

UNIVERSIDAD CENTRAL “MARTA ABREU” DE LAS VILLAS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**TÍTULO: ADAPTACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN
INFANTIL DE KOVACS EN ADOLESCENTES CUBANOS DE 12 a 15
AÑOS.**

Tesis en opción al título de Licenciatura en Psicología

Autora: Kenia Mengana Peraza.

Tutora: Msc. Yudit Pérez Díaz.

Asesor Estadístico: Dr. C. Ricardo Grau Abalo.

Santa Clara, 2013

Dedicatoria

A mi tutora por su apoyo y cooperación.

A mis padres, por confiar en mí y dar luz a mi camino.

A Lázaro, por su apoyo incondicional y compartir la tesis conmigo.

A mi hermana, por convertirme en su hija más grande.

A las tres personitas más grandes en mi vida, por alegrar mi existencia y hacerme reír en los momentos más difíciles de mi vida.

A mis amigas, por sentir esta investigación como suya.

A Liset, por su sincero apoyo.

A Pedro, por estar tan pendiente de mi vida y hacerme feliz.

A Onel por dedicar largas horas en los arreglos finales.

A toda mi familia, por existir y ser mi fuente de alegría.

Agradecimientos

Deseo agradecer a todas aquellas personas que me ayudaron a compartir esta difícil tarea, dándome apoyo y aliento en cada momento del proceso.

Por enseñarme que todo lo que hagamos en la vida requiere dedicación y sacrificio, y por mostrarme que aunque la vida te depare momentos difíciles, podemos salir fortalecidos de estos, convertidos en mejores personas.

Decirles quiero, que para mí ha sido un placer contar con personas como ustedes, ya que sin su ayuda no hubiera sido posible lograr los resultados esperados. No me atrevo a mencionar nombres para no pecar de injusta, sólo deseo comentarles que los quiero y que estaré eternamente agradecida.

Exergo

*Sobre la tierra no hay más que un poder definitivo : la
inteligencia humana”*

José Martí

Resumen

Resumen

La noción de que los trastornos del estado de ánimo, especialmente los depresivos, pueden manifestarse en niños y adolescentes, está aceptada de forma mayoritaria en la actualidad. Pero esta aceptación es relativamente reciente. Es por ello que en nuestro medio carecemos de herramientas diagnósticas confiables y válidas, para evaluar el trastorno depresivo en los adolescentes.

De esta manera, la presente investigación, realizada de enero a mayo del 2013, se dirigió a adaptar, para la población de adolescentes cubanos, el Inventario de Depresión Infantil (CDI), creado por María Kovacs y Beck. La misma se apoyó en un paradigma cuantitativo, constituyendo un estudio descriptivo. Se trabajó con una muestra probabilística estratificada, conformada por un total 394 adolescentes de la provincia de Villa Clara. Primeramente, se procedió a la evaluación del inventario según juicio de profesionales; luego, se realizó el análisis de la confiabilidad y la validez de la técnica, se adaptaron los percentiles para la población cubana y, finalmente, se elaboró el Manual de uso para profesionales. Se procesaron los datos con técnicas del paquete estadístico SPSS, como el alfa de Cronbach, test exacto de Fisher, test de correlación no paramétrico (Tau-c de Kendall), test de Wilcoxon, análisis multivariado y estadísticos descriptivos.

Los análisis estadísticos demostraron que el instrumento fue confiable en el tiempo (test-retest) y mostró elevada consistencia interna de sus ítems. Se demostró que el mismo posee notables evidencias de validez de contenido, validez de criterio y de constructo.

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

Summary

The notion that the dysfunctions of the state of spirit, especially the depressive ones, they can show in children and adolescents, it is accepted at the present time in a majority way. But this acceptance is relatively recent. It is hence that in our means we lack diagnostic reliable and valid tools to evaluate the depressive dysfunction in the adolescents.

This way the present investigation, carried out of January to May of the 2013, she went to adapt for the population of Cuban adolescents the Inventory of Infantile Depression of Kovacs (CDI), created by María Kovacs and Beck. The same one relied on a quantitative paradigm with a descriptive study. One worked with a probabilistic stratified sample, conformed by a total 394 adolescents of the county of Villa Clara. For it you proceeded to the evaluation of the inventory according to professionals' trial, then she was carried out the analysis of the dependability and the validity of the technique, the scales adapted for the Cuban population and finally the use Manual was elaborated for professionals. The data were processed with technical of the statistical package SPSS, as the alpha of Cronbach, exact test of Fisher, non parametric (Tau-c of Kendall) correlation test, test of Wilcoxon, multivariate and statistical descriptive analysis.

The statistical analyses demonstrated that the instrument was reliable in the time (test-retest) and it showed internal high consistency of their articles. It was demonstrated that the same one possesses notables evidences of content validity, approach validity and constructo.

Key words: Children's Depression Inventory Kovacs, Adaptation, Cuban Adolescents.

Índice

Contenido

Introducción:	1
Capítulo 1. Fundamentación Teórica	5
1.1. Particularidades de la adolescencia como etapa del desarrollo humano.	5
1.2. Las emociones en la adolescencia.....	8
2. La depresión en la adolescencia	9
2.1. Evolución histórica del estudio de la depresión en la adolescencia.....	15
2.2. Visión cognitivista de la depresión infantil.	17
2.3. Consideraciones diagnósticas de la depresión en la adolescencia.	20
3. Generalidades del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI)	22
3.1. Descripción del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs.	26
3.2. Utilidad del Inventario para investigadores.	29
Capítulo 2. Marco Metodológico	31
2.1. Paradigma de Investigación:	31
2.2. Tipo de investigación o estudio:	31
2.3. Diseño de investigación:	32
2.4. Selección y tamaño de la muestra:	32
2.5. Descripción de las técnicas empleadas:	33
2.6. Procedimientos:	36
2.7. Procesamiento de los datos:	40
Capítulo 3. Análisis de los Resultados:.....	42
3.1. Revisión y Evaluación del Inventario.	42
3.1.1. Evaluación del CDI según juicio de profesionales.....	42
3.1.2. Estudio Piloto.....	44
3.2. Caracterización de la muestra desde el punto de vista de datos generales.	44
3.3. Evaluación de la confiabilidad.	46
3.3.1. Estabilidad temporal.....	46
3.3.2. Consistencia Interna.	51
3.4. Análisis de la validez.	51
3.4.1. Validez de constructo.	51
3.4.2. Validez de criterio concurrente.....	54
3.4.3. Validez de criterio externo.....	56

3.4.4. Determinación de normas percentilares	57
3.5. Manual Profesional del CDI	59
Conclusiones	74
Recomendaciones.....	75
Referencias Bibliográficas	76
Anexos.....	82
Anexo.1	82
Anexo.2	85
Anexo.3	87
Anexo.4	88
Anexo.5	91
Anexo 6	93

Introducción

Introducción:

El estudio de las emociones y su manejo constituyen un importante reto para la ciencia y la profesión psicológicas, dadas las numerosas implicaciones que tienen estas para la salud mental y física del hombre (Pérez, 2007).

Es precisamente la depresión uno de los estados emocionales que mayormente interfiere en la vida diaria de las personas y en su desempeño normal, causando dolor tanto para quien la padece como a las personas que le rodean.

Durante un largo período de tiempo la comunidad científica, por estrictas razones teóricas, sostenía que la depresión infantil no existía, coincidiendo con la poca importancia que se le daba a la salud mental en esta etapa. Sin embargo, en el mundo real existían niños y adolescentes deprimidos y algunos clínicos empezaron a revelarse contra la ortodoxia que vetaba la posibilidad de su existencia. Esto empezó a ocurrir hacia los años 40 en distintos campos de la psicología aplicada, y comenzaron a aparecer estudios relacionados con la depresión infantil, bajo los nombres de Akerson, Spitz y Bowlby (Hernández, 2008).

En este sentido, científicos y médicos han comenzado a considerar seriamente el riesgo de la depresión en niños y adolescentes. Investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos, han mostrado que la depresión en la niñez a menudo persiste, recurre y se prolonga en la adultez, especialmente si no se recibe tratamiento. La presencia de la depresión en esta etapa también tiende a predecir enfermedades más graves en la edad adulta.

El trastorno depresivo en los adolescentes se presenta en un momento de grandes cambios personales, cuando hombres y mujeres están definiendo una identidad distinta a la de sus padres, lidiando con asuntos de género y su sexualidad emergente y tomando decisiones por primera vez en sus vidas; es por esto que un adolescente con depresión puede estar de mal humor, presentar problemas en la escuela, ser negativo e irritable, y sentirse incomprendido (Silva, 2004).

Como estas señales pueden percibirse como cambios de ánimo normales típicos de la etapa, puede ser difícil diagnosticar con exactitud que una persona joven padece depresión.

En ese sentido, Álvarez (2004) plantea que la dificultad para la realización del diagnóstico de la depresión en edades tempranas de la vida, se debe a las siguientes razones: primeramente, por los mitos que se han tejido alrededor; por la responsabilidad de los padres que creen que si su hijo se deprime es porque no están siendo buenos padres, o porque la mayoría de las veces se piensa que es parte evolutiva normal de un adolescente entrar en períodos de cambios de carácter. Lo cierto es que los adolescentes son un mundo diferente a los adultos y se expresan de manera distinta, por lo cual hay que saber comprender su lenguaje. Otro problema común en el diagnóstico de depresión en esta etapa, es que muchas veces los padres tienen alguna enfermedad mental (leve o grave) y se niegan a reconocer ciertos síntomas en sus hijos que les recuerden a los que ellos mismos tienen, principalmente si se trata de trastornos afectivos. Y, por último, entre los médicos hay muchos que desconocen estas verdades y eso impide que se avance en el camino, o se teme explicar las dificultades del tratamiento (ajustes de dosis, medicamentos, efectos adversos, prolongación del tratamiento), sin tomar conciencia de su necesidad a pesar de estas dificultades, debido a los embates de la enfermedad.

La depresión entraña un daño en el funcionamiento neuronal y favorece la apoptosis (proceso de muerte neuronal). Hay muchos procesos involucrados y diversos factores que interactúan juntos para que se de este fenómeno: factores ambientales, traumas tempranos, biológicos, genéticos, de adaptabilidad y de vulnerabilidad, así como sociales y de soporte emocional (Hernández, 2008).

En este sentido, 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. Dichos 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.

En función de lo anterior, autores como Barbieri (2007) concluyen que estas características de las familias se han convertido en factores de riesgo para la aparición de la depresión infantil.

Gracias a los avances de la ciencia psicológica, se ha llegado al consenso en la comunidad científica sobre la existencia de la depresión en esta etapa de la vida de los seres humanos y,

precisamente porque este acuerdo ha sido tan actual, existen aún puntos débiles con respecto a la evaluación de dicho trastorno.

Específicamente, en el contexto cubano no se cuenta con el suficiente arsenal metodológico para evaluar la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. Es por ello que resulta necesario contar con instrumentos válidos y confiables para nuestra realidad, que nos permitan obtener resultados certeros en función de las características psicológicas de nuestra población.

En este sentido, existe el Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs, el cual, por sus cualidades, es el más aplicado a nivel mundial para evaluar la depresión en niños y adolescentes, dando la facilidad al investigador de poder aplicarse tanto de manera individual como colectiva. Además, su lenguaje sencillo facilita, en gran medida, su comprensión por los menores pertenecientes a dichas etapas evolutivas.

En Perú, Raffo (1991) realizó la primera adaptación y validación del CDI en un estudio que relacionaba autoconcepto y depresión. Luego, se realizó en el 2004 la adaptación del inventario en España. Ya en el 2009 en Lima, Renato Ramírez realizó la adaptación del CDI para niños y adolescentes de la ciudad de Cajamarca. No obstante, en Cuba aún no se cuenta con la validación del instrumento para nuestros adolescentes.

De esta manera, apoyados en el criterio de que la utilización incorrecta de un test puede sesgar los resultados de la investigación, el presente estudio se orienta a adaptar el CDI para la población de adolescentes cubanos, especialmente en Villa Clara.

Por lo tanto, la presente investigación se plantea como problema científico:

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la adaptación del Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs para adolescentes cubanos de 12 a 15 años?

Se define como **Objetivo General** de la investigación:

- Adaptar para la población cubana el Inventario de depresión infantil de Kovacs.

Objetivos específicos:

1. Determinar la confiabilidad de la adaptación del CDI en adolescentes cubanos de 12 a 15 años.
2. Evaluar la validez de la versión adaptada del CDI en los adolescentes cubanos.

3. Elaborar el manual de aplicación del CDI para su divulgación y empleo por profesionales cubanos.

La novedad teórica de la investigación radica en que aportará nuevos niveles de aproximación al estudio de la depresión infantil.

Desde el punto de vista metodológico, la investigación aportará la validación del CDI para los adolescentes de nuestro contexto, enriqueciendo el conjunto de instrumentos del psicólogo en sus diferentes áreas de actuación.

El aporte práctico del estudio radica en que posibilitará para los profesionales, una evaluación psicológica más precisa y confiable de la depresión en la adolescencia, lo cual incrementará el rigor científico en las investigaciones.

El contenido del informe de investigación se encuentra estructurado en tres capítulos. El marco teórico referencial está planteado en el Capítulo I. En el mismo se abordan las particularidades de la adolescencia como una etapa del desarrollo humano, se hace alusión además a las características emocionales de los adolescentes, prestando especial énfasis en la depresión en esta etapa del desarrollo. Se ofrece una panorámica de la evolución histórica del estudio de la depresión en la adolescencia, se aborda la depresión infantil desde la perspectiva cognitivista y se ofrecen las consideraciones diagnósticas del trastorno depresivo en los adolescentes. De igual manera, se abordan las generalidades del Inventario de depresión infantil (CDI) de Kovacs, se ofrece una descripción completa de la técnica y se brinda información acerca de la utilidad del inventario para investigadores.

El segundo capítulo es el diseño metodológico de la investigación. En este se plantea el tipo de estudio, siendo éste descriptivo y la metodología empleada en la investigación: cuantitativa instrumental. Además se plantean los criterios para la selección de los sujetos participantes, la descripción de los materiales utilizados y el procedimiento seguido para el cumplimiento del objetivo general.

En el tercer capítulo se recogen los resultados obtenidos en la investigación, y finalmente, se ofrecen las conclusiones y recomendaciones del trabajo.

Capítulo I

Capítulo 1. Fundamentación Teórica

1.1. Particularidades de la adolescencia como etapa del desarrollo humano.

Ha sido común en diferentes sociedades y culturas, que el tránsito entre ser niño y la edad adulta esté marcado por un cambio en las expectativas, en relación no solamente con las funciones sexuales y reproductivas, sino también con el status social, conociéndose una amplia variedad de mitos y creencias que han pretendido diferenciar socialmente esta etapa entre la niñez y la adultez.

Es difícil establecer límites cronológicos para este período. De acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años) (Pérez, 2009).

Concordando con la definición propuesta por Pérez & Lozada (2007), se concluye que la adolescencia es aquella etapa de la vida que empieza con la pubertad y termina cuando la independencia de la persona ha alcanzado una congruencia psicológica razonable. Siendo este un proceso de cambio que no es homogéneo en todos los grupos sociales étnicos, culturales, e incluso, existen diferencias acordes con el sexo.

En sus estudios, Pineda (1998) concluye que en los inicios de la etapa ocurre un crecimiento somático acelerado, se inician los cambios puberales y los caracteres sexuales secundarios. Ocurre una marcada preocupación por los cambios físicos, además de una acentuada curiosidad sexual, es frecuente la aparición de cambios bruscos de conducta y búsqueda de autonomía e independencia, mientras que al final de la etapa se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, alcanzándose un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual.

Según Pérez (2006), estos cambios rompen con una estabilidad alcanzada en años anteriores y pueden generar inseguridad, no sólo en el propio adolescente, sino en todas las personas que le rodean, pues no saben si tratarlo como a un niño o como a un adulto.

Esta transición de niño a adulto, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, ya que la adolescencia es una “edad psicológica”, pues partimos de considerar el desarrollo como un proceso que no ocurre de manera automática ni determinado fatalmente por la maduración del organismo, sino que tiene ante todo una

determinación histórico social, al decir de L. S. Vygotsky, creador del enfoque histórico cultural sobre el desarrollo de las funciones psíquicas superiores (citado en Cox-Jules, 2010).

Como señala Domínguez (2003), las transformaciones anteriormente abordadas, tienen gran repercusión psicológica, lo que se constata en las diversas consecuencias que para la subjetividad de los adolescentes tienen los cambios biológicos referidos. Estos cambios, en la medida que se van produciendo, se vinculan estrechamente a la esfera autovalorativa - incluida la imagen corporal- y al carácter de la valoración que recibe el adolescente en su vida cotidiana por parte de los adultos y coetáneos.

Es por esto que la representación que poseen los adolescentes de sí mismos, aunque es más generalizada, sigue dependiendo en gran medida de criterios externos, por lo cual resulta inexacta (Novoa, 2011).

Si bien es indudable que existe una estrecha relación entre el desarrollo físico y psíquico, la repercusión psicológica de las transformaciones puberales no constituyen un proceso automático ni lineal, sino que dependerá en gran medida del manejo que realicen las personas que rodean al adolescente, de la opinión social que recibe como consecuencia de las mismas y de los recursos psicológicos con que cuenta para enfrentarlas (Domínguez, 2003).

En cuanto al desarrollo cognitivo, lo más significativo de esta etapa es que se alcanza un nuevo y más complejo nivel de pensamiento, que va a permitirles concebir los fenómenos de manera distinta a como lo habían hecho hasta entonces.

A este tipo de pensamiento caracterizado por una mayor autonomía y rigor en su razonamiento, por operar a un nivel abstracto, ser hipotético deductivo y reflexivo, se ha denominado en la tradición piagetiana, pensamiento formal, y representa al estadio de las operaciones formales (Carretero & León, 2002).

En el adolescente existe una nueva formación psicológica central, es la tendencia a ser y considerarse adulto, esta expresa la nueva posición vital del adolescente con respecto a las personas y el mundo, determina la orientación específica y el contenido de su actividad social y el sistema de nuevas aspiraciones, vivencias y reacciones afectivas.

Esta lucha por la independencia está estrechamente relacionada con el desarrollo del pensamiento abstracto referido anteriormente, es decir, con la adquisición de facultades de

formar juicios, opiniones, nuevos valores éticos y sociales, o sea, individualidad en el pensar y en el actuar (García, 2008).

