir los sentimientos de tristeza, aburrimiento o una perspectiva negativa del presente y futuro; en problemas sociales de .48 a .71 midiéndose el poco interés en establecer relaciones interpersonales con sus pares o figuras importantes adecuadamente; en autoestima de .41 a .72 es decir se mide la visión negativa sobre sus propias capacidades o habilidades, considerando que no es capaz de alcanzar metas, generando poca involucración en todo lo que realiza; en preocupación por la muerte o salud los valores oscilan de .41 a .73, es decir se logra medir los pensamientos irracionales, sobre la salud, que generan un temor a padecer de una enfermedad o de sufrir algún tipo de accidente, en sentimiento de culpabilidad de .46 a .68; en depresivos varios de .30 a .55 permitiéndose asumir que se mide en forma pertinente todos los indicadores sobre depresión, que no se lograron agrupar en las demás dimensiones y ayudan a tener una mejor comprensión sobre la problemática; en ánimo/alegría de .47. A

.86 es decir, se mide la poca motivación que tiene la persona para realizar actividades que lo hacen experimentar emociones positivas, generando sensaciones de tristeza o decaimiento y en positivos varios de .36 a .75, es decir se miden todos los indicadores positivos, que no lograron agruparse. Estos valores sugieren que los ítems explican el constructo que pretenden medir de forma adecuada (Calvo-Porrall, 2016). Además, en el inter análisis de los factores se observa correlaciones altas (.57 al .99), lo cual indica que los factores se encuentran relacionados al medir el mismo factor, pero sin multicolinealidad (BatistaFoqueta et al., 2004).

Al respecto, Lang y Tísher (2003) en Madrid (España) encontraron la presencia de dos dimensiones, con un análisis factorial la matriz de intercorrelaciones, entre 38% y un 45% de la varianza común total, evidenciándose valores adecuados. Por su parte, Alayo (2017) logró determinar las propiedades psicométricas del cuestionario de depresión para niños en estudiantes del nivel secundario de Trujillo, el análisis factorial confirmatorio muestra la presencia de dos dimensiones con índices de ajuste aceptables (GFI de .958 y un RMR de .049, un RFI de .94 y un NFI de .94.).

De igual forma Saavedra (2016) buscó conocer las bondades psicométricas del cuestionario en estudiantes de nivel secundario, encontrando la presencia de seis sub-escalas con valores que varían de .30 a .75; el análisis factorial confirmatorio muestra un CFI de .80, un GFI de .77 y evidencia estadística altamente significativa ( $p < .01$ ) de correlaciones entre los Ítems, dentro de cada factor. Permitiendo evidenciar que se corrobora el modelo de dos dimensiones para explicar la depresión en los adolescentes de Otuzco.

Se buscó también, analizar la confiabilidad mediante la consistencia interna del cuestionario con el índice Omega (McDonald, 1999; Ventura-León, y Caycho, 2017). En el factor Total depresivo y Total positivo se observaron un coeficiente Omega elevado y alto (.97 y .70 respectivamente), es decir, los datos que el cuestionario brinda poseen adecuada precisión en relación a la condición negativa, que origina una serie de pensamientos, percepciones y creencias negativas de todo que ocurre, que conllevan a la tristeza, decaimiento y que motivan a la persona a aislarse (Beck, 1967, citado en Ramírez, 2009). De forma similar se observó en el análisis de los factores de respuesta afectiva una confiabilidad de .84, en problemas sociales y autoestima de .82, en preocupación por la muerte o salud de .75, en depresivos varios de .74, ánimo/alegría de .81 y en positivos varios de .83.