Atendiendo a otros aspectos, pero también en estrecha relación con los progresos cognitivos descritos hasta el momento, la adolescencia constituye una etapa de intensa formación de la identidad personal, tal y como lo enfatizan Erikson y otros autores en sus teorías. En este sentido, el autoconcepto es el elemento central de dicha identidad, siendo relevante para la construcción del mismo el papel que juegan las relaciones sociales, y es en esta etapa en la que el autoconcepto se perfila y define de modo tal que el individuo se identifica como ser singular y diferente de los demás (Molina, 2011).

Con relación al desarrollo social, cabe destacar, según lo expuesto por Domínguez (2003), que además de ocurrir un cambio en las relaciones ya existentes del adolescente, se producirá una ampliación y diversificación de su red de relaciones sociales, donde el vínculo con los iguales jugará un papel fundamental y la aceptación dentro del grupo se convertirá para el adolescente en motivo de gran significación para el bienestar emocional del mismo, pues el grupo le permitirá satisfacer sus necesidades de independencia, autoafirmación, posibilitándole un espacio de reflexión y de intercambio afectivo.

Siguiendo los planteamientos de Domínguez (2003), otro aspecto significativo de esta etapa, está relacionado al establecimiento de nuevas formas de relación con los adultos, a veces generadoras de conflictos y que agudizan las manifestaciones de la llamada crisis de la adolescencia. El conflicto adulto-adolescente se encuentra condicionado por factores objetivos y subjetivos, ya que el menor ocupa una posición social intermedia, a la cual ya se hacía referencia anteriormente y, por tanto, continúa dependiendo económicamente de los padres, aún asiste a una institución escolar con vistas a lograr la preparación necesaria para su futuro desempeño profesional y muestra, en ocasiones, conductas infantiles o rasgos de inmadurez.

La esfera emocional determina en gran medida el comportamiento en los individuos y, especialmente en los adolescentes, es de vital importancia para lograr una explicación lógica a su conducta. Si tenemos en cuenta todos los cambios antes expuestos nos podemos percatar de los retos que deben enfrentar los adolescentes, de modo que ello va definiendo los matices emocionales de esta etapa (García, 2008).

1.2. Las emociones en la adolescencia

En todas las etapas de la vida de los seres humanos las emociones juegan un papel trascendental, pero es precisamente la adolescencia donde ocurre un grupo más grande de cambios en la esfera emocional, que resulta necesario comprender y abordar en diversos ámbitos vinculados a la educación, desarrollo y estudio de los menores comprendidos en esta etapa.

Los adolescentes poseen una mayor comprensión de sus estados afectivos, que en etapas anteriores, haciendo más referencias a estados mentales o sentimientos internos cuando explican sus emociones. En este período se consolida, además, la comprensión de emociones opuestas, entendiendo que una misma persona puede generar en los otros sentimientos opuestos. Esta comprensión emocional se logra gracias a los logros alcanzados en la esfera cognitiva, la que le permite utilizar estrategias de tipo hipotético-deductivo, ya que, si en la etapa anterior era capaz de utilizar la información personal en la inferencia de las emociones ajenas, ahora es capaz de conseguir información sobre las otras personas, para inferir y explicar sus propias emociones (Abarca, 2003).

Los intensos cambios referidos anteriormente, pueden conllevar la adolescencia a convertirse en una etapa de riesgo para alteraciones emocionales y conductuales, pues, aunque es variable en sus demandas, puede ser particularmente estresante.

El estrés puede producirse, en parte, porque junto a los cambios biológicos de la pubertad, se incrementan los esquemas y exigencias de los demás para adecuarse a los rasgos y conductas característicos de hombres y mujeres. Las ideas y conductas de los adolescentes se configuran por la anticipación de sus roles adultos como mujeres y hombres. Durante la adolescencia, los jóvenes se preparan para asimilar y practicar sus posibles roles como adultos (Figueras, 2006).

El humor del adolescente es lábil. Lo que un día parece no tener solución, puede haberse olvidado a la semana siguiente. Es frecuente que aparezcan estados pasajeros de ansiedad o tristeza. La propia autoimagen y autoevaluación son tan frágiles, que las actitudes y juicios de personas como padres y amigos pueden ser suficientes para situar al adolescente en la tristeza o en la euforia. El fracaso se vive como una derrota irreparable y el éxito como la solución de todos los problemas. El adolescente no controla fácilmente sus estados emocionales.

En su estudio, Bautista (2008) concluye que los adolescentes generalmente se muestran ansiosos. Sin embargo, la ansiedad ha de permanecer siempre entre unos límites, para no interferir de manera negativa en sus vidas. Los adolescentes con niveles altos de ansiedad, suelen mostrarse inseguros, perfeccionistas, con gran necesidad de recibir la aprobación de los demás para que les aseguren la calidad de lo que hacen. Confían poco en sí mismos, les da miedo cualquier situación y requieren la constante presencia del adulto para enfrentarse a sus temores. Puede existir decepción con la sociedad y querer cambiarlo absolutamente todo. Pueden culpabilizar a la familia por lo que no les gusta. Y, en definitiva, pueden sentirse tremendamente solos, con lo que desarrollarán unos mecanismos de defensa que fácilmente se convierten en agresivos.

Además, puede ser difícil en esta etapa hacer la distinción entre lo que son las variaciones normales del humor o del estado de ánimo y los que es realmente patología. Esta gran versatilidad debe tenerse en cuenta al hacer un diagnóstico en esta etapa (Doménech, 1996 citado en Figueras, 2006), más aún considerar que en la adolescencia existen altas probabilidades de presentar una depresión, sobre la cual se profundizará a continuación debido a la trascendencia para la presente investigación.

2. La depresión en la adolescencia

A pesar de ser las emociones un objeto de especial interés para la Psicología, durante mucho tiempo su estudio fue simplificado por los investigadores, debido a las dificultades teórico-metodológicas generadas en el proceso de investigación. Es por esto que “las emociones fueron, hasta no hace mucho, consideradas como variables unidimensionales, como el simple impulso o la activación fisiológica” (Sanz, 2011, p.12).

A lo largo de los años, varias han sido las definiciones ofrecidas sobre el término emoción. Analizando las convergencias en las diferentes definiciones propuestas, se plantea que la emoción, como proceso, tiene que ver con la respuesta que se origina como consecuencia de un estímulo o situación (que puede ser interno o externo), que posee capacidad para desencadenar dicho proceso, consideradas así como detectores de relevancia (Palmero, 1998) Siguiendo los planteamientos de Palomo (2009), concebimos las emociones como estados afectivos de mayor o menor intensidad, de corta duración, que indican estados internos personales, motivaciones, deseos, necesidades e incluso objetivos que implican un cambio súbito en el organismo a nivel de conciencia, fisiológico, motor, y cognitivo, cambios que

están íntimamente relacionados con el mantenimiento del equilibrio, esto es: con la adaptación de un organismo a las condiciones específicas del medio ambiente.

Por su parte, Lazarus (Lazarus, 1977 citado en Palmero, 1998), se refiere a las emociones agudas, como aquellas respuestas con características de brevedad e intensidad, siendo entonces los estados emocionales emociones más duraderas, que también están basados en los juicios acerca de la relación entre la persona y su ambiente, aunque su implicación es mucho más amplia y duradera que la de las emociones agudas. Tanto unas como las otras, según este autor, expresan el resultado del análisis cognitivo y el impulso para la acción que, en líneas generales, se refiere a las connotaciones de amenaza o de beneficio para el organismo.

En la investigación realizada por Molerio (2004) se concluye que, a pesar de las diferencias y contradicciones existentes entre los diversos enfoques que han abordado el estudio de las emociones, existe acuerdo en reconocer su importante función adaptativa, referida anteriormente, en tanto actúan como poderosos incentivos y dinamizadores de la conducta, generando una activación psicobiológica que posibilita al individuo su óptima relación con el medio. Ellas son determinantes en el nivel de bienestar / malestar de los individuos, porque forman parte de los procesos interactivos que establece el sujeto con los demás, en el contexto de sus relaciones interpersonales.

Gracias a los avances en el estudio de las emociones, estas se entienden ahora como flexibles, contextualizadas y dirigidas a metas (Hagemann; Waldstein & Thayaer, 2003 citados en Rendón, 2007). De esta forma, se puede observar que se asume el estudio de las emociones desde una perspectiva funcionalista, que tiene un carácter intrínsecamente relacional.

Los elementos abordados con anterioridad, esclarecen una vez más que todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas (Balsa, 2011).

Algunos autores enfatizan que las emociones pueden ser negativas, pero según Chóliz (2005) incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal. Sin embargo, cuando la interrupción que produce la emoción (generalmente a expensas de nuevos niveles de organización) interfiere de manera significativa con el cumplimiento y logro de los criterios personales de ajuste, entonces

suelen producirse estados emocionales que pueden llegar a ser perjudiciales (Palmero, 1998).

Considerando los elementos anteriormente abordados acerca de la adolescencia, la misma ha sido considerada desde hace años como una edad propicia para la aparición de múltiples trastornos, especialmente emocionales.

Figueras (2006), señala cómo estudios longitudinales importantes de la década de los 90, sobre todo en España, encuentran que es a partir de los 13 años aproximadamente, cuando ha concluido en lo fundamental el desarrollo puberal, que ocurre un aumento de la prevalencia e incidencia de los trastornos afectivos, especialmente la depresión.

La tristeza, como emoción, incluye sentimientos de soledad, apatía, autocompasión, desconsuelo, melancolía, pesimismo y desánimo (Cuervo & Izzedin, 2007). También comprende determinadas manifestaciones a nivel cognitivo, principalmente falta de interés y de motivación por actividades que antes eran satisfactorias, además de una percepción negativa de la realidad, pesimista. Igualmente, a nivel conductual se caracteriza por la disminución de las actividades, determinadas expresiones faciales y posturales.

También Cuervo e Izzedin (2007) destacan cómo la tristeza es provocada generalmente por la vivencia de la separación o la pérdida de vínculos afectivos, el fracaso en alcanzar metas importantes o la pérdida de autoestima, las guerras, los atentados entre otras causas.

Como se señalaba anteriormente al abordar las emociones, la tristeza también posee su valor adaptativo, elemento que se enfatiza por varios autores. Se considera que la misma ayuda al individuo a expresar la emoción que le provoca una situación de pérdida o decepción y favorece la reflexión y el autoconocimiento. Por lo tanto, la tristeza contribuye a responder ante eventos negativos y tiene también una función social: contribuye a que se reciba apoyo y ayuda.

La tristeza puede pasar de ser una emoción adaptativa o un malestar emocional pasajero a provocar depresión. Dependiendo de la frecuencia e intensidad con que se viva, puede interferir en el bienestar psicológico de las personas hasta llevarlos a desarrollar dicha patología.

Por lo tanto, la depresión puede tener múltiples niveles de expresión, desde un nivel normal hasta uno más patológico, siguiendo diferentes peldaños. Es así que puede expresarse como

signo, síntoma, síndrome o trastorno, pero también como rasgo o característica de personalidad en formación (Figueras, 2006).

Se considera en niveles normales o como signo o señal, a la tristeza o disforia, es decir, como emociones comunes y, de hecho, una de las más comunes a lo largo de todo el ciclo vital.

Pero, cuando se torna más intensa, prolongada e interfiere con el funcionamiento y adaptación del individuo, entonces ha perdido como emoción su valor adaptativo, pudiendo llegar a llegando a convertirse en un síntoma.

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, refieren además, que éste es el sentido más coloquial del término depresión y que no implica enfermedad (Figueras, 2006).

La depresión-síndrome, se refiere a un conjunto de síntomas concomitantes con el estado disfórico, asociados a problemas somáticos (trastornos vegetativos), conductuales (cambios psicomotores), cognitivos y motivacionales. Si el síndrome es producto de antecedentes previos de tipo psicológico, psiquiátrico, médico o ambiental, éste pasaría a ser un problema secundario (Figueras, 2006).

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 predisuesto y que mantienen la presencia del trastorno, como son: la historia familiar, el contexto, los aspectos biológicos, cognitivos, etc. (Figueras, 2006).

De esta forma, la depresión es uno de los principales problemas de salud mental de la infancia, que incrementa notablemente el riesgo de suicidio en la adolescencia. Según Cuervo & Izzedin (2007), el riesgo de padecer un trastorno depresivo a lo largo de la vida oscila entre el 10% y el 25% para las mujeres y entre el 5% y el 12% para los varones y la incidencia de la depresión infantil es del 3 al 5%.

Los desórdenes depresivos en la niñez y la adolescencia se caracterizan por un núcleo persistente de tristeza, al que se agrega anhedonia, aburrimiento e irritabilidad; conformando un conjunto de síntomas que provocan una disminución del nivel de funcionalidad del sujeto y una falta de responsividad a acciones que normalmente conllevarían alivio del malestar, por ejemplo realizar actividades placenteras, o recibir atención e interactuar con personas significativas (Zalsman, 2006 citado en Figueras, 2009).

En estudios realizados por Sandín (2001), se obtiene que la fisiología de la depresión implica, a nivel del sistema nervioso central, una descompensación de las monoaminas neurotransmisoras, noradrenalina y serotonina, y posiblemente, también de la acetilcolina y de las endorfinas, además origina alteraciones neurovegetativas y endocrinas, sobre todo en la secreción de cortisol, hormona tiroidea y hormona de crecimiento.

Desde el punto de vista conductual, Piqueras (2008) plantea que la depresión se caracteriza principalmente por la reducción generalizada en la frecuencia de las conductas, lo cual, a su vez, sería la consecuencia de una pérdida de reforzadores positivos contingentes a la conducta o de una pérdida en la efectividad de tales reforzadores (o la incapacidad de hacer frente a una situación). Las pérdidas (e incapacidad) podrían deberse a la combinación de diversos factores ambientales (p. ej., rupturas de pareja) como intrapersonales (p. ej., falta de habilidades sociales). Una evidencia al respecto es que a la depresión le suele preceder una sucesión de eventos vitales estresantes o una historia previa de adversidades y estrés psicosocial. Desde el punto de vista cognitivo la idea fundamental es que la depresión depende de cómo el individuo interpreta los acontecimientos que le ocurren.

Existen diferentes factores que predisponen al adolescente a padecer un trastorno depresivo. Estos se pueden clasificar, según su origen, en endógenos y exógenos.

En este sentido, Del Barrio (2005) plantea que 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. Dentro de éstos, tenemos los aspectos biológicos y psicológicos.

Aspectos biológicos: dentro de ellos se pueden mencionar los factores genéticos, el género, las hormonas, los neurotransmisores, la anatomía del cerebro y el sueño.

Aspectos psicológicos: engloban los factores psicológicos relacionados con el temperamento, la personalidad, los aspectos cognitivos y otros trastornos psicológicos.

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 de los acontecimientos que sucedan en estos sistemas, a la influencia que puedan tener; estos son: la escuela, la familia y los acontecimientos vitales.

Acontecimientos vitales: tanto los acontecimientos aislados y graves, así como 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. En este sentido, Del Barrio (2005) plantea que los adolescentes se mostrarán más vulnerables ante las transformaciones de su cuerpo y persona, las relaciones de pareja, el rol social, las pérdidas como la muerte de un ser querido o el rompimiento de una relación de pareja; así también, la muerte por suicidio de un familiar o amigo cercano puede aumentar la ideación suicida, 6 meses después de ocurrido.

Familia: el clima familiar, como plantea Del Barrio (2005), 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.

Escuela: siguiendo lo planteado por Del Barrio (2005), la escuela es un ámbito de gran importancia, en el cual el adolescente pasará gran parte de su tiempo, y donde la competencia intelectual y social pueden ser factores que predispongan a los menores a la depresión. Entre los factores presentes en la escuela, encontramos el rendimiento académico y el círculo de amistades.

Por su parte, los síntomas depresivos en los niños y adolescentes pueden tener características peculiares, expresándose a través de variados problemas emocionales y conductuales, sobre lo cual se trata a continuación.

La depresión ya estructurada incluye, desde la pérdida de interés por las actividades que se realizan normalmente, hasta baja autoestima, aislamiento social, fatiga, llanto, trastornos del sueño y de la alimentación e impulsos auto destructivos (Figueras, 2006). En este sentido, comparten elementos en común con la depresión del adulto; pero existen, además, otras expresiones que sí resultan más típicas de las primeras etapas del desarrollo, tales como

irritabilidad, dificultad para realizar las tareas escolares, disminuyendo su rendimiento en este ámbito, muy vinculado a dificultades en el funcionamiento cognitivo (especialmente disminución del rendimiento abstracto, dificultades en la concentración de la atención, olvidos u otros problemas de memoria), problemas para relacionarse en la familia e interactuar con los iguales, así como trastornos de conducta. Igualmente, otras manifestaciones típicas de la adolescencia, son ofrecidas por Del Barrio (1997) y Méndez (1998), ambos citados por Figueras (2006), las cuales se ofrecerán posteriores epígrafes.

En relación al sexo, de forma similar a los adultos, se ha encontrado que la depresión, a partir de la adolescencia, encuentra mayores cifras de prevalencia en las hembras respecto a los varones (Figueras, 2006).

Otro de los elementos a tomar en cuenta en el abordaje de la depresión en adolescentes, por las propias características ya argumentadas de esta etapa (principalmente labilidad emocional, etapa convulsa, poco control de sus estados emocionales), es que se puede tender a considerar como “normales” determinadas manifestaciones emocionales que, en realidad, pueden ser manifestación de posible sintomatología o problemas serios de ajuste emocional. Por lo tanto, a menudo los cambios que experimenta el adolescente como cambios normales según su edad, no son considerados como proceso que pueden interferir su funcionamiento y adaptación.

En su investigación, Ugarriza & Ecurra (2002) concluyen que la depresión es más que un desorden del humor ya que afecta a múltiples áreas del funcionamiento emocional, somático y cognitivo. Por tanto, es importante no visualizar la sintomatología depresiva como un aspecto normal del desarrollo adolescente, ya que los síntomas depresivos no son equivalentes a los conceptos difusos de las alteraciones en esta etapa. La depresión en este grupo etéreo constituye un desorden psicológico que, si no es tratado, puede persistir por meses o años y, en su forma más severa, tener consecuencias amenazadoras para la vida.

Para lograr una mayor comprensión sobre cómo se comporta la sintomatología depresiva en la adolescencia, descrita en párrafos anteriores, así como otros aspectos abordados, es necesario obtener una visión panorámica acerca de cómo ha evolucionado el estudio de la depresión infantil a lo largo de los años.

2.1. Evolución histórica del estudio de la depresión en la adolescencia.

La noción de que los trastornos del estado de ánimo, especialmente los depresivos, pueden manifestarse en niños y adolescentes, está aceptada de forma mayoritaria en la actualidad. Pero esta aceptación es relativamente reciente. La resistencia al concepto de depresión como entidad clínica en la infancia y la adolescencia proviene, tanto de la escuela psicoanalítica (Rie, 1966), como de aquellos que defendían que los síntomas depresivos representaban experiencias transitorias asociadas al desarrollo normal.

Según Figueras (2006), el psicoanálisis ortodoxo, desde un principio, se negó a admitir la existencia de depresiones en la infancia, ya que, según la conceptualización freudiana de la depresión en el adulto, al hacerla depender de la interacción entre las diferentes instancias de la personalidad y no estando éstas desarrolladas en las etapas evolutivas infantiles, no sería posible la emergencia de los cuadros depresivos en estas edades. El inicio de las dificultades en el concepto de depresión infantil tiene su origen en el trabajo de Freud “Duelo y melancolía” (1917). En esta obra, Freud define la melancolía, igual que el duelo, como una reacción ante la pérdida de un objeto amado (sea real o imaginado), con la especificidad de que en la melancolía dicha “pérdida” se refiere al yo. Sin embargo, no todos los teóricos psicodinámicos sostienen esta postura, por lo que autores como Klein (1934), Spitz (1946) y Bowlby (1958) comenzaron a dar los primeros pasos en el estudio de la depresión infantil. 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 & Teva, 2006).

Ya en los años sesenta surgen los conceptos de depresión enmascarada y de equivalentes depresivos. Diversos autores (Toolan, 1962; Glasser, 1968; Malmquist, 1977 citados en Figueras, 2006) sugieren que la hiperactividad, el comportamiento oposicionista, los problemas conductuales, el bajo rendimiento escolar y las quejas somáticas pueden, en algunos casos, representar “equivalentes depresivos” o manifestaciones de “depresión enmascarada”. El niño podía padecer una depresión, pero ésta se encontraría “enmascarada” y los síntomas que se detectarían tendría poco o nada que ver con la depresión, tal y como se manifiesta en el adulto. De esta manera, cualquier forma de psicopatología infantil podía ser síntoma de depresión. También en los años 60 se encuentran las primeras evidencias clínicas de que la disforia puede expresarse como un síndrome y un trastorno en niños.

Siguiendo los planteamientos de Figueras (2006), a partir de 1970 la aceptación de un síndrome depresivo, específico de la infancia, es casi unánime. En esta década, el interés se centra en la obtención de criterios diagnósticos válidos, inicialmente clínicos y psicológicos y, más tarde, también biológicos. Igualmente, se empiezan a aplicar a niños y adolescentes los modelos conductuales-cognitivos de la depresión adulta.

En general, se puede concluir que el concepto de depresión infantil a lo largo de la historia ha pasado por cuatro corrientes de pensamiento: la orientación psicoanalítica donde no era aceptada; una segunda en la que la depresión infantil se consideraba enmascarada en otra sintomatología; la tercera, que considera que la depresión infantil es igual a la de la edad adulta; y la última, que entiende la sintomatología depresiva diferente en función de la edad y sexo del sujeto (psicopatología del desarrollo). Sobre estas dos últimas se ampliará más adelante.

2.2. Visión cognitivista de la depresión infantil.

Posteriormente al reconocimiento de la depresión infantil como entidad independiente, los modelos que explicaban esta patología en la etapa adulta se interesaron por abordarla en la etapa infanto-juvenil.

En nuestro estudio solo haremos referencia al modelo teórico propuesto por Beck; por ser este el que sustenta teóricamente el Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs.

El mismo se encuentra dentro de las teorías cognitivas de procesamiento de la información, las cuales conciben al hombre como un sistema que procesa la información en un medio que cambia continuamente y que, por lo tanto, le demanda capacidades adaptativas. Aludiendo además, 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 (Ramírez, 2009).

El modelo anteriormente abordado, llamado por sus autores Modelo Cognitivo de la Depresión, fue propuesto por Beck (1967). El mismo explica la depresión en adultos y propone tres elementos que la explican: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

Según Figueras (2006), 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. 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.

- **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, Rush, Emery & Shaw 1983 citados en Ramírez, 2009), 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. 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. 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.
- **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 citados en Ramírez, 2009). 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. 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.

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 (Beck, et al 1983 citados en Ramírez, 2009).

- 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, et al, 1983 citados en Ramírez, 2009). Entre los errores cognitivos se encuentran: la **inferencia arbitraria**, la **abstracción selectiva**, la **generalización excesiva**, la **maximización o minimización**, la **personalización** y el **pensamiento absolutista y dicotómico**. Apoyados en los presupuestos de estos autores, la primera consiste en una conclusión en ausencia de evidencia o de manera contraria a ella; la segunda consiste en la selección de un elemento poco relevante de una situación para interpretar con ello la totalidad de la experiencia; la siguiente se refiere 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 cuarta se presenta cuando la persona evalúa la magnitud o significación de un acontecimiento, de manera incrementada o disminuida; la penúltima se relaciona con la atribución que se hace una persona a sí misma de fenómenos externos sin una base objetiva para realizar la conexión y el último error, se relaciona con la clasificación de las experiencias en función a una o dos categorías opuestas, como por ejemplo: bueno o malo. Generalmente la persona suele tomar los extremos negativos para describirse a sí mismo.

Los autores de esta teoría señalan que la persona deprimida tiende a organizar la realidad sobre la base de un pensamiento inmaduro o primitivo, el cual se caracteriza por ser extremo, negativo, absolutista e invariable. Estas características pueden originar respuestas emocionales que tienden a ser negativas y extremas.

Se considera que esta visión cognitivista de la depresión, especialmente en la infancia y la adolescencia, debe ser complementada con aspectos de otra índole que también presentan un

importante papel en el desencadenamiento y desarrollo de este trastorno. En este sentido, resulta esencial, desde una perspectiva histórico cultural del desarrollo, considerar la relevancia de los contextos socializadores que conforman la situación social del desarrollo en cada etapa (García, 2003), cuya influencia debe analizarse a partir de las vivencias que presenta el niño o adolescente, sobre la base de la correspondencia entre sus necesidades y las demandas o exigencias del medio que les rodean (Bozhovich, 1976).

En igual sentido, desde una concepción holística de la personalidad, es innegable la implicación de categorías como la autoestima, las necesidades, motivos, entre otras, en la depresión del niño y el adolescente, sobre la base de la unidad cognitivo afectiva como núcleo central de dicha personalidad. De hecho, muchos de los estudios acerca de la depresión, se enfocan hacia la relación de la depresión con categorías como: regulación emocional, autoestima, autoconcepto, etc. (Cuervo e Izzedin, 2007; Del Barrio, 2005 & Solís, 2009).

Por lo tanto, independientemente de la relevancia de la visión cognitivista para el presente estudio, los aspectos referidos anteriormente se integran en una concepción propia acerca de la depresión infantil.

2.3. Consideraciones diagnósticas de la depresión en la adolescencia.

Tal y como se abordó en el sub epígrafe 2.1, en la actualidad, se acepta de forma generalizada la existencia de la depresión infantil, aunque dentro de esta aceptación se puede distinguir la existencia de dos corrientes. En primer lugar, aquellos que sostienen que es equiparable a la del adulto y se puede diagnosticar con los mismos criterios e instrumentos. De esta forma y estimulados por los avances en la biología psiquiátrica, diversos autores (Ling, Oftedal & Weinberg, 1970; Weinberg, Rutman, Sullivan, Penick & Deitz, 1973 citados en Figueras, 2006) diseñaron escalas de valoración y entrevistas estructuradas que adaptaban los criterios adultos al diagnóstico de la depresión infantil.

En segundo lugar, las nuevas investigaciones sobre el actual concepto de depresión en el niño, se orientan más hacia el estudio de la depresión infantil desde el punto de vista de la psicopatología del desarrollo. Es una posición más moderada que asume algunas de las manifestaciones de la depresión en niños diferentes de las manifestaciones adultas y, en cambio, plantea que otras son similares a las adultas. Desde esta posición se argumenta que

la fenomenología de los trastornos del estado de ánimo en jóvenes evoluciona con el desarrollo del sujeto; se afirma que algunas de las manifestaciones son exclusivas de niños y se sugiere que los síntomas pueden variar según la edad del niño. Desde esta perspectiva, los criterios para la depresión del adulto no serían aplicables a los niños y menos de forma uniforme. Dentro de esta línea de pensamiento, los autores más relevantes son: Achenbach & Edelbrock (1983), Rutter, Izard e Read (1986) & Kazdin (1989) citados en Figueras (2006).

Los criterios diagnósticos que abordan la sintomatología depresiva en la actualidad, se apoyan en estas dos corrientes mencionadas.

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.

La presente investigación se identifica en mayor medida con la segunda línea, considerando que la depresión infantil debe conceptualizarse a partir de un criterio evolutivo. Al respecto, Del Barrio (2005) refiere que dicho criterio se manifiesta en los desencadenantes, en la forma en que se expresan los síntomas, en el curso y en el pronóstico del trastorno.

La autora hace una síntesis de lo que varios investigadores refieren como síntomas habituales de la depresión infantil y los clasifica en seis categorías;

Motores: se hace referencia por un lado a la hipoactividad, letargo, enlentecimiento motor, inmovilidad, torpeza, estupor y atonía; y, por el contrario, también puede presentarse 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 se encuentra el aislamiento, retraimiento, evitación e incompetencia social.

Conductuales: en esta categoría se hallan 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.

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.

Como plantea (Rodríguez, 2000 citado en Ramírez, 2009) 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 y su uso en la salud pública.

Dada la influencia que tienen los síntomas depresivos en esta etapa de la vida y la incidencia de los mismos en la población de adolescentes cubanos, es necesario contar con instrumentos psicológicos que midan de manera precisa la depresión en este grupo etéreo.

Precisamente en el contexto cubano, no se cuenta con amplio arsenal de instrumentos para evaluar el trastorno depresivo en esta etapa, lo cual ha conllevado a que actualmente en nuestra provincia existan pocas referencias de estudios con adolescentes sobre la depresión, encontrándose en su gran mayoría aquellos que relacionan este trastorno con enfermedades crónicas no transmisibles, como es el caso de la Hipertensión Arterial. Dentro de estas e investigaciones, se encuentran la realizada por Pérez (2007) y Pedraza (2009), en las que se confirmó que los adolescentes hipertensos experimentan síntomas de depresión, entre los que se destacan la tristeza, el aislamiento, la hostilidad hacia los que lo rodean, marcada disminución del interés en las actividades escolares, pérdida de energía, dificultad para concentrarse, y por consiguiente, afectaciones en el aprovechamiento académico.

3. Generalidades del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI).

El Inventario de Depresión infantil, es un cuestionario de auto-informe elaborado por María Kovacs, en co-autoría con Aaron Beck para su primera versión de 1977. La investigadora buscó construir un instrumento que evaluara la depresión en los niños y que se basara en la teoría cognitiva de Beck sobre la etiología de ese trastorno (Solís, 2009).

Este inventario, es el instrumento más utilizado y aceptado por los diversos investigadores en el abordaje de la depresión infantil (Cuevas & Teva, 2006).

Tiene por objetivo evaluar la sintomatología depresiva y 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.

Ha demostrado ser válido y confiable en muchos de los ámbitos donde se han comprobado sus cualidades psicométricas (Doeffler, 1988 & Crowley, 1992 citados en Ramírez, 2009).

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). Una primera forma experimental del CDI apareció en 1975 y contaba con 20 ítems, un ítem menos que el BDI (pues se había retirado el ítem que correspondía al contenido sexual). Posterior a esta versión experimental, existen otras dos: la primera 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).

De esta manera, la primera versión oficial del no ha sufrido muchas variaciones, constituyéndose en el primer instrumento de depresión infantil fundamentado en un marco teórico cognitivo. En dicho sentido, por ejemplo, con respecto a la triada cognitiva, en la versión actual del inventario, los ítems 05, 07, 14 y 24 hacen referencia a la visión negativa de sí mismo; los ítems 03 y 08 se refieren a la interpretación negativa de sus experiencias; y los ítems 02, 06, 19 y 24 se refieren a la interpretación negativa del futuro. Asimismo, el contenido de los ítems 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.

Como plantea Solís (2009), el CDI ha sido tomado como instrumento de medición de la depresión pediátrica en multitud de investigaciones, igualmente ha constituido, en sí mismo, objeto de estudio con la finalidad de determinar sus cualidades psicométricas, o de elaborar adaptaciones a diversas latitudes. En este sentido creemos pertinente revisar a continuación algunos de los reportes relativos a la validez, confiabilidad y análisis factorial del Inventario de Depresión infantil.

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 se adaptó para la población de Cajamarca, en Perú, durante el 2009.

En el Perú se realizó la primera adaptación y validación del CDI, para un estudio que relacionaba autoconcepto con depresión, utilizando una edición no publicada oficialmente, del año 1983 (Raffo, 1991 citado en Ramírez, 2009). Como plantea Ramírez (2009) el trabajo más extenso en Perú, fue realizado en 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 sólo 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.

En cuanto a las investigaciones dirigidas a evaluar propiamente las características psicométricas de la prueba, debe subrayarse la efectuada con el objetivo general de adaptar

el CDI a Costa Rica (Lutz, 1992 citada en Solís, 2009); proporcionando además datos relevantes en cuanto a la confiabilidad y validez del test, e indagando la capacidad del mismo para discriminar entre depresión y otros trastornos de conducta. La autora refiere que, de acuerdo a sus análisis, el instrumento en su adaptación a Costa Rica, cuenta con sólidas propiedades psicométricas.

En otra investigación, se examinó la utilidad del CDI en la predicción diagnóstica de un trastorno depresivo en una muestra de 80 niños y adolescentes entre los 8 y 18 años, utilizando como criterio externo la Entrevista Clínica Estructurada (SCID) del DSM-IV en su versión infantil (KID-SCID). Los autores apuntan que el inventario mostró una validez discriminante, en cuanto permitió separar a los trastornos depresivos de otros desórdenes, básicamente aquellos de tipo ansioso y de conducta disruptiva (Timbremont, Braet & Dreesen, 2004 citados en Solís, 2009).

En relación con lo anterior, se llevó a cabo un estudio con una población no clínica de 750 niños estadounidenses; con el objetivo de efectuar un análisis factorial exploratorio conjunto de los ítems del CDI y del RCMAS (Escala de Ansiedad manifiesta en Niños-Revisada), en tanto ambos instrumentos han manifestado una alta correlación en numerosas investigaciones (Stark & Laurent, 2001 citados en Solís, 2009). De tal manera, los autores indagaron las estructuras factoriales resultantes con el fin de identificar los ítems que medían únicamente depresión y ansiedad, y de determinar la magnitud en que los ítems se superponían, hipotetizando que dicha superposición podía deberse a que estos instrumentos evaluaban elementos comunes del constructo de la afectividad negativa.

En cuanto a la estructura factorial del CDI, sobresale un estudio efectuado en Estados Unidos, con 1 777 niños y 924 adolescentes, de población no clínica, con el objetivo de realizar el análisis factorial del cuestionario (Craighead et al, 1998 citados en Solís, 2009).

Siguiendo los planteamientos de Solís (2009), en otras investigaciones, en el año 2005, Cole y Martin publicaron un artículo en que comunican sus hallazgos referentes a la estructura longitudinal del CDI, habiendo efectuado el estudio con el fin de indagar si la prueba valoraba la dimensión más situacional (estado) o la dimensión más estables (rasgo) de la depresión infantil; considerando también la relación de esto con el tipo de informante, se tratara de los padres, de los niños o de adolescentes como respondientes al cuestionario.

Por otra parte, efectuó un estudio para examinar la validez y confiabilidad de la versión danesa del CDI en una muestra clínica de 149 niños, entre los 8 y 13 años de edad, y sus padres (Sorensen, 2005 citado en Solís, 2009).

En cuanto a la confiabilidad del CDI, también se encuentra otra investigación, diseñada específicamente con la finalidad de evaluar la confiabilidad de la traducción al español del inventario, denominada por los autores CDI-LA (por sus siglas en inglés), para su uso como herramienta de tamizaje en un primer nivel de atención en salud de (Davanzo, 2004 citado en Solís, 2009).

Como se puede percibir, muchos han sido los investigadores que se han interesado por el instrumento, lo cual ha provocado que el mismo se haya convertido en el más usado para evaluar la sintomatología depresiva a nivel mundial, ya que en los estudios anteriormente mencionados, los investigadores han comprobado sus sólidas cualidades psicométricas.

3.1. Descripción del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs.

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, 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. El puntaje total de los ítems proporciona la puntuación directa de depresión. Estas puntuaciones directas pueden ser transformadas en sus correspondientes percentiles.

Confiabilidad y Validez de la técnica:

En cuanto a la **confiabilidad**, ésta se refiere a la consistencia de las mediciones, por lo tanto una medida psicológica debe ser confiable si se pretende que sea útil. Sus criterios principales son:

Consistencia interna: este tipo de consistencia se refiere al grado en el cual cada ítem, dentro de una misma escala o subescala, mide el mismo constructo; por lo tanto, se basa en la intercorrelación entre los ítems de un cuestionario, de forma que afirmar que un cuestionario posee un alto índice de consistencia interna equivale, en gran medida, a decir que los ítems que lo conforman son diferentes maneras de preguntar lo mismo (Gutiérrez & Raich 2003 citados en Ramírez, 2009).

Estabilidad temporal: esta se refiere a la estabilidad de las puntuaciones, de manera que al aplicarse el test en dos momentos diferentes, las puntuaciones deben arrojar resultados similares.

Kovacs (2004) concluye que, de manera 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.

Validez: Según Ballesteros (2004), se refiere al hecho de si un test mide el constructo que se propone medir. Existen diferentes tipos de validez.

La validez de **contenido**, la de **criterio** y la de **constructo**. Psychological Association (APA) (citada en Sanz, 2011) contempla la validez como un concepto unitario en el que se considera toda la evidencia acumulada con respecto a la interpretación de las puntuaciones de un instrumento; por lo tanto, la validez no puede descansar en una sola evidencia.