Al respecto, la presente investigación corrobora las evidencias de confiabilidad en los resultados encontrados por Lang y Tísher (2003) quienes calcularon la fiabilidad interna

mediante la formulación de Kuder-Richardson encontraron valores de .91 a .69; Alayo (2017) la obtuvo a través del coeficiente Omega corregido, siendo de .95 en el total depresivo y de .82 para total positivo. A la vez, Saavedra (2016) a través del alfa de Cronbach encontró valores que oscilaron de .68 a .83; de igual forma Córdova (2014) mediante el alfa de Cronbach encontró en la escala total depresivo un valor de .94 y para la escala total positivo un alfa de .77; por su parte Bustos (2013) a través del análisis de alfa de Cronbach, encontró para la escala total depresivo un alfa de .928 y la escala total positivo un alfa de .783. En esa misma línea Balluerka y Gorostiga (2013) calcularon la consistencia interna de las puntuaciones del instrumento obteniendo valores alfa de .84 a .95, y según el análisis test-retest se obtuvo índices de .73 y .75.

Frente a esto, la investigación brinda un aporte al instrumento, ya que se ha utilizado el coeficiente Omega, en comparación de los antecedentes empíricos (a excepción de Alayo, 2017) quienes utilizaron el estadígrafo Alpha; siendo necesario comprender que el coeficiente Omega da una información más precisa al eliminar el sesgo negativo del coeficiente Alfa (Ventura-León, y Caycho, 2017). De esa forma se evidencia que el Cuestionario de emociones positivas en niños presenta una adecuada confiabilidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se demuestra que el Cuestionario de depresión en niños, es un instrumento con validez y confiabilidad adecuada por lo cual es considerado una herramienta útil en el uso profesional en los adolescentes.

## V. CONCLUSIONES.

Se determinaron las evidencias de validez del cuestionario de depresión CDS en estudiantes de secundaria del distrito de Otuzco

Se determinó las evidencias de validez basadas en la estructura interna por medio del análisis factorial confirmatorio del cuestionario de depresión en niños, presentando índices de ajuste:  $\chi^2/df < 3$ ,  $RMR < .08$ ,  $GFI > .90$ ,  $NFI > .90$ ,  $RFI > .90$ ,  $PGFI > .70$  y un  $PNFI .906$ .

Se determinó las evidencias de validez divergente del cuestionario de depresión CDS con la escala de expectativas de futuro, hallándose las dimensiones de depresión se relacionan inversamente y significativamente con las expectativas de futuro, a excepción de las dimensiones respuesta afectiva y positivos varios.

Se determinó la confiabilidad por medio del método de consistencia interna de coeficiente Omega del Cuestionario Infantil de emociones positivas, encontrando un coeficiente Omega de  $.97$  en total depresivo y de  $.70$  en total positivo; entre sus escalas oscila de  $.74$  a  $.84$ .

## **VI. RECOMENDACIONES.**

Se recomienda ejecutar la validez divergente con el cuestionario de autoestima en adolescentes, para seguir aportando evidencias de validez al inventario estudiado.

Se recomienda utilizar la prueba Levene para evaluar el supuesto de equidad de la varianza del instrumento en poblaciones similares y así aumentar las evidencias de validez.

Se recomienda utilizar un método diferente para determinar la confiabilidad como el método test-retest para establecer la temporalidad de los datos como el autor del instrumento realizó.

## REFERENCIAS

- Alayo, R. (2017). *Propiedades psicométricas del cuestionario de depresión para niños en estudiantes de secundaria del distrito de Trujillo* (Tesis para obtener el grado de licenciada en psicología). Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
- Alvizures, D. (2012). *Nivel de depresión en niños que sufren maltrato físico*. (Tesis para obtener el grado de maestro en educación). Universidad Rafael Landívar, Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Aragón, L. (2004). Fundamentos Psicométricos en la Evaluación Psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 7 (4), 23-43.
- Argibay, J. (2006). Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. *Subjetividad y proceso cognitivos*, 8(1), 15-33.
- Arrieta, K., Díaz, S. & González, F. (2013). Sintomatología de depresión, ansiedad y estrés. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 173-181.
- Balluerka, N. & Gorostiaga, A. (2013). Elaboración de Versiones Reducidas de Instrumentos de Medida: Una Perspectiva Práctica. *Psychosocial Intervention*, vol. 21(1), 103-110.
- Batista-Fogueta, J.; Coenders, G. y Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio, su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122 (1), 21-27
- Beardslee, W.; Glandstone, T. & O'connor, E. (2012). Development risk of depression: Experience matters. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 21, 261-278.
- Beck, A. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.