La validez de contenido: según Sanz (2011), se relaciona con el grado mediante el cual un test evalúa todas las facetas de un constructo dado, que está siendo medido.

La validez de constructo: como plantea Sampieri (2006), provee estimados en la dirección de cuánto una medición evalúa el constructo específico de interés que subyace, o lo que es lo

mismo decir, qué tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico. En muchas ocasiones, para determinar este tipo de validez se utiliza el análisis factorial, que es una técnica estadística que desconoce en absoluto el significado de las variables, pero que trabaja a partir de las correlaciones, agrupando los ítems en factores que al mismo tiempo indican dimensiones, subescalas o facetas.

Sanz (2011) concluye, en cuanto a la **validez de criterio**, que el principio que subyace a este tipo de validez es que si diferentes instrumentos o criterios miden el mismo concepto o variable, deben arrojar resultados similares.

Partiendo de la investigación realizada por Ramírez (2009), se concluye que las cualidades psicométricas de confiabilidad y validez del CDI (2004), se comportaron de la siguiente manera:

- 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.
- Posee una buena **estabilidad temporal**, pues se ha encontrado una correlación positiva considerable, utilizando el método test-retest en un intervalo de 30 días.
- 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.

3.2. Utilidad del Inventario para investigadores.

La evaluación constituye uno de los principales campos de acción de la psicología en sus diversas áreas. Por lo tanto, es necesario tener instrumentos válidos y confiables para nuestra realidad, que permitan obtener datos fiables acerca de las características psicológicas de la población.

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 (Sanz, 2011).

Según Ramírez (2009), para el caso de la medición de 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, puesto que ha demostrado ser válido y confiable en diferentes contextos. Permite evaluar, en sus diferentes frecuencias e intensidades, la sintomatología depresiva en niños y adolescentes teniendo en cuenta las particularidades de estos grupos etáreos.

Es preciso señalar, que a pesar de ser un instrumento que cuenta con más de 30 años de creado y que por lo tanto, ha sido objeto de disímiles investigaciones con el objetivo de demostrar sus cualidades psicométricas en diferentes regiones del mundo, solamente se le ha realizado modificaciones relacionadas con la lingüística, las cuales se han llevado a cabo para contextualizar el instrumento a la región donde se desarrolle la investigación, o sea, solo se ha cambiado en algunos estudios el fraseo de los ítems, manteniendo su estructura original.

En relación a los puntos débiles del instrumento, solo se le han encontrado dos, uno relacionado con la discrepancia entre los factores que componen el mismo; los cuales la literatura ha registrado desde un mínimo de dos factores, hasta ocho factores, dependiendo de las características de la muestra, elemento que los teóricos aluden que ocurre por el hecho de que los ítems se solapan unos con otros, siendo difícil su clasificación en un mismo constructo teórico. El segundo punto débil se relaciona con la validez discriminante del CDI, en concreto, en cuanto a la capacidad del inventario de Kovacs para distinguir los síntomas depresivos de otros indicadores psicopatológicos, en particular aquellos vinculados a la afectividad negativa.

En continuidad con lo anterior, es necesario apuntar que los estudios realizados sobre la validez discriminante del test, corroboran que el CDI denota capacidad para separar la población que presenta sintomatología depresiva de aquella libre de síntomas, por lo cual en el presente estudio se coincide con Kovacs y Lutz (1992), al subrayar que la fortaleza del instrumento se halla en la capacidad para determinar el grado de severidad del cuadro depresivo del niño, no habiéndose construido con propósitos de diagnóstico diferencial, reconociendo que el CDI es una herramienta prometedora como medida de autorreporte, al poseer las características de ser “comprensible” para los niños, capaz de registrar síntomas depresivos, breve, de fácil aplicación, y útil para fines investigativos, clínicos y educativos.

Tomando como base sus cualidades psicométricas y las bondades que ofrece al que hacer del psicólogo, se considera pertinente que sea adaptado para nuestra población, enriqueciendo de esta manera el arsenal de instrumentos con que cuentan los profesionales de la ciencia psicológica.

Capítulo II

Capítulo 2. Marco Metodológico

En el capítulo se describe la concepción metodológica de la presente investigación, ofreciéndose en el mismo una caracterización de la muestra seleccionada para el estudio, así como los criterios empleados para su conformación. Además, se ofrece una descripción de las técnicas empleadas para su evaluación, con sus respectivos procedimientos de aplicación y análisis.

2.1. Paradigma de Investigación:

La investigación se adscribe a una metodología cuantitativa instrumental, pues pretende, fundamentalmente, generalizar los resultados del estudio de la muestra seleccionada a la población de adolescentes cubanos, especialmente de Villa Clara.

En general, los métodos cuantitativos son muy potentes en términos de validez externa, ya que, con una muestra representativa de la población, hacen inferencia a dicha población a partir de una muestra con una seguridad y precisión definida.

Este tipo de investigación debe ser lo más objetiva posible. Los fenómenos que se observan y/o miden no deben ser afectados de ninguna forma por el investigador. Este debe hacer a un lado sus propias creencias y valores asumiendo un posición imparcial, evitando que sus sesgos y tendencias influyan en los resultados del estudio (Hernández-Sampieri, Fernández & Baptista, 2006).

Teniendo en cuenta que se trabajará con una muestra amplia, la presente investigación se apoya en este enfoque de investigación, pues permitirá que los datos sean recogidos de forma distante, sin involucramiento con respecto a la implicación del investigador con los sujetos que integran la muestra seleccionada.

2.2. Tipo de investigación o estudio:

La presente investigación se apoya en un estudio de tipo descriptivo, pues los datos recolectados permitirán describir las propiedades psicométricas de la adaptación del CDI en adolescentes cubanos de 12 a 15 años.

En esencia, este tipo de estudio busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetivos o cualquier otro fenómeno

que se someta a un análisis (Danhke, 1989, citado en Hernández- Sampieri, et al, 2006). O sea, miden, evalúan, o recolectan datos sobre diversos conceptos, aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar, para así describir lo que se investiga.

2.3. Diseño de investigación:

El presente estudio se apoya en un diseño no experimental, ya que en este se observan los fenómenos tal y como se dan en el contexto natural y se realiza sin manejar deliberadamente variables.

En la investigación no experimental no se “construyen” grupos, ni situaciones sino que se observan situaciones o grupos existentes (Grau, Correa & Rojas, 2004).

2.4. Selección y tamaño de la muestra:

Para la realización del presente estudio se seleccionó una muestra probabilística compuesta por 394 adolescentes de la provincia de Villa Clara, atendiendo a que en este tipo de muestra todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos (Grau, et al, 2004). Además, se consideró necesario estratificar la muestra en relación con estratos o categorías que se presentan en la población, seleccionando, por ende, una muestra probabilística estratificada, que no es más que un subgrupo en que la población se divide en segmentos y se selecciona una muestra por cada segmento (Hernández- Sampieri, et al, 2006). En este sentido, se estratificó la muestra por grado escolar y por municipios de procedencia de los adolescentes. Su distribución se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de la muestra por grado y municipio de procedencia.

Año Escolar	Municipio de Procedencia						Total
	Santa Clara	Quemados	Camajuaní	Remedios	Santo Domingo	Ranchuelo	
7mo	62 (50%)	6 (4,83%)	16 (12,9%)	12(9,67%)	14(11,29%)	14(11,29%)	124(31,5%)
8vo	66 (50,4%)	6 (4,58%)	18(13,74%)	13(9,92%)	14(10,68%)	14(10,68%)	131(33,2%)
9no	69 (49,6%)	6 (4,31%)	18(12,94%)	14(10,07%)	16(11,51%)	16(11,51%)	139(35,3%)
Total	197(50%)	18(4,56%)	52(13,19%)	39(9,89%)	44(11,16%)	44(11,2%)	394

Para la selección de la muestra, se establecieron una serie de criterios de inclusión, exclusión y salida, que a continuación se declaran:

Criterios de inclusión:

- Adolescentes que cursan 7mo, 8vo y 9no grado de la enseñanza secundaria, en diferentes municipios de Villa Clara.
- Ofrecer consentimiento, tanto de los adolescentes como su familia.

Criterios de exclusión:

- Nivel de retardo mental u otra deficiencia.

Criterios de salida:

- Que no deseen continuar.

2.5. Descripción de las técnicas empleadas:

- ✓ **Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI)**

Descripción:

La presente investigación está orientada a validar esta técnica con adolescentes de la provincia de Villa Clara. Este cuestionario consta de 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 que presenten los adolescentes.

Objetivo: Evaluar la sintomatología depresiva en la muestra de adolescentes seleccionados.

Procedimiento: Después de informar al grupo los objetivos que se persiguen con la aplicación del cuestionario y solicitarles su colaboración y sinceridad, se leen en voz alta las instrucciones que aparecen en el cuadernillo y se comprueba que todos han entendido los requisitos de la tarea. Los sujetos deben responder las preguntas desde sus vivencias y desde la percepción que cada uno de ellos tiene sobre sí.

Materiales: Cuestionario (Anexo.4) y lápiz.

Calificación:

Para su calificación, debe tenerse presente que las respuestas de los ítems del test fueron recodificados en las categorías: 1, 2, 3, de manera que la puntuación de 1 corresponde a la

intensidad o frecuencia de aparición más baja del síntoma, el 2 corresponde a la intensidad o frecuencia media y el 3 a la mayor frecuencia e intensidad.

✓ **Inventario de Autoevaluación Depresión Rasgo-Estado Infantil (IDEREN)**

Descripción:

Este instrumento es una variante del test IDERE de Grau y Martín, es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la depresión: la depresión como estado (condición emocional transitoria) y la depresión como rasgo (propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable).

La escala que evalúa la depresión como estado permite identificar, de manera rápida, a las personas que tienen síntomas depresivos, así como sentimientos de tristeza reactivos a situaciones de pérdida o amenaza, que no necesariamente se estructuran como un trastorno depresivo, aunque provoquen malestar e incapacidad. Tiene 20 ítems cuyas respuestas toman valores de 1 a 4. De estos ítems 12 por su contenido, son positivos en los estados depresivos, mientras que los 8 restantes son ítems antagónicos con la depresión. El sujeto debe seleccionar la alternativa que mejor describa su estado en ese momento y tiene cuatro opciones de respuesta: No existe, Un poco, Suficiente y Muy fuerte.

La escala de depresión como rasgo permite identificar a los sujetos que tienen propensión a sufrir estados depresivos y además ofrece información sobre la estabilidad de estos síntomas. Consta de 22 ítems que también, adquieren valores de 1 a 4 puntos y las opciones de respuestas son las mismas que en la escala estado.

Los valores oscilan entre 20 y 80 puntos para la escala estado y 22 y 88 para la escala rasgo.

Objetivo: Evaluar el grado de depresión como estado y el grado de depresión personal en la muestra de adolescentes estudiados.

Procedimiento: Luego de explicarles a los sujetos los objetivos que se persiguen con la aplicación del cuestionario, se leen en voz alta las instrucciones de la prueba y se comprueba que los estudiantes hayan comprendido, estos deben seleccionar la alternativa que mejor se corresponda con su estado, de manera sincera.

Materiales: Cuestionario (Anexo.5) y lápiz.

Calificación:

Según Martín & Grau (2007) los ítems pueden tomar valores de 1 a 4 puntos. Para la escala estado se otorga:

- 1 punto a la respuesta No existe
- 2 punto a la respuesta Un poco
- 3 a la respuesta Suficiente
- 4 a la respuesta Muy fuerte.

Doce ítems son positivos con respecto a la depresión total, mientras que los otros ocho son contradictorios.

Para la calificación se debe obtener la sumatoria de los ítems positivos de depresión y la sumatoria de los ítems negativos de depresión .A la diferencia entre ambos subtotales se le suma el valor 35, que fue obtenido de los análisis estadísticos efectuados para la construcción, con el fin de estandarizar las puntuaciones.

La cifra obtenida es el grado de depresión actual y se considera:

- baja si está entre 20 y 35
- media si está entre 36 y 50
- alta si oscila entre 51 y 80.

Para la escala rasgo es similar aunque los puntos de corte son diferentes.

Se considera:

- baja si oscila entre 22 y 37 puntos
- media si está entre 38 y 54
- alta entre 55 y 88 puntos.

✓ Encuesta sobre juicio de profesionales

Dirigida a la técnica Inventario de Depresión Infantil (CDI) (adaptación del 2009).

Objetivo: Determinar si los ítems utilizados miden el constructo que se pretende medir.

Procedimiento: Para ello se les presentó el instrumento con su respectiva descripción, para que calificasen del uno al cinco si dichos ítems evaluaban el constructo latente para el cual fueron concebidos.

Sobre la base de esto se solicitaron sugerencias de modificaciones pertinentes incluyendo la propuesta de nuevos ítems, además de obtener una visión de la aplicabilidad de inventario en el quehacer profesional. La encuesta quedó conformada por seis preguntas.

Materiales: Encuesta y lápiz.

Calificación: Su evaluación se realizó de forma cuantitativa y a partir de ella quedó conformada la versión final del CDI. (Consultar Anexo.2).

✓ **Entrevista psicológica semiestructurada del pilotaje**

Descripción: La entrevista es una técnica en la que el entrevistador solicita información de los entrevistados, para obtener datos sobre un problema determinado. Presupone al menos la existencia de dos personas y la posibilidad de interacción verbal. (Rodríguez, 2004, citado en Suazo, 2010). (Consultar Anexo.3).

Objetivo: Obtener información sobre los términos o frases que son de difícil comprensión para los adolescentes.

Procedimiento: Luego de leer las instrucciones y de explicar la importancia de llenar de manera sincera el inventario, se les realizaron las preguntas contempladas en la entrevista.

Materiales: Guía de la entrevista y lápiz.

Calificación: La calificación se realizó valorando cualitativamente la información obtenida.

2.6. Procedimientos:

Una vez realizadas las revisiones bibliográficas suficientes, donde se legitima la importancia de la validación de instrumentos diagnósticos sobre la depresión, se procedió a un análisis previo de los ítems para contextualizar el instrumento desde el lenguaje utilizado para nuestra cultura y tiempo. Tres especialistas de Filología leyeron el test, y le realizaron modificaciones de palabras que no se utilizan en nuestro medio, por otras equivalentes a nuestra cultura, así como adecuadas para el período etéreo al cual va dirigida la técnica. Las modificaciones se realizaron en las instrucciones y en los ítems 9, 15, 16, 21 y 23.

Posteriormente se realizó la evaluación del Inventario de Depresión Infantil según el juicio de profesionales. Este trabajo se realizó de conjunto con nueve profesionales psicólogos familiarizados con la construcción de instrumentos psicométricos y dos profesionales psiquiatras.

El juicio de profesionales según Pérez & Pérez (2009) permite obtener la experiencia y sabiduría de un grupo de personas (profesionales), no sujeto a censuras ni restricciones. Posibilitando además, un determinado sistema de evaluación que puede ser complementado con aquellas apreciaciones que se hayan realizado por los profesionales.

Este método permite obtener el consenso de opinión de los profesionales en la esfera del problema a resolver, a través de exponer sus intuiciones y experiencias, utilizando las capacidades asociativas y clasificadoras del cerebro humano.

Para la selección de los especialistas se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- La disposición a participar o voluntariedad.
- Efectividad de la actividad profesional, a través de los indicadores grado científico y académico (Máster y Doctor), categoría docente (Asistentes, Auxiliares y Titulares).
- Tener más de 8 años de experiencia en el trabajo de diagnóstico e intervención con niños y adolescentes.

Para esta selección se acudió a profesionales del sector de la salud pública y de la facultad de Psicología de la Universidad Central “Martha Abreu” de las Villas.

Con el propósito de evaluar los elementos de la técnica que requieren ser modificados se creó una encuesta similar a la utilizada por Sanz en el 2011, referenciada en el anexo #2 y descrita en el epígrafe de descripción de las técnicas empleadas del presente capítulo.

Como forma de dar continuidad a la revisión de los elementos de la técnica que requieren ser modificados para una mejor comprensión por parte de los adolescentes, se realizó un estudio piloto. Para ello se seleccionó una muestra de 30 adolescentes de la provincia de Villa Clara.

A dicha muestra se le aplicó la versión del CDI realizada por los investigadores, con la retroalimentación recibida por los profesionales, considerando la posibilidad de la existencia de términos que aún necesitaban modificación.

Para lograr esto último, se realizó una entrevista semiestructurada para determinar los términos o frases que pudieran constituir objeto de confusión para los adolescentes. Al comienzo de la aplicación se les advirtió sobre la importancia de preguntar sus dudas en relación a términos o frases de difícil comprensión o que consideraran poco empleadas en sus interacciones cotidianas. Para la aplicación de esta prueba piloto se tuvo en cuenta la observación de las manifestaciones extraverbales por parte de los adolescentes que pudieran estar indicando la no comprensión de algunos términos en el inventario. Posterior a esto quedó conformada la versión final del CDI (Consultar Anexo.4).

Al culminar la evaluación de los aspectos de la técnica que requerían ser modificados se procedió a la determinación de los indicadores de confiabilidad y validez. Para ello, primeramente se solicitó la aprobación de los sujetos implicados en la investigación, así como de sus padres, ofreciendo una explicación a estos, de las características de la investigación, dejando establecida además, la posibilidad de la no obligatoriedad a participar en la investigación, y explicando también lo relacionado con el anonimato de la técnicas a completar, obteniendo la aprobación en todos los casos. Consecutivamente, se aplicaron las técnicas seleccionadas para el estudio a los adolescentes de la muestra en un período de dos semanas (Inventario de Depresión Infantil e Inventario de Autoevaluación de la depresión Rasgo- Estado Infantil).

Para determinar la confiabilidad, se evaluó la consistencia interna de los ítems a través de diferentes estadísticas que se detallan en el posterior epígrafe del presente capítulo. Además se determinó la confiabilidad en el tiempo a partir del test- retest. De la muestra total, se seleccionaron 60 sujetos de Santa Clara para el retest, realizando la segunda aplicación en un intervalo de cuatro semanas con respecto a la primera aplicación.