- Beck, A. & Clark, D. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety, Stress & Coping. An International Journal*, 1(1), 23-36.
- Beck, A. & Clark, D. (1997). Information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49-58.
- Beck, A. & Clark, D. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B. & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. & Clark, D. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety, Stress & Coping. An International Journal*, 1(1), 23-36.
- Bentler, P. & Bonett, D. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588-606.
- Bermúdez, M. & Bermúdez, A. (2004). *Manual de psicología infantil: aspectos evolutivos e intervención psicopedagógica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Blum, R. (2000). *Un modelo conceptual de salud del adolescente*. México: Mc Graw Hill.
- Boix, L. (2016). *Inglaterra: la depresión infantil*. Proceso. Recuperado de: <http://www.proceso.com.mx/457876/inglaterra-la-depresion-infantil>.
- Bollen, K. (1986). Sample size and Bentler and Bonett's nonnormed fit index. *Psychometrika*, 51, 375-377.
- Borges, L. & Dos Santos, A. (2016). Sintomatología depresiva y desempeño escolar: un estudio con niños brasileños. *Ciencias Psicológicas*, 10(2), 189-197.
- Brewin, R. (1996). Theoretical Foundations of Cognitive-Behavior Therapy for Anxiety and Depression. *Annual Review of Psychology*, 47(1), 33-57.

- Burns, A. (1999). *Collaborative action research for English Teachers*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Bustos, R. (2013). *Propiedades Psicométricas Del Cuestionario de Depresión en Niños en escolares de secundaria del distrito de Yautan*. (Tesis para obtener el grado de licenciada en psicología). Universidad Cesar Vallejo, Trujillo, Perú.
- Calvo-Porrá, C. (2016). *Análisis de la invarianza factorial y causal con AMOS*. Valencia: ADD Editorial.
- Campo-Arias, A. y Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Rev Salud Pública*, 10(5), 831-839.
- Carmines, E. & McIver, J. (1981). *Análisis de modelos con variables no observadas*. En Bohrnstedt, GW & Borgatta, EF [Eds.] *Medición social: Temas actuales*. Beverly Hills: Sage.
- Castillo, H. (2016). *Depresión: alrededor de 1 millón 700 mil peruanos, la sufre*. RPP NOTICIAS. Recuperado de: <http://vital.rpp.pe/expertos/la-depresion-es-el-trastornomas-comun-en-el-peru-noticia-971106>
- Castro, V. (2017). *Depresión y agresividad en escolares del nivel secundario de una Institución Educativa Nacional de la ciudad de Chimbote*. (Tesis para obtener el grado de licenciada en psicología). Universidad Privada Cesar Vallejo, Chimbote, Perú.
- Colegio de Psicólogos del Perú (2017). *Código de ética del psicólogo peruano*. Lima: Consejo directivo nacional. Recuperado de: [http://www.cpsp.pe/admin/contenidos/marcolegal/codigo\\_de\\_etica\\_del\\_cpsp.pdf](http://www.cpsp.pe/admin/contenidos/marcolegal/codigo_de_etica_del_cpsp.pdf)
- Connor, D.; Ford, J.; Amsten, A. & Greene, C. (2014). An update on posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Pediatrics*, 54(6), 517-528.
- Córdova, E. (2014). *Propiedades Psicométricas Del Cuestionario de Depresión en Niños de Lang y Tisher*. (Tesis para obtener el grado de licenciada en psicología). Universidad Cesar Vallejo, Trujillo, Perú.

- Corveleyn, J.; Luyten, P. & Blatt, S. (2005). *The theory and treatment of depression: towards a dynamic interactionism model*. (3a ed.) New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- De la Garza, F. (2007). *Depresión en la Infancia y Adolescencia*. México: Editorial Trillas
- Del Barrio, V. (2015). *Los trastornos depresivos y sus tratamientos, Psicología clínica infanto-juvenil*. Madrid: Pirámide.
- Del Barrio, V. & Carrasco, M. (2013). *Depresión en niños y el adolescente*. Madrid: Síntesis.
- Estalovski B. (2014). *Como Vencer la Depresión*. (1ra ed.). Buenos Aires: Ziel.
- Estrada, L (2012). *El ciclo vital de la familia*. México: Editorial México.
- Fajardo, M. & Guaraca, J. (2017). *Depresión en adolescentes escolarizados de décimo año, de la Unidad Educativa Municipal "Sebastián de Benalcázar", de la Ciudad de Quito, de la Provincia de Pichincha, en el período octubre 2016 a marzo 2017*. (Tesis para obtener el grado de licenciados en psicología), Universidad Central de Ecuador, Quito, Ecuador.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistenciastransgeneracionales-delapego-una-nueva-teoria>.
- Garber, J. (2006). Depression in Children and Adolescents. Linking Risk Research and Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6), 104-116.
- Gonzáles, C. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de desesperanza de Beck en una muestra bogotana. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3(2), 17-30.
- Greenberg, L. & Paivio, S. (2012). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Hollon, S., Thase, M., & Markowitz, J. (2002). *Treatment and Prevention of Depression*.

- Hoyos, E.; Lemos, M. y Torres, Y. (2012). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 109-121.
- Hu, L. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-15
- Hubert, T. (2012). *Anxiety and depression in children and adolescents. Assessment, intervention, and prevention*. Bloomington: Springer.
- Jadán, C. (2017). *Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja*. (Tesis para obtener el grado de licenciado en educación). Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador.
- Joreskog, K. & Sorbom, D. (1984). *Advances in factor analysis and structural equation models*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers.
- Koich, F. (2016). Projective aspects on cognitive performance: distortions in emotional perception correlate with personality. *Psicología: Reflexa e Critica*, 29(17).
- Lang, M. & Tisher, M. (2003). *Cuestionario de Depresión para Niños, (CDS)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2010). The development of a brief psychodynamic protocol for depression: Dynamic Interpersonal Therapy (DIT). *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24(4), 329-346.
- León, M. (2013). Adaptación del inventario de depresión infantil de kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana. *Revista PsiqueMag*, 1(1), 27- 44.
- León, O. y Montero, I. (2002). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. (3a ed.) Madrid. Mc Graw Hill.
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A. & Tomás, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada.

Luna, M. (2014). *Ansiedad y Depresión*. Madrid: Clínica de la Ansiedad.

Majadas, S.; Olivares, J.; Glan, J. & Diez, T. (2012). Prevalence of depression and its relationship with other clinical characteristics in a sample of patients with stable schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 53(2), 145-151.

Medrano, L. & Núñez, R. (2017). Aproximación conceptual y práctica a los modelos de ecuaciones estructurales. *Revista digital de investigación en docencia universitaria*, 11(1), 1-21.

Lévy, J. & Varela, J. (2006). *Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales*. España: Netbiblo.

McDonald, R. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Milne, L. y Lancaster, S. (2001). Predictors of depression in female adolescents. *Adolescence*, 36(2), 207-223.