Al no realizarse la aplicación de instrumentos estandarizados en muestras hospitalarias (donde las personas están interesadas en ofrecer la mayor cantidad de información de manera sincera sobre sí, pensando que ello favorecerá la evolución favorable de su enfermedad), se puede ver comprometida la confiabilidad. Por lo cual, para evitar que se afecten los resultados de la investigación, se debe lograr el anonimato de los sujetos, situación que se dificulta si se aplica un retest. Es por ello que en nuestro estudio se decidió no aplicar el retest a toda la muestra,

siendo este un proceder que se ha afianzado y apoyado por investigaciones recientes (Del Barrio, 2004 citada en Sanz, 2011).

De esta manera, para conservar el anonimato de los sujetos, se codificaron las técnicas del retest para compararlas en la primera y segunda aplicación, sin necesidad de plasmar los nombres de los sujetos en las hojas de respuestas.

Para determinar la validez, se utilizaron todas las evidencias posibles de validez (contenido, constructo y criterio), en aras mantener el rigor científico de la investigación.

En la demostración de la validez de contenido, la presente investigación se basó en las numerosas investigaciones realizadas a nivel mundial sobre el cuestionario, países en los cuales se han demostrado sus cualidades psicométricas, las cuales se abordan en el capítulo 1. Otro elemento mediante el cual se evaluó la validez, fue en la encuesta sobre juicio de profesionales, con la pregunta ¿Considera necesario incorporar otros ítems a alguna de las escalas? (Consultar Anexo. 2).

En el caso de la validez concurrente, teniendo en cuenta que se caracteriza por aplicar y comparar varios instrumentos que midan los mismos conceptos (correlacionando los resultados del instrumento con el criterio, en el mismo momento), se aplicó de conjunto con el CDI el IDEREN, el cual evalúa también la depresión infantil.

Se exploró además, la validez de criterio externa, con la aplicación del inventario a una muestra de 8 adolescentes de la provincia de Villa Clara con diagnóstico vinculados a la sintomatología depresiva, el cual fue realizado por especialistas psiquiatras y psicólogos. Los adolescentes de la muestra fueron los que ingresaron en la Sala de Salud Mental del Hospital Pediátrico José Luis Miranda, en el período de enero a mayo del presente año. El limitado tamaño de la muestra estuvo condicionado por la cantidad de adolescentes con este diagnóstico en dicha sala, en los cinco meses en que se desarrolló el estudio.

Toda la información obtenida en la investigación fue resumida e integrada para elaborar el Manual de uso del CDI para los profesionales, el cual se muestra en el Capítulo 3 de este informe.

Siguiendo los planteamientos de Arias (2005), en el diseño del manual deben consignarse los siguientes aspectos:

- a) Usos a los que se puede dedicar el inventario.
- b) Instrucciones completas para su administración.
- c) Tablas de normas para convertir las puntuaciones brutas en otras interpretaciones.
- d) Coeficientes de fiabilidad y precisión en la medida del inventario.
- e) Datos sobre la validez del inventario para la finalidad que fue construido.

2.7. Procesamiento de los datos:

En el presente trabajo, los datos fueron vaciados en Microsoft Excel y luego importados al SPSS 15 para Windows. Fueron procesados estadísticamente en la Unidad de Servicios de Análisis de Datos (USAD) del Centro de Estudios de Informática (CEI) de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas (UCLV). El procesamiento estadístico fue realizado en una computadora con procesador Centrino Duo.

Para ganar en claridad, el procesamiento, se distingue en tres partes:

1. Caracterización de la muestra desde el punto de vista de datos generales y los resultados globales de la aplicación y re aplicación del test de Kovacs.
2. Comparación en detalles, por cada ítem del test de Kovacs de su aplicación y re aplicación.
3. Análisis multivariado basado en CATPCA. Determinación de factores, contraste con el IDEREN y validación contra criterios clínicos.

En la primera parte, se utilizan sobre todo tablas de contingencia y, como estadístico fundamental, se usa el test exacto de Fisher, pretendiendo demostrar no existencia significativa entre variables generales, lo cual es lo deseable en el diseño. Pero también se utilizan estadísticas descriptivas para mostrar los resultados de la aplicación inicial del test de Kovacs y su re aplicación.

En la segunda parte imperan dos tests. Para cada variable o ítem del CDI, se comparan ordinalmente los resultados antes-después con un test de correlación no paramétrico (Tau-c de Kendall) que hipotéticamente debe ser altamente significativo, y con un test de comparación de muestras apareadas de Wilcoxon que hipotéticamente no debe ser significativo. Pero los resultados no tienen que ser los idóneamente hipotéticos. Aquí está la riqueza del análisis cualitativo.

En la tercera parte se emprende el Análisis Multivariado, utilizando, en primer lugar, la técnica de Detección de Componentes Principales; pero, superando trabajos anteriores, se usa una técnica especial para datos categóricos. Se discute cuantitativa y cualitativamente, el número de factores y sus características. Se muestra la validación de criterio con el IDEREN.

Finalmente, la distribución estadística de la puntuación del CDI en Villa Clara, permite establecer percentiles de bajo y alto riesgo, y además permite comprobar que los casos con percentiles de alto riesgo son diagnosticados clínicamente como depresivos.

En todas las tablas se usa la simulación de Monte Carlo para alcanzar máxima confiabilidad en las significaciones.

Capítulo III

Capítulo 3. Análisis de los Resultados:

En este capítulo se presentan los principales resultados obtenidos, en función de dar respuesta al problema científico que conduce la investigación y a los objetivos planteados en la misma.

3.1. Revisión y Evaluación del Inventario.

3.1.1. Evaluación del CDI según juicio de profesionales.

Como parte del proceso de análisis previo de los ítems del inventario con los especialistas en Filología, para contextualizarlo desde el lenguaje utilizado en nuestro medio, éstos le realizaron modificaciones de palabras que no se utilizan usualmente, por otras equivalentes a nuestra cultura (las mismas se muestran en el anexo 4). Las modificaciones realizadas fueron:

En las instrucciones, se cambió las palabras “chicos y chicas” por “niños y jóvenes”.

En el ítem 9 se decidió transformar la palabra “matarme” por “quitarme la vida”.

En los ítems 15 y 16 se incorporó la palabra “trabajo”. El primero quedó de la siguiente manera: “Siempre me cuesta trabajo hacer las tareas”.

Mientras que en el 16 se decidió además, eliminar la palabra “muy” en la última frase.

En los ítems 21 y 23 se retiró la palabra “colegio” y en su lugar quedó “escuela”.

Posteriormente se procedió a la evaluación del inventario, según juicio de profesionales vinculados al trabajo con adolescentes. Como totalidad, se trabajó con 11 profesionales, 8 del sexo femenino y 3 del masculino. El 63,4% (7) de los profesionales se encuentra en el rango de 20 a 40 años de experiencia en el ejercicio profesional y el otro 36,4% (4), en el rango de 8 a 10 años, evidenciándose un promedio de 21,6 años de experiencia de trabajo en estos profesionales, aproximadamente.

En cuanto al grado científico, el 18,2% (2) son Doctores en Ciencias y el otro 81,8% (9) poseen el grado de Máster. Respecto a la categoría docente, el 18,2% (2) son Titulares, el 54,5% (6) Auxiliares y 27,3% (3) Asistentes. De acuerdo a los centros donde laboran estos profesionales, tres trabajan en la Universidad Central de las Villas (27,3%), dos pertenecen a la Clínica del Adolescente (18,2%), uno es del CEAOM (9,09%), uno de la Sala de Psiquiatría del Hospital Pediátrico José Luis Miranda (10%), uno del Policlínico Universitario Chiqui Gómez Lubián (9,09%), dos del Instituto Superior de Ciencias Médicas (18,2%) y uno del

Psiquiátrico (9,09%). Todos se encuentran vinculados a diferentes espacios de diagnóstico e intervención con adolescentes.

Como resultado de la aplicación de la encuesta a estos 11 profesionales (Consultar Anexo 2), se obtuvieron criterios favorables con relación a la técnica evaluada, en cuanto a sus posibilidades diagnósticas. El 100% de los profesionales consideró “Muy Necesario” la validación en nuestro país de un inventario para evaluar la depresión en adolescentes.

En relación a los criterios de los especialistas sobre el grado o nivel de correspondencia de los ítems pertenecientes a cada una de las escalas, con el constructo que pretende evaluar la técnica, se obtuvo una suma de criterios elevada, ya que el 100 % (11) de los profesionales consideran que el 100% de los ítems de cada escala se corresponden completamente con el constructo que evalúa el inventario, o sea, la depresión.

En la pregunta 3, en la que se sometía a consideración modificar algunos ítems, por no ser completamente conocidos, comprensibles o poco ajustados a las etapas del desarrollo que se dirige la técnica, se encontró que el 90% realizó algún tipo de sugerencia. Las mismas, que se exponen a continuación, permitieron sustituir los términos que resultaban difíciles de comprender o poco ajustados.

En el ítem 14, el 63,6% de los profesionales, sugirió transformar la palabra “simpático o simpática” por “bonita o bonito”, pues la simpatía no se refiere solamente a la apariencia física, sino que la rebasa. Además, en este mismo ítem se decide agregar a la segunda frase la palabra “física”, en función de especificar aún más, que se hace referencia en la frase a la apariencia física, quedando de la siguiente manera: “Hay algunas cosas de mi apariencia física que no me gustan”.

En el caso del ítem 23, el 72,7% de los profesionales consideró prudente cambiar la palabra “cursos” por “asignaturas”, pues pudiera confundir a los sujetos, la palabra cursos, pues en nuestro medio a las materias se les llama asignaturas, quedando “Me va muy mal en las asignaturas en la que antes me iba muy bien”.

En el caso de la pregunta 4, el 100% de los profesionales consideran que ambas escalas son suficientes con los ítems que cuentan, no creen necesario incorporar más ítems.

No obstante, un profesional considera que 9 ítems pudieran modificarse en términos de su positividad o redacción en término extremos, siendo éstos los siguientes: 3, 4, 9, 12, 19, 20,

22, 23, 27. A pesar de ello y al no encontrarse otros criterios similares, se decidió no modificarlos, manteniendo en la medida de lo posible, la versión original.

En la pregunta 5, de igual manera, el 100% de los profesionales encuestados valoran el inventario de aplicable en su área profesional.

En relación a la pregunta 6, donde se les pide a los profesionales que si lo desean realicen alguna sugerencia sobre el inventario, el 72,7% de los profesionales no reportó ninguna sugerencia y el otro 27,3% planteó como sugerencia que, al realizar un diagnóstico de depresión, los profesionales deben utilizar el inventario, pero no deben olvidar corroborar los resultados con otras técnicas, como: la entrevista al paciente y sus familiares, la observación, así como otro instrumento que elija y no utilizar este como única fuente, para poder realizar un diagnóstico más integral del caso.

3.1.2. Estudio Piloto

Una vez realizado el pilotaje a los 30 adolescentes de la ciudad de Santa Clara, se encontró que estos no realizaron recomendaciones acerca de la estructura del CDI, planteando haber comprendido totalmente las frases expuestas en el inventario, aludiendo además, que el mismo contiene un lenguaje bastante comprensible y claro, lo cual confirma la fortaleza de la prueba en cuanto a su lenguaje sencillo y fácilmente comprensible. La información anteriormente abordada se corroboró con la observación realizada a los adolescentes, pues éstos no mostraron expresiones que denotaran la no comprensión de las frases; además, se evidenció una vez más la fácil comprensión durante la realización del instrumento, pues estos contestaron todas las frases en un corto período de tiempo, sin realizar ninguna pregunta y contestando el 100% de las mismas.

3.2. Caracterización de la muestra desde el punto de vista de datos generales.

Como se puede observar, la Tabla 2 describe la estructura de la muestra por varias características generales y su posible relación. Desde el punto de vista de la edad, se cuenta con niños de 12 a 15 años con cierto predominio de los que tienen 13 ó 14 (en total 244, para un 62.5% de los 394). Desde el punto de vista del sexo, hay cierto emparejamiento (49.2% de hembras y 50.8% de varones) y no hay asociación significativa con la edad (significación del test de Fisher 0.541, francamente mayor que 0.05).

La segunda subtabla muestra la distribución por municipios, que se hizo acorde al diseño estratificado. Por supuesto, predominan los casos de Santa Clara y son más reducidos los casos

del municipio de Quemados; pero si se atiende a la distribución por grados académicos, puede observarse que no hay asociación entre los municipios y éstos (significación del test de Fisher 1.000).

En la tercera subtabla se hace un contraste de grado contra sexo. Tampoco aquí se observan asociaciones significativas, como era esperado. La significación del test de Fisher es 0.992, muy superior a 0.05 y puede apreciarse fácilmente que la distribución de los sexos en cada grado, es muy similar. Definitivamente, la muestra quedó correctamente conformada desde el punto de vista de estas variables generales.

Tabla 2. Estructura de la muestra por edad y sexo, municipio y grado de escolaridad, y por grado y sexo.

Edad en años * Sexo

			Sexo		Total
			Femenino	Masculino	
Edad en años	12	Cantidad	43	40	83
		% del total	10.9%	10.2%	21.1%
	13	Cantidad	59	74	133
		% del total	15.0%	18.8%	33.8%
	14	Cantidad	60	53	113
		% del total	15.2%	13.5%	28.7%
	15	Cantidad	32	33	65
		% del total	8.1%	8.4%	16.5%
Total		Cantidad	194	200	394
		% del total	49.2%	50.8%	100.0%

Sig. de Monte Carlo para el test exacto de Fisher: 0.541

Municipio * Grado

			Grado			Total
			7	8	9	
Municipio	Santa Clara	Cantidad	62	66	69	197
		% del total	15.7%	16.8%	17.5%	50.0%
	Quemados	Cantidad	6	6	6	18
		% del total	1.5%	1.5%	1.5%	4.6%
	Camajuaní	Cantidad	16	18	18	52
		% del total	4.1%	4.6%	4.6%	13.2%
	Remedios	Cantidad	12	13	14	39
		% del total	3.0%	3.3%	3.6%	9.9%
	Sto. Domingo	Cantidad	14	14	16	44
		% del total	3.6%	3.6%	4.1%	11.2%
	Ranchueo	Cantidad	14	14	16	44
		% del total	3.6%	3.6%	4.1%	11.2%
Total		Cantidad	124	131	139	394
		% del total	31.5%	33.2%	35.3%	100.0%

Sig. de Monte Carlo para el test exacto de Fisher: 1.000

Grado * Sexo

			Sexo		Total
			Femenino	Masculino	
Grado 7	Cantidad	61	63	124	
	% del total	15.5%	16.0%	31.5%	
8	Cantidad	64	67	131	
	% del total	16.2%	17.0%	33.2%	
9	Cantidad	69	70	139	
	% del total	17.5%	17.8%	35.3%	
Total	Cantidad	194	200	394	
	% del total	49.2%	50.8%	100.0%	

Sig. de Monte Carlo para el test exacto de Fisher: 0.992

3.3. Evaluación de la confiabilidad.

3.3.1. Estabilidad temporal.

Para llevar a cabo el análisis de confiabilidad se realizaron varias pruebas estadísticas. Una de ellas, consistió en la comparación de los resultados de la prueba aplicada inicialmente, con la aplicación 4 semanas después. Para llevar a cabo este análisis nos regimos por las siguientes hipótesis estadísticas:

Ho: No existen diferencias significativas en los resultados del CDI luego de dos aplicaciones.

H1: Si existen diferencias significativas en los resultados del CDI luego de dos aplicaciones.

En cuanto a los resultados de la aplicación inicial del inventario de depresión a los 394 adolescentes y su re aplicación en 60 casos, es necesario esclarecer que, como todos los ítems tienen 3 respuestas categóricas diferentes, se decidió unificarlos a los fines de esta tabla en “Favorable”, “Medio”, “Desfavorable”.

Tabla 3. Resultados del CDI en la primera y segunda aplicación.

Tabla 2. Resultados del test de Kovacs. Aplicación inicial y reaplicación.

Ítem	TEST INICIAL (394 niños)						RETEST (60 niños)					
	Favorable		Medio		Desfavorable		Favorable		Medio		Desfavorable	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Se siente triste	362	91.9	32	8.1			58	96.7	1	1.7	1	1.7
2. Cómo piensa que te salen las cosas	225	57.1	167	42.4	2	0.5	41	68.3	18	30.0	1	1.7
3. Cómo considera que haces tus cosas	300	76.1	91	23.1	3	0.8	52	86.7	8	13.3		
4. Cuántas cosas te divierten	286	72.6	106	26.9	2	0.5	46	76.7	13	21.7	1	1.7
5. Te consideras malo(a)	356	90.4	31	7.9	7	1.8	53	88.3	4	6.7	3	5.0
6. Piensa que te pueden pasar cosas malas	198	50.3	187	47.5	9	2.3	23	38.3	36	60.0	1	1.7
7. Cómo te aprecias a ti mismo(a)	331	84.0	56	14.2	7	1.8	55	91.7	5	8.3		
8. Te sientes culpable de las cosas malas	318	80.7	72	18.3	4	1.0	50	83.3	10	16.7		
9. Has pensado en quitarte la vida	322	81.7	72	18.3			52	86.7	8	13.3		
10. Tienes frecuentemente ganas de llorar	363	92.1	29	7.4	2	0.5	56	93.3	3	5.0	1	1.7
11. Sientes frecuentemente preocupaciones	173	43.9	177	44.9	44	11.2	32	53.3	22	36.7	6	10.0
12. Cómo son tus relaciones con la gente	291	73.9	99	25.1	4	1.0	47	78.3	13	21.7		
13. Cómo son tus niveles de decisión	143	36.3	232	58.9	19	4.8	23	38.3	28	46.7	9	15.0
14. Cómo consideras que eres mirado	227	57.6	154	39.1	13	3.3	31	51.7	21	35.0	8	13.3
15. En qué medida te cuestan trabajo las tareas	218	55.3	146	37.1	30	7.6	36	60.0	17	28.3	7	11.7
16. Cómo duermes	298	75.6	89	22.6	7	1.8	51	85.0	9	15.0		
17. Te sientes cansado	322	81.7	67	17.0	5	1.3	53	88.3	6	10.0	1	1.7
18. Cómo es tu apetito	334	84.8	40	10.2	20	5.1	56	93.3	3	5.0	1	1.7
19. Te preocupan el dolor y la enfermedad	222	56.3	135	34.3	37	9.4	16	26.7	36	60.0	8	13.3
20. En qué medida sientes soledad	228	57.9	144	36.5	22	5.6	49	81.7	11	18.3		
21. Puedes divertirte en la escuela	249	63.2	137	34.8	8	2.0	37	61.7	20	33.3	3	5.0
22. Cómo es la tenencia de amigos	240	60.9	148	37.6	6	1.5	31	51.7	27	45.0	2	3.3
23. Cómo es tu trabajo en la escuela	235	59.6	138	35.0	21	5.3	49	81.7	10	16.7	1	1.7
24. Cómo comparas tu trabajo con los de otros niños	245	62.2	132	33.5	17	4.3	29	48.3	22	36.7	9	15.0
25. Relaciones de afecto que exponen otros hacia ti	368	93.4	21	5.3	5	1.3	58	96.7	2	3.3		
26. Haces lo que otros te sugieren	286	72.6	86	21.8	22	5.6	44	73.3	13	21.7	3	5.0
27. Como te llevas con los que te rodean	270	68.5	98	24.9	26	6.6	50	83.3	9	15.0	1	1.7

Como se observa en la Tabla 3, llama la atención que en la primera y segunda aplicación, fueron particularmente desfavorables los ítems relacionados con:

- 11. Si sientes frecuentemente preocupaciones.
- 15. En qué medida te cuestan trabajo las tareas.
- 19. Te preocupan el dolor y la enfermedad.