Mulaik, S.; James, L.; Van Alstine, J.; Bennett, N.; Lind, S. y Stilwell, C. (1989). Evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation models. *Psychological Bulletin*, 105(1), 430-445

Campo Organización Mundial de la Salud. (2014). Adolescents: Health risks and solutions. *OMS*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>

Organización mundial de la salud. (2015). En España 2,4 millones de personas sufren depresión, el 5,2 % de la población. *OMS*. Recuperado de <https://www.efe.com/efe/espana/sociedad/en-espana-2-4-millones-de-personassufren-depresion-el-5-la-poblacion/10004-3188014>

Organización Mundial de la Salud. (2016). Depresión. *OMS*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión. *OMS*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Ortiz, C (2012). *Propiedades del cuestionario de depresión para niños de primaria en el distrito de Trujillo*. (Tesis para obtener el grado de licenciada en psicología). Universidad Cesar Vallejo, Trujillo, Perú.
- Otzen, T. & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.
- Parmelee, D. (2014). *Psiquiatría del niño y adolescente*. España. Editorial Harcourt.
- Ramírez, J. (2009). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca*. (Tesis de bachiller), Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Saavedra, J. (2012). *Depresión y ansiedad, trastornos mentales que predominan en el Perú*. Recuperado de <http://rpp.pe/lima/actualidad/depresion-y-ansiedad-trastornos-mentales-que-predominan-en-el-peru-noticia-48980>
- Saavedra, L. (2016). *Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Depresión CDS para niños y adolescentes en estudiantes de secundaria de Moche*. (Tesis para obtener el grado de licenciada en psicología). Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
- Sainero, A.; Del Valle, J. & Bravo, A. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de Psicología*, 31(2), 472-480.
- Tomás, J. (2015). *Trastorno depresivo infantil*. *Familianova Schola*. Recuperado de [http://www.centrelondres94.com/files/trastorno\\_depresivo\\_infantil.pdf](http://www.centrelondres94.com/files/trastorno_depresivo_infantil.pdf)
- Ventura-León, J. & Caycho-Rodríguez, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 625-627.

Ventura-León, J. (2017). ¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(4), 648-649.

Yapko, M. (2006). *Para romper los patrones de depresión*. (1era ed.). México: Schoulft M.

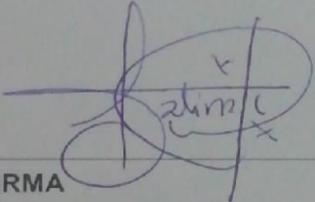
Zvelc, G. (2009). Between Self and Others: Relational Schemas as an Integrating Construct in Psychotherapy. *Transactional Analysis Journal*; 39(1), 22-38

# Anexos

## Anexo 01

**CARTA DE TESTIGO**

Yo, JOSÉ MANUEL SALINAS CERVA, identificada (o) con DNI N° 42086401.....he recibido y comprendido satisfactoriamente, el propósito de la investigación, acerca de la evaluación que se les dará a los alumnos de secundaria de nuestra Institución Educativa...JUAN ALVARADO..... sobre el cuestionario de depresión para niños (CDS). Realizada por la Bachiller Ventura Espinoza, Evelyn. Acepto que he leído y conozco la normativa correspondiente, para realizar investigación con seres humanos, siendo confidencial toda información brindada y me apego a esta ética profesional. Una vez concluida la explicación y respuestas, procedo a firmar el presente documento.



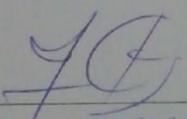
**FIRMA**

**DNI 42086401**

**Fecha: 18/08/18**

### CARTA DE TESTIGO

Yo, Vicente Moja Salinas, Identificada (o) con DNI N°  
Vicente 19037965.....he recibido y comprendido satisfactoriamente, el  
propósito de la investigación, acerca de la evaluación que se les dará a los alumnos  
de secundaria de nuestra Institución Educativa.....Simón Bolívar.....  
sobre el cuestionario de depresión para niños (CDS). Realizada por la Bachiller  
Ventura Espinoza, Evelyn. Acepto que he leído y conozco la normativa  
correspondiente, para realizar investigación con seres humanos, siendo  
confidencial toda información brindada y me apego a esta ética profesional.  
Una vez concluida la explicación y respuestas, procedo a firmar el presente  
documento.

  
FIRMA VICENTE MOJA S.