Para explicar este hecho, debemos tener en cuenta las particularidades de la adolescencia como etapa del desarrollo humano, pues, como señala Domínguez (2003), en este período

sucedan gran cantidad de cambios en un corto período de tiempo, los cuales tienen gran repercusión psicológica, ya que rompen con la estabilidad alcanzada en años anteriores, generando inseguridad en el adolescente, además de constituir para éstos, una fuente de grandes preocupaciones; dejan de ser niños, pero tampoco son adultos, pasando a ocupar una posición social intermedia, la cual deviene en un período crítico en sus vidas.

Respecto a la baja motivación de los adolescentes por tareas escolares, es necesario destacar que, según lo expuesto por Palacios (Palacios et al, 2003), además de ocurrir un cambio en las relaciones ya existentes del adolescente, se producirá una ampliación y diversificación de su red de relaciones sociales, donde el vínculo con los iguales jugará un papel fundamental y la aceptación dentro del grupo se convertirá para el adolescente en motivo de gran significación para su bienestar emocional. De esta forma, la actividad de estudio cambia en cuanto a su significación para muchos adolescentes, en relación con la etapa anterior, prefiriendo pasar más tiempo con sus coetáneos, que vincularse a tareas de corte académico. Pero incluso, este propio elemento fluctúa durante la etapa, con avances y retrocesos dependientes de múltiples factores, tales como los resultados docentes en determinado momento o situación, la actitud de la familia en este sentido, relaciones con coetáneos, entre otros.

A continuación se muestra la posible concordancia entre la primera y segunda aplicación, después de un período de cuatro semanas de realizarse la primera.

En el anexo.6, aparece una tabla de contingencia que evidencia la posible concordancia mencionada anteriormente. Asociada con esta tabla de contingencia, se muestra como estadístico la Tau-c de Kendall, en situaciones de concordancia óptima antes-después. Este valor de Tau-c debe ser positivo y mejor si se acerca al valor 1; pero, al menos, debe ser significativamente diferente de cero (significación menor que 0,05).

Por otra parte, se muestra, para cada ítem un test de Wilcoxon antes-después. En situaciones de concordancia como las deseadas, este test no debería arrojar diferencias significativas (significación mayor que 0,05).

En la tabla 4, se muestra cómo en la mayoría de los ítems (1,2, 3 ,5 ,6 ,7 ,8, 9, 10, 12, 15,16,17, 18, 21, 22, y el 25), los resultados están de acuerdo a lo esperado, o sea, se muestra la relación en los resultados de la primera y segunda aplicación. Con todo, la tendencia a la diagonalidad de la tabla es clara (significación de la Tau-c de Kendall menor que 0.05) y por otra parte, el test de Wilcoxon no detecta que el cambio es significativo (significación mayor que 0.05). Lo que demuestra que los resultados en ambas aplicaciones concuerdan.

Sin embargo, en los ítems 4, 13, 14 y 24, se observa tendencia a la diagonalidad (significación de la Tau-c de Kendall menor que 0.05), pero aparecen cambios significativos en el test de Wilcoxon, por un incremento de los casos desfavorables en el retest, lo cual significa que, en dichos ítems los adolescentes puntuaron con niveles más altos en el retest.

De igual manera, se observa una diagonalidad significativa en los ítems 11, 20, 23 y 27. El test de Wilcoxon arroja cambios significativos, pero es porque hay varios casos que mejoran, o sea, muestran menores niveles de sintomatología depresiva en el retest.

Solamente en los ítems 19 y 26 no se observa la tendencia esperada a la diagonalidad (significación de la Tau-c de Kendall mayor que 0.05). En el 19, el test de Wilcoxon refleja cambios significativos en los resultados de test y el retest por un incremento de los casos desfavorables; en el caso del 26, el test de Wilcoxon no expresa significativamente tendencias a la mejoría o a empeorar, ya que hay tantos casos que mejoran como que empeoran (significación mayor que 0.05).

Tabla 4. Niveles de concordancia de cada ítem del CDI en el test-retest.

Ítem	Tau-c de Kendall	Sig. de Tau-c de Kendall	Sig. de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio.
1	0.066	0.016	0.495
2	0.716	0.000	0.453
3	0.360	0.000	0.210
4	0.466	0.000	0.029
5	0.217	0.000	1.000
6	0.724	0.000	0.714
7	0.316	0.010	1.000
8	0.478	0.000	1.000
9	0.387	0.000	1.000
10	0.127	0.002	0.240
11	0.620	0.000	0.629
12	0.627	0.000	1.000
13	0.904	0.000	0.023
14	0.683	0.000	0.012
15	0.688	0.000	0.463
16	0.253	0.002	1.000
17	0.182	0.000	1.000
18	0.135	0.000	0.752
19	0.057	0.585	0.053
20	0.386	0.000	0.000
21	0.781	0.000	0.292

22	0.677	0.000	1.000
23	0.293	0.000	0.003
24	0.324	0.000	0.001
25	ES CONSTANTE	ES CONSTANTE	0.505
26	0.113	0.127	0.829
27	0.217	0.001	0.059

Como puede observarse, existen algunos ítems, en este caso la minoría, en los cuales no se observa una tendencia a la diagonalidad, existiendo diferencias en los resultados de la primera y segunda aplicación, de manera que, en algunos casos las puntuaciones mejoran y, en otros, empeoran. Esto podría explicarse por los cambios emocionales propios de la etapa, siendo este un período en el que se plantean grandes dudas, contradicciones, tanteos, excesos de todo tipo, siendo egocéntricos y muy pendientes de la opinión de los demás, además de ser lábiles emocionalmente, lo cual puede condicionar que los adolescentes cambien, de manera repentina, sus juicios y opiniones (Bautista, 2008).

Independientemente de lo anterior, se realizó un análisis cualitativo de los cambios anteriormente comentados en cuanto al resultado del test en su re aplicación, realizándose una revisión de los casos particulares en los cuales existieron dichos cambios, con el objetivo de brindar determinado nivel de explicación a gran parte de esta variación.

De esta forma, se comprobó que dos de los adolescentes, en los resultados del re test, mostraron puntuaciones mayores en prácticamente todos los ítems, coincidiendo en ellos muchas de las variaciones en este sentido. Para la comprensión de este hecho es necesario tener en cuenta las características abordadas anteriormente, respecto a la adolescencia, pues, como generalidad, los adolescentes suelen ser emocionalmente inestables, además no debe perderse de vista la influencia del medio, pues, los diferentes contextos de socialización ejercen especial influencia en sus emociones, por lo cual, en este período comprendido entre las dos aplicaciones, pueden haber existido acontecimientos patógenos que posibilitaron el cambio en las puntuaciones obtenidas en el CDI.

Es necesario precisar, que de manera general, los ítems en los que se mostró tendencia a la diagonalidad, pero el test de Wilcoxon arrojó cambios significativos por mejorar o empeorar, en las puntuaciones de estos, existió una tendencia a ubicarse en términos medios en una de las dos aplicaciones. Este elemento se puede explicar por la inseguridad e indecisión, propias de los adolescentes y por el hecho de que su autovaloración aún no es totalmente estable, dependiendo en gran medida de criterios externos.

Por todos los elementos abordados anteriormente se acepta la hipótesis estadística Ho. Pues, como generalidad existe una estabilidad en las puntuaciones, luego de las dos aplicaciones.

3.3.2. Consistencia Interna.

La consistencia interna es una de las evidencias que debe mostrar todo test a fin de aportar confiabilidad. Como se había referido en capítulos anteriores, dicha consistencia interna implica homogeneidad de los ítems, lo cual sugiere que las subunidades o ítems estén dirigidos a la misma característica, por lo tanto deben correlacionar entre sí.

Los análisis del coeficiente alfa de Cronbach son una medida que muestra evidencias en este sentido. La Tabla 5 expone estos coeficientes para las dos dimensiones encontradas y explicadas más adelante:

Tabla 5. Análisis de la fiabilidad Alfa

Resumen del modelo			
Dimensión	Alfa de Cronbach	Varianza explicada	
		Total (Autovalores)	% de la varianza
1	.835	5.097	18.877
2	.522	2.010	7.443
Total	.892 ^a	7.106	26.320

a. El Alfa de Cronbach Total está basado en los autovalores totales.

En el análisis total de la prueba, se obtiene un Alfa de Cronbach de 0.892, por lo que se puede señalar que la prueba alcanza un alto nivel de consistencia interna.

Puede concluirse, que de manera general, el inventario posee altos índices de confiabilidad, basada tanto en la consistencia interna, como en la consistencia en el tiempo. Pues se obtienen altos índices de alfa y, respecto a la consistencia en el tiempo, se obtiene que en la mayoría de los ítems del inventario existe concordancia de los resultados en la primera y segunda aplicación, lo cual se traduce en una estabilidad de los resultados test y retest.

3.4. Análisis de la validez.

3.4.1. Validez de constructo.

Para comprobar la validez de constructo, se realizó un Análisis Multivariado basado en CATPCA (ver Tabla 6). El análisis de componentes principales categóricos fue realizado con

varias dimensiones, y definitivamente se decidió acatar el inventario, con solo dos dimensiones, porque la primera es muy dominante, y como se refería anteriormente, la confiabilidad basada en el alfa de Cronbach, con estas dos dimensiones, es muy alta (0.892).

Puede verse que la mayoría de los ítems tienen la carga mayor en la primera dimensión y todas son positivas, esto es, cuando los ítems son desfavorables, la dimensión incrementa. Por otra parte, en la segunda dimensión intervienen solamente dos variables, que tienen además cargas con signos contrarios, lo que hace más difícil su interpretación.

Tabla 6 CATPCA: Análisis de componentes principales para datos categóricos con la aplicación inicial del CDI.

	Saturaciones en componentes	
	Dimensión	
	1	2
Se siente triste	.498	-.357
Cómo piensa que le salen sus cosas	.487	-.352
Cómo considera que hace sus cosas	.513	-.008
Cuántas cosas le divierten	.549	-.339
Usted piensa que es malo(a)	.332	-.243
Piensa que le pueden pasar cosas malas	.321	-.145
Cómo se aprecia a si mismo(a)	.609	.088
Se siente culpable de las cosas malas	.362	-.053
Ha pensado en quitarse la vida	.528	-.131
Tiene frecuentemente ganas de llorar	.474	-.259
Siente frecuentemente preocupación por las cosas	.313	.129
Cómo son sus relaciones con la gente	.298	.244
Cómo son sus niveles de decisión ante las cosas	.471	.246
Cómo considera que es mirado(a) por los demás	.503	.377
En qué medida le cuesta trabajo hacer sus tareas	.402	.008
Cómo duerme	.401	-.268
Se siente cansado	.356	.083
Cómo es su apetito	.388	-.250
Le preocupan el dolor y la enfermedad	.131	-.550
En qué medida siente soledad	.387	.363
Puede divertirse en la escuela	.514	.311
Tenencia de amigos	.448	.423
Cómo es su trabajo en la escuela	.570	.315
Comparación de su trabajo con otros niños	.517	-.147
Relaciones de afecto que expresan otros hacia usted	.383	-.166
Hace lo que los otros le sugieren	.305	-.060
Cómo se lleva con los que le rodean	.319	.432

Normalización principal por variable.

En la tabla 7 se justifica por qué limitar a 2 las dimensiones, como hizo Kovacs. Precisamente, esta autora, en sus investigaciones desarrolladas con la versión española en el

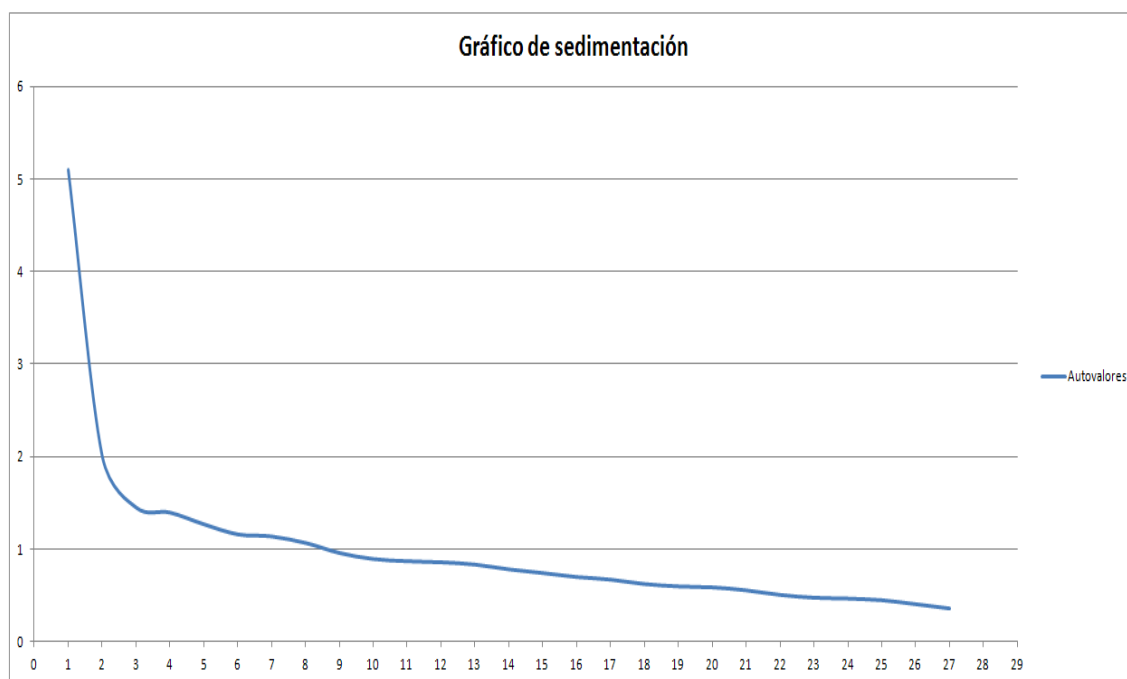
2004 encontró, igualmente dos dimensiones, en la cuales 15 ítems se cargaron en una y 11 en la otra.

En realidad, si se absolutizara el criterio de autovalores mayores que 1, para determinar el número de dimensiones, se podría pensar en 8 dimensiones. Otros autores como: Ramírez (2009) en Perú y Solís (2009) en Costa Rica, han reportado desde un mínimo de 3 hasta 8 dimensiones, como se refirió en el capítulo 1, encontrándose entre éstas, aquellas vinculadas a: Problemas escolares, Baja autoestima, Disforia, Problemas sociales, Desregulación biológica, etc.

Sin embargo, lo cierto es que en Cuba y, particularmente en la región central, bastan dos dimensiones, como le ocurrió originalmente a Kovacs. El gráfico de sedimentación que se muestra en esta tabla es similar a los reportados del 2009 de Perú y Costa Rica y evidencia, hasta qué punto hay un declive de las saturaciones a partir de la segunda dimensión.

Tabla 7 CATPCA: Análisis de componentes principales para datos categóricos con la aplicación inicial del test de Kovacs. Autovalores y Gráfico de sedimentación.

Dimensiones	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Autovalores	5.097	2.010	1.453	1.398	1.272	1.163	1.140	1.071	0.962



3.4.2. Validez de criterio concurrente.

Para evaluar la validez de criterio concurrente se correlacionaron los resultados del CDI con los del IDEREN, Para esta correlación nos regimos por las siguientes hipótesis estadísticas:

Ho: Existe una correspondencia significativa entre las puntuaciones del CDI y el IDEREN.

H1: No existe una correspondencia significativa entre las puntuaciones del CDI y el IDEREN.

En la Tabla 8, se muestra la correlación entre los resultados del CDI, expresado por sus dos dimensiones, con los del IDEREN (Estado y Rasgo). En particular, en la primera subtabla se muestran las estadísticas descriptivas de las dimensiones para cada nivel del IDEREN Estado y cada nivel del IDEREN rasgo. Es obvio que la dimensión 1 del CDI se incrementa con el nivel de depresión que refleja el IDEREN. La dimensión 2 tiene un comportamiento más oscilante.

Cuando se utiliza un análisis de varianza de Kruskal Wallis de las dimensiones 1 y 2 respecto a los niveles del test IDEREN estado, se reflejan rangos mayores de la dimensión 1 en 45 casos donde la depresión estado llega a ser media y rangos menores de la dimensión 2 cuando el IDEREN estado resulta medio. Cuando se utiliza el mismo análisis de varianza de Kruskal Wallis de las dimensiones 1 y 2, respecto a los niveles del IDEREN rasgo, se ratifica que la dimensión 1 crece con el nivel de depresión reflejado por el IDEREN, mientras que la dimensión 2 es más oscilante. Definitivamente, la dimensión 1 encontrada por CATPCA es la determinante en los niveles de depresión. La dimensión 2 parece ser, en cierta forma, amortiguadora.

Tabla 8. Correlación de las dimensiones del CDI con el IDEREN.

Estadísticas descriptivas de las dimensiones del test de Kovacs para diferentes niveles del IDEREN Estado-Rango y su posible interacción

IDEREN Estado	IDEREN Rasgo	N	Media	Desv. típ.	Mediana	Mínimo	Máximo	
Bajo	Bajo	Dimensión 1 de las punt. de Kovacs	217	-.3719	.72624	-.4065	-1.46	2.65
		Dimensión 2 de las punt. de Kovacs	217	-.0941	.90897	-.2389	-2.23	2.66
	Medio	Dimensión 1 de las punt. de Kovacs	123	.1416	.78302	.0896	-1.34	2.69
		Dimensión 2 de las punt. de Kovacs	123	.3536	1.04739	.5110	-3.15	2.22
	Alto	Dimensión 1 de las punt. de Kovacs	9	1.7043	1.59430	1.7442	-.72	3.85
		Dimensión 2 de las punt. de Kovacs	9	-.5637	1.52904	-1.4727	-1.86	2.22
Medio	Bajo	Dimensión 1 de las punt. de Kovacs	12	.1186	.72757	.0283	-.84	1.36
		Dimensión 2 de las punt. de Kovacs	12	-.3719	.95252	-.4585	-1.66	1.32
	Medio	Dimensión 1 de las punt. de Kovacs	19	.8495	1.19619	.6616	-1.12	2.85
		Dimensión 2 de las punt. de Kovacs	19	-.3998	.85738	-.3798	-1.90	1.24
	Alto	Dimensión 1 de las punt. de Kovacs	14	2.1705	1.07082	2.1327	-.43	3.79
		Dimensión 2 de las punt. de Kovacs	14	-.4234	.97725	-.4327	-2.05	1.56
Total	Bajo	Dimensión 1 de las punt. de Kovacs	229	-.3462	.73294	-.4035	-1.46	2.65
		Dimensión 2 de las punt. de Kovacs	229	-.1087	.91124	-.2495	-2.23	2.66
	Medio	Dimensión 1 de las punt. de Kovacs	142	.2363	.87844	.1097	-1.34	2.85
		Dimensión 2 de las punt. de Kovacs	142	.2528	1.05323	.4132	-3.15	2.22
	Alto	Dimensión 1 de las punt. de Kovacs	23	1.9881	1.28685	2.0774	-.72	3.85
		Dimensión 2 de las punt. de Kovacs	23	-.4783	1.19138	-.6540	-2.05	2.22

Rangos según el test de Kruskal-Wallis

	IDEREN Estado	N	Rango promedio
Dimensión 1 de las puntuaciones de Kovacs	Bajo	349	185.45
	Medio	45	290.99
	Total	394	
Dimensión 2 de las puntuaciones de Kovacs	Bajo	349	203.21
	Medio	45	153.21
	Total	394	

Sig. de Monte Carlo para el test de Kruskal Wallis de las dimensiones 1 y 2 de Kovacs respecto al nivel de IDEREN Estado: 0.000 y 0.005 respectivamente

Rangos según el test de Kruskal-Wallis

	IDEREN Rasgo	N	Rango promedio
Dimensión 1 de las puntuaciones de Kovacs	Bajo	229	159.47
	Medio	142	235.01
	Alto	23	344.57
	Total	394	
Dimensión 2 de las puntuaciones de Kovacs	Bajo	229	183.84
	Medio	142	228.15
	Alto	23	144.26
	Total	394	

Sig. de Monte Carlo para el test de Kruskal Wallis de las dimensiones 1 y 2 de Kovacs respecto al nivel de IDEREN Rasgo: 0.000 y 0.000 respectivamente

Se acepta H_0 ya que se pudo comprobar que el CDI posee una adecuada validez concurrente con el IDEREN, lo cual muestra que evalúa correctamente la sintomatología depresiva en la adolescencia.

3.4.3. Validez de criterio externo.

Para este análisis, se tuvo en cuenta las normas percentilares elaboradas para la población cubana. De acuerdo a lo anterior, se obtuvieron resultados particularmente interesantes, ya que los 8 casos con puntuación total del CDI por encima del 97.5% son los 8 casos que desde el punto de vista clínico fueron diagnosticados como deprimidos, o sea, concuerdan los resultados del inventario con el diagnóstico de los especialistas, pues estos adolescentes tienen un puntuación según el cálculo cubano superior a 50 y evaluación del nivel de depresión alto.

Puede comprobarse además que los resultados del IDEREN Estado son altos en 4 de estos 8 casos, y los resultados del IDEREN rasgo son igualmente altos en 6 de estos 8 casos. En los 2 restantes casos, el nivel de depresión es lamentablemente medio. Por lo que se comprobó que el inventario evalúa correctamente la depresión (Ver tabla 9).

Tabla 9. Validación de la puntuación del test de Kovacs y del IDEREN con criterios externos de clínicos.

Identificación general Municipio-Grado-Sexo- Consecutivo. Casos diagnosticados clínicamente deprimidos	Kovacs Total	Nivel cualitativo del Kovacs según percentiles	IDEREN Estado 1: Alto 2: Medio 3: Bajo	IDEREN Rasgo 1: Alto 2: Medio 3: Bajo
SC-7-F-1	55	Alto	1	2
SC-9-F-1	57	Alto	1	2
SC-9-M-1	60	Alto	1	1
Q-9-F-1	58	Alto	1	1
Q-9-F-2	60	Alto	2	1
C-9-F-1	58	Alto	2	1
C-9-M-1	58	Alto	2	1
Re-8-F-1	54	Alto	2	1

3.4.4. Determinación de normas percentilares

En análisis realizados, se obtuvo que, de acuerdo al sexo, no se observaron diferencias significativas (test de Mann-Whitney), siendo la media para el sexo femenino, de 192.58 y, para el masculino, de 202.27, con una significación en cuanto a las diferencias de 0.125. En relación al grado, se obtiene que en 7mo la media es de 194.58, en 8vo de 200.45 y en 9no de 197.32, con una significación de 0.756. De igual manera no existen diferencias significativas (test de Kruskal-Wallis).

De acuerdo a estos resultados, en la Tabla 10, se muestran los estadísticos y la distribución total de la puntuación del CDI. Debe tenerse presente que las respuestas de los ítems fueron recodificados en las categorías: 1, 2, 3, de manera que 1 es siempre la más favorable y 3 la más desfavorable. En otras palabras, sumando los 27 ítems, la puntuación mejor sería 27 y la peor posible sería 81. En la práctica, todas las puntuaciones estuvieron entre 27 y 56. El percentil del 2.5% para descartar depresión fue de 37 puntos, por lo que en un sujeto que alcance 37 puntos o menos, puede establecerse que, según el CDI, no existe sintomatología depresiva.

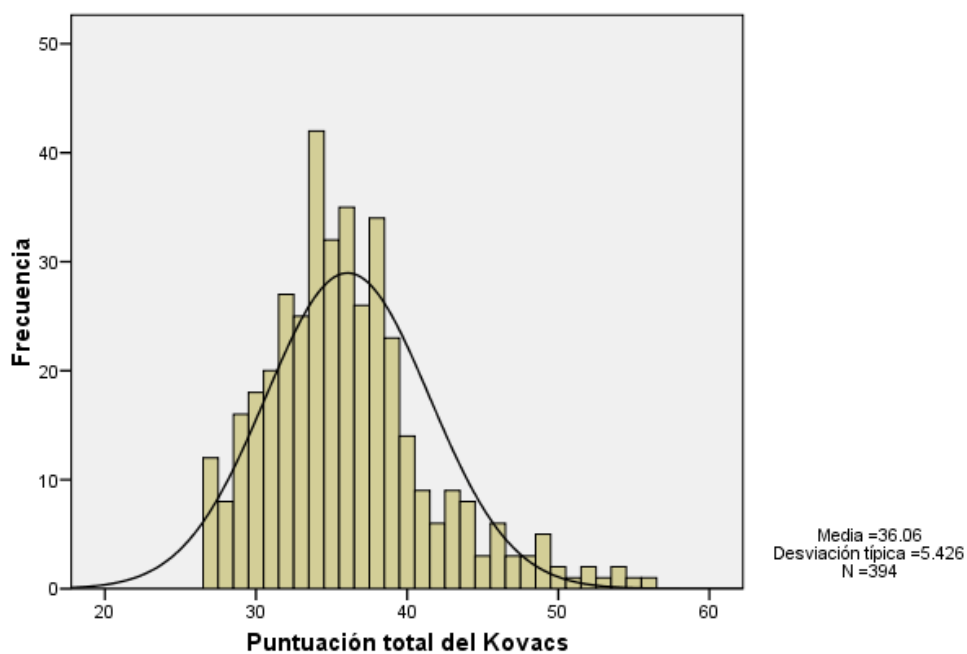
El percentil del 97.5% para acusar depresión fue de 50. Es por ello que las puntuaciones entre 37 y 50, pueden considerarse aceptables. No obstante, mientras más se acerquen éstas al valor de 50, se puede plantear que existe mayor tendencia a presentar sintomatología depresiva.

Tabla 10. Distribución del total de la puntuación del CDI. Determinación de percentiles.

Estadísticos

Puntuación total del Kovacs		
Media		36.06
Mediana		35.00
Desv. típ.		5.426
Mínimo		27
Máximo		56
Percentiles	2.5	27.00
	97.5	50.00

Histograma



Resultados cualitativos del Kovacs según percentiles

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	12	3.0	3.0	3.0
	Medio	374	94.9	94.9	98.0
	Alto	8	2.0	2.0	100.0
	Total	394	100.0	100.0	

3.5. Manual Profesional del CDI.

Para la confección del Manual Profesional se tuvieron en cuenta los elementos esenciales necesarios que se referencian en el resto de los Manuales Profesionales consultados. Se seleccionó para este propósito, parte de la información presente en esta investigación que permite guiar al profesional en la comprensión de la teoría esencial que fundamenta la técnica, la aplicación, calificación e interpretación. A continuación se muestra este Manual Profesional.

**Inventario de Depresión Infantil de Kovacs
(CDI)**

Adaptación cubana

MANUAL PROFESIONAL

Autores de la adaptación:

Kenia Mengana Peraza.

MSc. Yudit Pérez Díaz.

Dr.C. Ricardo Grau Abalo.

INTRODUCCIÓN

La depresión infantil es un constructo relativamente nuevo, pues recién en la década de 1970 es reconocida como una entidad patológica independiente. 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, 1999 citado en Ramírez, 2009) 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.

De esta manera, concebimos la depresión infantil como un trastorno que se manifiesta a través de un conjunto de signos y síntomas que afectan tanto el estado afectivo como la esfera cognitiva y la conductual, donde la experiencia subjetiva de tristeza es un punto central de dicho trastorno (Del Barrio, 2005).

La evaluación de la depresión infantil puede realizarse a través de múltiples instrumentos, dentro de estos podemos mencionar: entrevistas estructuradas, autoinformes, informes de terceras personas, observación, autorregistro y registros psicobiológicos y biológicos. El Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs, el cual fue creado por Kovacs y Beck en 1977, y se encuentra dentro de los de tipo autoinformes, 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 y adolescentes. 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.

El CDI no ha sido validado en Cuba, es por esto que un grupo de investigadores de la Universidad Central Martha Abreu de Las Villas nos hemos dado a la tarea de validar la versión peruana del cuestionario para la población de adolescentes de nuestro territorio. A continuación se presenta el Manual Profesional de la Adaptación cubana del CDI, que se ha elaborado como resultado de un riguroso proceso de validación.

FICHA TÉCNICA

Nombre: Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI).

Nombre Original: Children's Depression Inventory.

Autores: María. Kovacs y Aaron Beck.

Procedencia: Psychological Assessment, EE. UU.

Autores de la adaptación cubana: Kenia Mengana Peraza, Yudit Pérez Díaz, Ricardo Grau.

Administración: Individual o Colectiva.

Duración: 10 y 20 minutos.

Aplicación: adolescentes de 12 a 15 años. Para su aplicación en niños o adolescentes diferentes a las edades referidas, debe realizarse con precaución y/o establecerse el proceso de adaptación correspondiente.

Objetivos:

El CDI, es la adaptación al español de Children's Depression Inventory, de Kovacs y Beck y ha sido creado para medir la sintomatología depresiva en niños y adolescentes.

Utilidad Práctica:

- Este instrumento ha demostrado ser válido y confiable en muchos de los ámbitos donde se han comprobado sus cualidades psicométricas, por lo que constituye una herramienta muy útil en el campo de la investigación y del cribado de los casos que necesiten una evaluación e intervención más profunda.
- Posibilitará a los profesionales, una evaluación psicológica más precisa y confiable de la depresión en la adolescencia, lo cual incrementará el rigor científico en las investigaciones.

Estructura y Contenido:

Este cuestionario consta de 27 ítems, que se encuentran distribuidos en dos dimensiones, 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 presente en los adolescentes.

En cuanto al contenido, aunque la técnica evalúa esencialmente la sintomatología depresiva, es necesario destacar que ésta engloba: disforia, autoestima, dificultades en actividades escolares, relaciones interpersonales, síntomas somáticos. Los ítems que tributan a cada uno de estos contenidos, se detallan más adelante.

Depresión Infantil:

Estado emocional caracterizado por un núcleo persistente de tristeza, al que se agrega anhedonia, aburrimiento e irritabilidad; conformando un conjunto de síntomas que provocan una disminución del nivel de funcionalidad del adolescente y una falta de responsividad a acciones que normalmente conllevarían alivio del malestar (Zalsman ,2006 citado en Figueras, 2009).

El constructo teórico abordado anteriormente, es evaluado a través de los diferentes ítems del inventario cuya descripción aparece en la tabla 11. Una versión completa del CDI la puede encontrar en el Apéndice A, al final de este Manual Profesional.

Tabla 1. Descripción de los ítems que conforman la técnica.

No de ítem	Descripción del ítem
1	Tristeza.
2	Desesperanza.
3	Sentimiento de inutilidad.
4	Anhedonia General.
5	Autoimagen negativa.
6	Pesimismo.
7	Odio a sí mismo.
8	Culpabilidad.
9	Ideación suicida.
10	Llanto.
11	Aprensión.
12	Reducción del interés social.
13	Indecisión.
14	Autoimagen física negativa.
15	Disminución de la motivación en tareas de la escuela.
16	Disturbio del sueño.
17	Fatiga.

18	Disminución del apetito.
19	Preocupación somática
20	Sentimiento de soledad.
21	Anhedonia en el colegio.
22	Aislamiento social.
23	Declinación del rendimiento escolar.
24	Autoimagen negativa en comparación con los iguales.
25	Sentimiento de no ser querido.
26	Desobediencia.
27	Problemas interpersonales.

Confiabilidad y Validez

Para llevar a cabo el análisis de confiabilidad se realizaron varias pruebas estadísticas. La estabilidad temporal es una de las evidencias que debe mostrar todo test a fin de presentar confiabilidad. La tabla 13 se muestra la posible concordancia entre la primera y segunda aplicación, después de un período de tres semanas de realizarse la primera.

Tabla 2. Niveles de concordancia de cada ítem del CDI en el test-retest.

Ítem	Tau-c de Kendall	Sig. de Tau-c de Kendall	Sig. de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio.
1	0.066	0.016	0.495
2	0.716	0.000	0.453
3	0.360	0.000	0.210
4	0.466	0.000	0.029
5	0.217	0.000	1.000
6	0.724	0.000	0.714
7	0.316	0.010	1.000
8	0.478	0.000	1.000
9	0.387	0.000	1.000
10	0.127	0.002	0.240
11	0.620	0.000	0.629
12	0.627	0.000	1.000
13	0.904	0.000	0.023
14	0.683	0.000	0.012
15	0.688	0.000	0.463
16	0.253	0.002	1.000
17	0.182	0.000	1.000
18	0.135	0.000	0.752
19	0.057	0.585	0.053
20	0.386	0.000	0.000
21	0.781	0.000	0.292
22	0.677	0.000	1.000

23	0.293	0.000	0.003
24	0.324	0.000	0.001
25	ES CONSTANTE	ES CONSTANTE	0.505
26	0.113	0.127	0.829
27	0.217	0.001	0.059

De manera general, se observa una concordancia entre los resultados en la primera y segunda aplicación, demostrándose en la tabla como generalidad una tendencia a la diagonalidad, lo cual se traduce en una estabilidad en los resultados test-retest.

Otra medida importante de confiabilidad es la consistencia interna. La Tabla 13 muestra estos coeficientes para las dos dimensiones de la técnica.

Tabla 3. Análisis de la Fiabilidad alfa (Cronbach)

Resumen del modelo			
Dimensión	Alfa de Cronbach	Varianza explicada	
		Total (Autovalores)	% de la varianza
1	.835	5.097	18.877
2	.522	2.010	7.443
Total	.892^a	7.106	26.320

a. El Alfa de Cronbach Total está basado en los autovalores totales.

En el análisis total de la prueba, se obtiene un Alfa de Cronbach de 0.892, lo que demuestra que la prueba presenta un alto nivel de consistencia interna.

Para evaluar la validez relacionada con el criterio, se utilizó la validez concurrente y para ello se correlacionaron las dos dimensiones del CDI, con el IDEREN. La siguiente tabla muestra estos resultados.