DNI 19037965

Fecha: 08/02/18.

Anexo 02

*Ficha de tamizaje*

Datos		
Nombre:		
Sexo:		
Edad:		
¿Estás recibiendo algún tratamiento farmacológico?	Si	No
¿Qué tipo?:		

Anexo 03

Asentimiento

CARTA DE PERMISO

Pongo de su conocimiento que la presente carta es promover la participación de los alumnos de secundaria de la Institución Educativa *Simón Bolívar* en la investigación del proyecto de Tesis orientado a las propiedades psicométricas del cuestionario de depresión para niños y adolescentes en alumnos de secundaria, brindando así la información necesaria a su persona en calidad de Director de esta prestigiosa entidad educativa a la cual representa. La reciente investigación de proyecto es dirigida por la *Bachiller* VENTURA ESPINOZA, EVELYN. De acceder a la participación en este estudio de investigación, se le pedirá verificar las preguntas de dicha herramienta. La aplicación tendrá una duración de 30 a 40 minutos para los adolescentes de secundaria.

Su participación en esta investigación es estrictamente voluntaria. Todas las indagaciones que se reciba serán confidenciales y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación de proyecto.

Si tendría alguna duda o sugerencia de este proyecto, puede hacerlas en cualquier momento, durante su participación en él. Así mismo, puede retirarse del proyecto en cualquier estadio sin que ello signifique perjuicio alguno.

Agradeciéndole en gran manera por el tiempo brindado y su grata participación en la investigación.

*Meregildo Bejarano Javi Tullio*

APPELLIDOS Y NOMBRES DIRECTOR (A) DEL PROYECTO O PLAN

LC/ *09635557*

FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR(A):

DIRECCIÓN: *Calle Lima 251*

TELEFONO: *989320532*

## CARTA DE PERMISÓ

Pongo de su conocimiento que la presente carta es promover la participación de los alumnos de secundaria de la Institución Educativa *JUAN ALVARADO*..... en la investigación del proyecto de Tesis orientado a las propiedades psicométricas del cuestionario de depresión para niños y adolescentes en alumnos de secundaria, brindando así la información necesaria a su persona en calidad de Director de esta prestigiosa entidad educativa a la cual representa. La reciente investigación de proyecto es dirigida por la *Bachiller* VENTURA ESPINOZA, EVELYN. De acceder a la participación en este estudio de investigación, se le pedirá verificar las preguntas de dicha herramienta. La aplicación tendrá una duración de 30 a 40 minutos para los adolescentes de secundaria.

Su participación en esta investigación es estrictamente voluntaria. Todas las indagaciones que se reciba serán confidenciales y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación de proyecto.

Si tendría alguna duda o sugerencia de este proyecto, puede hacerlas en cualquier momento, durante su participación en él. Así mismo, puede retirarse del proyecto en cualquier estadio sin que ello signifique perjuicio alguno.

Agradeciéndole en gran manera por el tiempo brindado y su grata participación en la investigación.

### APELLIDOS Y NOMBRES DIRECTOR (A) DEL PROYECTO O PLAN

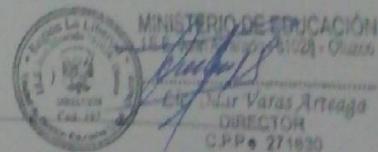
LC/ LE / DNI:

*19032107*

FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR(A):

DIRECCIÓN: *CALLE: LIBERTAD No. 260-280. OTUZCO.*

TELEFONO: *945010495*



**CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS PRUEBA**  
ADAPTADA ALAYO (2017)

A continuación, encontrarás una serie de preguntas, las cuales buscan conocer tu estado emocional actual, recuerda que no existen respuestas buenas o malas.

1. Me siento alegre la mayor parte del tiempo.
2. Muchas veces me siento triste en el colegio.
3. A menudo pienso que nadie se preocupa por mí.
4. A menudo creo que valgo poco.
5. Me despierto a menudo durante la noche.
6. Pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi madre/padre.
7. Creo que se sufre mucho en la vida.
8. Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.
9. Siempre creo que el día siguiente será mejor.
10. A veces me gustaría estar ya muerto.
11. Me siento solo muchas veces.
12. Frecuentemente estoy, descontento conmigo mismo
13. Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.
14. A veces creo que mi madre/padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible.
15. Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo.
16. Muchas veces mi madre/padre me hace sentir que las cosas que hago son muy buenas.
17. Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio.
18. Estando en el colegio, muchas veces me dan ganas de llorar.
19. A menudo soy incapaz de mostrar lo triste que me siento por dentro.
20. Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento.
21. La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.
22. A veces temo que lo que hago pueda molestar o enfadar a mi madre/padre.
23. Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.
24. En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.
25. Me divierto con las cosas que hago
26. Frecuentemente me siento desgraciado/triste/desdichado.
27. Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio.
28. A menudo me odio a mí mismo.
29. Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.
30. Frecuentemente pienso que merezco ser castigado.
31. A menudo me siento triste por causa de mis tareas escolares.
32. Cuando alguien se enfada conmigo, yo me enfado con él.

33. Casi siempre lo paso bien en el colegio.
34. A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.
35. A menudo me avergüenzo de mí mismo.
36. Muchas veces me siento muerto por dentro.
37. A veces estoy preocupado porque no amo a mi madre/padre como debiera.
38. A menudo la salud de mi madre me preocupa/inquieta.
39. Creo que mi madre/padre está muy orgulloso de mí.
40. Soy una persona muy feliz.
41. Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado.
42. Nadie sabe lo triste que me siento por dentro.
43. A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.
44. Estando en el colegio me siento cansado casi todo el tiempo.
45. Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.
46. A veces sueño que tengo un *accidente o me* muero.
47. Pienso que *no es nada* malo enfadarse.
48. Creo que tengo buena presencia y soy atractivo.
49. Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar.
50. A veces *pienso que no soy de utilidad para nadie*.
51. Cuando *fallo* en el colegio pienso que no valgo para nada.
52. A menudo me imagino que me hago heridas o que me muero.
53. A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre/padre.
54. Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero.
55. Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.
56. Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer.
57. Creo que mi vida es triste.
58. Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.
59. La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.
60. A veces me siento mal porque no amo y escucho a mi madre/padre como se merece.
61. Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.
62. Tengo muchos amigos.
63. Utilizo mi tiempo haciendo con mi madre/padre cosas muy interesantes.
64. Hay mucha gente que se preocupa bastante por mi
65. A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones.

CDS Hoja de Respuestas		SEÑALA SOLO UNA	
		(+ +)	Muy de acuerdo
GRADO:	SECCIÓN:	(+ )	De acuerdo
COLEGIO:	SEXO: (M. O F.)	(+/-)	No estoy seguro
EDAD:	FECHA DE APLICACIÓN:	(-)	En desacuerdo
		(--)	Muy en desacuerdo

	++	+	+/-	-	--
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8	++	+	+/-	-	--
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

	++	+	+/-	-	--
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					

	++	+	+/-	-	--
41					
42					
43					
44					
45					
46					

	++	+	+/-	-	--
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

47					
48					
	++	+	+/-	-	--
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					

56			
----	--	--	--

	++	+	+/-	-	--
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					

	++	+	+/-	-	--
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					

**C.D.S PLANILLA DE CORRECCIÓN**

**PD= suma de puntos en la escala, excepto en:**

**AA = 48 – Suma de puntos n**

**PV = 60 – Suma de Puntos**

**1 – AA    3 – PS        5 –PV    7 –DV        TP= 1+8**

**2 –RA4 – AE    6-SC        8-PV        TD=2+3+4+5+6+7**

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

--	--	--	--	--

5	4	3	2	1

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

64	<input type="radio"/>
65	<input type="radio"/>
66	<input type="radio"/>

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--