Tabla 4. Correlación de las dimensiones del CDI con el IDEREN

Estadísticas descriptivas de las dimensiones del test de Kovacs para diferentes niveles del IDEREN Estado-Rango y su posible interacción

IDEREN Estado	IDEREN Rasgo		N	Media	Dev. típ.	Mediana	Mínimo	Máximo
Bajo	Bajo	Dimensión 1 de las punt. de Kovacs	217	-.3719	.72624	-.4065	-1.46	2.65
		Dimensión 2 de las punt. de Kovacs	217	-.0941	.90897	-.2389	-2.23	2.66
	Medio	Dimensión 1 de las punt. de Kovacs	123	-.1416	.78302	.0896	-1.34	2.69
		Dimensión 2 de las punt. de Kovacs	123	.3536	1.04739	.5110	-3.15	2.22
	Alto	Dimensión 1 de las punt. de Kovacs	9	1.7043	1.59430	1.7442	-.72	3.85
		Dimensión 2 de las punt. de Kovacs	9	-.5637	1.52904	-1.4727	-1.86	2.22
Medio	Bajo	Dimensión 1 de las punt. de Kovacs	12	.1186	.72757	.0283	-.84	1.36
		Dimensión 2 de las punt. de Kovacs	12	-.3719	.95252	-.4585	-1.66	1.32
	Medio	Dimensión 1 de las punt. de Kovacs	19	.8495	1.19619	.6616	-1.12	2.85
		Dimensión 2 de las punt. de Kovacs	19	-.3998	.85738	-.3798	-1.90	1.24
	Alto	Dimensión 1 de las punt. de Kovacs	14	2.1705	1.07082	2.1327	-.43	3.79
		Dimensión 2 de las punt. de Kovacs	14	-.4234	.97725	-.4327	-2.05	1.56
Total	Bajo	Dimensión 1 de las punt. de Kovacs	229	-.3462	.73294	-.4035	-1.46	2.65
		Dimensión 2 de las punt. de Kovacs	229	-.1087	.91124	-.2495	-2.23	2.66
	Medio	Dimensión 1 de las punt. de Kovacs	142	.2363	.87844	.1097	-1.34	2.85
		Dimensión 2 de las punt. de Kovacs	142	.2528	1.05323	.4132	-3.15	2.22
	Alto	Dimensión 1 de las punt. de Kovacs	23	1.9881	1.28685	2.0774	-.72	3.85
		Dimensión 2 de las punt. de Kovacs	23	-.4783	1.19138	-.6540	-2.05	2.22

Rangos según el test de Kruskal-Wallis

	IDEREN Estado	N	Rango promedio
Dimensión 1 de las puntuaciones de Kovacs	Bajo	349	185.45
	Medio	45	290.99
	Total	394	
Dimensión 2 de las puntuaciones de Kovacs	Bajo	349	203.21
	Medio	45	153.21
	Total	394	

Sig. de Monte Carlo para el test de Kruskal Wallis de las dimensiones 1 y 2 de Kovacs respecto al nivel de IDEREN Estado: 0.000 y 0.005 respectivamente

Rangos según el test de Kruskal-Wallis

	IDEREN Rasgo	N	Rango promedio
Dimensión 1 de las puntuaciones de Kovacs	Bajo	229	159.47
	Medio	142	235.01
	Alto	23	344.57
	Total	394	
Dimensión 2 de las puntuaciones de Kovacs	Bajo	229	183.84
	Medio	142	228.15
	Alto	23	144.26
	Total	394	

Sig. de Monte Carlo para el test de Kruskal Wallis de las dimensiones 1 y 2 de Kovacs respecto al nivel de IDEREN Rasgo: 0.000 y 0.000 respectivamente

Cuando se utiliza un análisis de varianza de Kruskal Wallis de las dimensiones 1 y 2 respecto a los niveles del test IDEREN estado, se reflejan rangos mayores de la dimensión 1 en 45 casos donde la depresión estado llega a ser media y rangos menores de la dimensión 2 cuando el IDEREN estado resulta medio. Cuando se utiliza el mismo análisis de varianza de Kruskal Wallis de las dimensiones 1 y 2 respecto a los niveles del IDEREN rasgo, se ratifica que la dimensión 1 crece con el nivel de depresión reflejado por el IDEREN, mientras que la dimensión 2 es más oscilante. Estos elementos costatatan la adecuada validez concurrente del CDI con el IDEREN. Estos elementos demuestran que existe una correlación positiva considerable entre el CDI y el IDEREN.

Calificación del CDI:

La calificación de cada ítem se hace con una escala de 1 a 3 puntos, la puntuación de 1 corresponde a la intensidad o frecuencia de aparición más baja del síntoma, el 2 corresponde a la intensidad o frecuencia media y el 3 a la mayor frecuencia e intensidad.

La suma de estas puntuaciones nos proporcionará la puntuación directa de depresión. Estas puntuaciones directas deben ser traducidas en sus normas percentilares (Apéndice B).

BIBLIOGRAFÍA

1. Kovacs, M. (2004). *Inventario de depresión infantil (CDI)*. Madrid: TEA Ediciones.
2. Pérez, V. M.-O. (2007). Sintomatología Depresiva en niños: estudio de una muestra de escolares en la zona sur de Madrid Sur. *Iztacala*, 10(3), 73-88.
3. Ramírez, R. J. (2009). *Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca*. (Tesis de Diploma), Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
4. Sanz, Y. A. (2011). *Adaptación del SATXI -II C/A (versión niño-adolescente) para la población cubana*. (Tesis en opción al título de Master en Psicología Médica), Universidad Central Martha Abreu de Las Villas, Villa Clara.
5. Barrio, M. D. (2005). Trastornos Depresivos. In R. González (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 229-262). Madrid: Pirámide.
6. Cuervo, A., & Izzedin, R. (2007). Tristeza, Depresión y Estrategias de Autorregulación en Niños. *Redalyc* (2), 35-47.

Apéndice A

Inventario de depresión infantil de Kovacs

Instrucciones:

Los niños y jóvenes 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.

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.

1.

- De vez en cuando estoy triste.
- Muchas veces estoy triste.
- Siempre estoy triste.

2.

- Nunca me va a salir nada bien.
- No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien.
- Las cosas me van a salir bien.

3.

- La mayoría de las cosas las hago bien.
- Muchas cosas las hago mal.
- Todo lo hago mal.

4.

- Muchas cosas me divierten.
- Algunas cosas me divierten.
- Nada me divierte.

5.

- Siempre soy malo o mala.
- Muchas veces soy malo o mala.
- Algunas veces soy malo o mala.

6.

- A veces pienso que me puedan pasar cosas malas.
- Me preocupa que pasen cosas malas.
- Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas.

7.

- Me odio.
- No me gusta como soy.
- Me gusta como soy.

8.

- Todas las cosas malas son por mi culpa.
- Muchas cosas malas son por mi culpa.
- Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.

9.

- No pienso en quitarme la vida.
- Pienso en quitarme la vida, pero no lo haría.
- Quiero quitarme la vida.

10.

- Todos los días tengo ganas de llorar.
- Muchos días tengo ganas de llorar.
- De vez en cuando tengo ganas de llorar.

11.

- Siempre me preocupan las cosas.
- Muchas veces me preocupan las cosas.
- De vez en cuando me preocupan las cosas.

12.

- Me gusta estar con la gente.
- Muchas veces no me gusta estar con la gente.
- Nunca me gusta estar con la gente.

13.

- No puedo decidirme.
- Me cuesta decidirme.
- Me decido fácilmente.

14.

- Soy bonito o bonita.
- Hay algunas cosas de mi apariencia física que no me gustan.
- Soy feo o fea.

15.

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

16.

- Todas las noches me cuesta trabajo dormir.
- Muchas veces me cuesta trabajo dormir.
- Duermo 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 la escuela.
- Sólo a veces me divierto en la escuela.
- Muchas veces me divierto en la escuela.

22.

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

23.

- Mi trabajo en la escuela es bueno.
- Mi trabajo en la escuela no es tan bueno como antes.
- Me va muy mal las asignaturas en las que antes me iba 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.

Apéndice. B

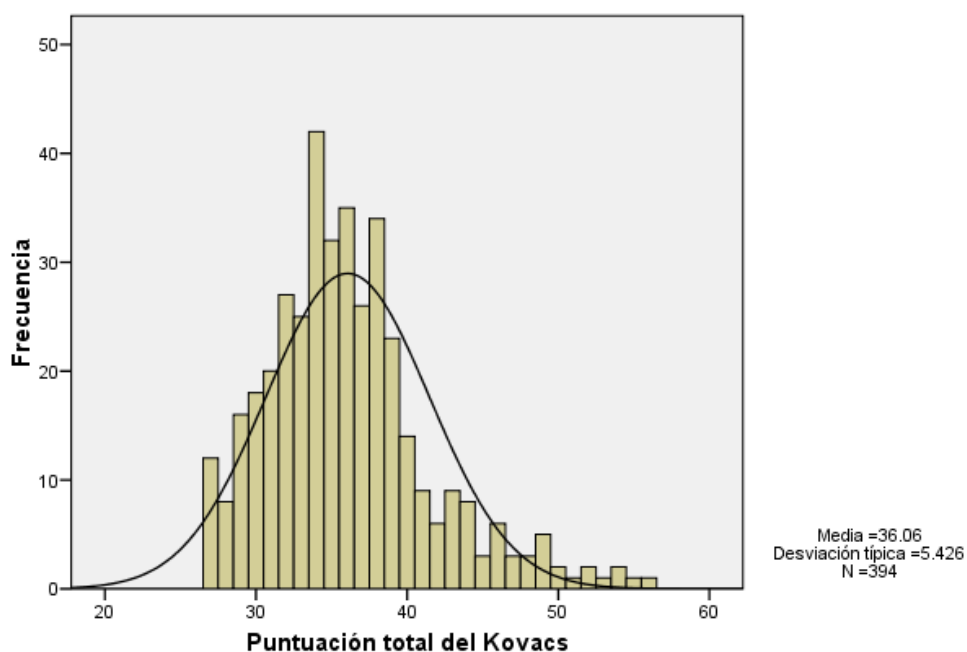
Percentiles

Tabla 5. Distribución del total de la puntuación del CDI. Determinación de percentiles.

Estadísticos

Puntuación total del Kovacs	
Media	36.06
Mediana	35.00
Desv. típ.	5.426
Mínimo	27
Máximo	56
Percentiles	2.5
	97.5
	27.00
	50.00

Histograma



Guía de interpretación para los rangos percentiles del CDI

Debe tenerse presente que las respuestas de los ítems fueron recodificados en las categorías: 1, 2 y 3, de manera que 1 es siempre la más favorable y 3 la más desfavorable. En otras palabras, sumando los 27 ítems, la puntuación mejor sería 27 y la peor posible sería 81. En la práctica, todas las puntuaciones estuvieron entre 27 y 56. El percentil del 2.5% para descartar

depresión fue de 37 puntos, por lo que en un sujeto que alcance 37 puntos o menos, puede establecerse que, según el CDI, no existe sintomatología depresiva.

El percentil del 97.5% para acusar depresión fue de 50. Es por ello que las puntuaciones entre 37 y 50, pueden considerarse aceptables. No obstante, mientras más se acerquen éstas al valor de 50, se puede plantear que existe mayor tendencia a presentar sintomatología depresiva.

Conclusiones

Conclusiones

- Fue adaptado de forma satisfactoria el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en la población de adolescentes cubanos de 12 a 15 años, especialmente de la Provincia de Villa Clara, demostrando éste, poseer sólidas propiedades psicométricas de validez y confiabilidad.
- El CDI fue sometido a una revisión lingüística y a su análisis a través del juicio de profesionales, quienes consideraron pertinente su validación en nuestro contexto.
- La aplicación del Inventario a una muestra de adolescentes de nuestro medio, arrojó altos niveles de confiabilidad. Referida la estabilidad temporal, la técnica mostró en la mayoría de los ítems una tendencia a la diagonalidad de los resultados en la primera y segunda aplicación. Mientras que, en cuanto a la consistencia interna, los coeficientes de confiabilidad Alfa de Cronbach arrojaron un alto nivel en este sentido.
- En cuanto a los criterios de validez, la de constructo mostró la existencia de dos dimensiones como suficientes para medir la depresión. Mientras, en cuanto a la validez de criterio concurrente, se obtuvo un índice de correlación positiva entre el CDI y el IDEREN. Igualmente, existió correspondencia total entre el diagnóstico efectuado por especialistas y los resultados del CDI, en adolescentes con depresión, como parte de la validación a través del criterio externo.
- Como resultado de la aplicación del CDI en la muestra estudiada, se determinaron los percentiles correspondientes para la población de adolescentes cubanos, lo cual apoya la interpretación de sus resultados.
- Quedó elaborado el Manual Profesional, con el fin de guiar metodológicamente a los profesionales en la utilización de esta herramienta diagnóstica.

Recomendaciones

Recomendaciones

- Teniendo en cuenta la importancia que tiene el proceso de adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, al contexto cubano, se propone:
- Divulgar los resultados de esta investigación, como un aporte al fortalecimiento del diagnóstico y la evaluación psicológica de la población de adolescentes en nuestro país.
- Ampliar la adaptación del CDI a otras provincias y edades, en aras de incrementar sus posibilidades de utilización, teniendo en cuenta que constituye una de las herramientas más útiles en el diagnóstico de depresión infantil.
- Desarrollar estudios en relación al CDI, con población clínica de niños y adolescentes de adolescentes, que permitan profundizar en las particularidades de la técnica para dicho tipo de población.
- Publicar el Manual Profesional del CDI y realizar entrenamientos con el fin de preparar a nuestros profesionales en el uso de esta necesaria herramienta diagnóstica.

Referencias Bibliográficas

Referencias Bibliográficas

- Abarca, M. (2003). *La educación emocional en la Educación Primaria: Currículo y Práctica*. (Tesis Doctoral), Universidad de Barcelona, España.
- Almonte, C., Sepúlveda, G., Avendaño, A., & Valenzuela, C. (1985). Desarrollo Psicosocial de Adolescentes de 12 A 15 años. *Revista Chilena de Pediatría*, 56(4), 263-270.
- Álvarez, R. (2004). Depresiones infantiles: Combatiendo un mito con realidades, from www.medicosecuador.com/rocio_alvarez
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Arias, R. M. (2005). *Psicometría: Teoría de los test Psicológicos y Educativos*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Ballesteros, R. F., Márquez, M. O., & Vizcarro, C. (2004). *Evaluación Psicológica*. In R. F. Ballesteros & M. O. Márquez (Eds.), *Técnicas proyectivas* (pp. 305-307). España: Pirámide.
- Balsa, A. (2011). *Programa de intervención psicológica para potenciar la regulación emocional en escolares con hipertensión arterial*. (Tesis de Maestría), Universidad Central de Las Villas Santa Clara.
- Bautista, S. (2008). Adolescentes, from http://www.cop.es/colegiados/M-13902/Trast_adolescentes.htm
- Borilé, M. (2010). Detección precoz y abordaje integral de conductas vulnerables en adolescentes y jóvenes, from <http://www.abordajeadolescente.com.ar/>
- Bozhovich, L. (1976). *La personalidad y su formación en la edad infantil*. La Habana: Pueblo y educación.
- Carretero, M., & León, J. A. (2002). Desarrollo psicológico y educación. In J. Palacio, Á. Marchesi & C. Coll (Eds.), *Del pensamiento formal al cambio conceptual en la adolescencia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Chóliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional, from www.uv.es/=cholz
- Cox-Jules, C. (2010). *Estudio de la confiabilidad del Cuestionario de Autoconcepto CAG (Versión 1.0) en adolescentes de la Secundaria Básica "Ernesto Guevara"*. (Tesis de Diploma), Universidad Central de las Villas, Santa Clara.

- Cuervo, A., & Izzedin, R. (2007). Tristeza, Depresión y Estrategias de Autorregulación en Niños. *Redalyc* (2), 35-47.
- Cuevas, M., & Teva, I. (2006). Manual de psicología clínica infantil. In M. Bermúdez & A. Bermúdez (Eds.), *Evaluación y tratamiento de la depresión infantil* (pp. 219-268). Madrid: Biblioteca nueva.
- Cyranowski, J., Frank, E., Young, E., & Shear, M. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 57 21-27.
- De Barbieri, A. (2007). Nuevas familias, nuevas complejidades, from <http://www.itinerario.psico.edu.uy/Nuevasfamiliasnuevascomplejidades.htm>.
- Del Barrio, M. (2005). Trastornos Depresivos. In R. González (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 229-262). Madrid: Pirámide.
- Del Barrio, V. (2011). Tratando Depresión Infantil. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C*, 7(2), 101-103.
- Del Rosario, M. (1996). *Creación y Validación de un sistema para medir la calidad de vida percibida y reportada en niños y adolescentes con cáncer*. (Tesis de Maestría), Universidad Central de las Villas, Santa Clara.
- Domínguez, L. (2003). *Psicología del Desarrollo: Adolescencia y Juventud*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Feldman, R. (2002). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana* (4ta ed.). México: Mc. Graw Hill.
- Fernández, A. M., Dufey, M., & Mourgues, C. (2007). Expresión y reconocimiento de emociones: un punto de encuentro entre evolución, psicofisiología y neurociencias. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 2, 8-20.
- Fernández, M. (2001). *Determinación de vulnerabilidad en adolescentes*. (Tesis para optar al título de Especialista en Puericultura y Pediatría), Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto.
- Figueras, A. (2006). *Evaluación Multimétodo y Multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes*. (Tesis Doctoral), Universidad de Barcelona, España.

- Figuroa, M. I., Contini, N., & Lacunza, A. B. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21(1), 66-72.
- García, A. (2003). *Psicopatología infantil. Su evaluación y diagnóstico*. La Habana: Félix Varela.
- García, L. I. (2008). *Particularidades de la expresión de la Inteligencia emocional en adolescentes*. (Tesis Maestría), Universidad de Las Villas, Santa Clara.
- González, F. M., Martín, M., Grau, J., & Lorenzo, A. (2007). Instrumentos de Evaluación Psicológica. In F. M. González (Ed.), *Instrumentos de Evaluación psicológica para el estudio de los estados de ansiedad y depresión* (pp. 165-194). Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas.
- Grau, R., Correa, C., & Rojas, M. (2004). *Metodología de la Investigación* (2da ed.). Tolima: El Poirá.
- Hernández, E. (2008). La Depresión Infantil, from <http://psicologoinfantil.com>
- Hernández- Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ta ed.). México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Redalyc*, 19(2), 139-156.
- Íñiguez, L. (2009). *Emociones y Lenguaje*. (Tesis Doctoral), Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de depresión infantil (CDI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Molerio, O. (2004). *Programa para el Autocontrol Emocional en pacientes con Hipertensión Arterial Esencial*. (Tesis Doctoral), Universidad Central de Las Villas, Santa Clara.
- Molina, I. (2011). *Validación concurrente del test de autoconcepto en adolescentes cubanos*. (Tesis de Diploma), Universidad Central de Las Villas, Santa Clara.
- Muñoz, M. (2001). *La depresión en ansianos no institucionalizados*. (Tesis para optar por el título de Especialista en Primer Grado en Gerontología Y Geriatría), Instituto Superior de Ciencias Médicas, Santa Clara.
- Novoa, M. (2011). *Elaboración de un cuestionario para la autovaloración en adolescentes: criterio de expertos*. (Tesis de Diploma), Universidad Central de Las Villas, Santa Clara.

- Olmedo, M., Del Barrio, V., & Santed, M. (1998). Prevención de las emociones negativas en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3(2), 121-137.
- 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.
- Palacios, J., Marchesi, Á., & Coll, C. (2002). *Desarrollo psicológico y educación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Palmero, F. (1998). Emociones y Adaptación, from <http://reme.uji.es/remesp.html>
- Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C., & Carpi, A. (2001). Certezas y controversias en el estudio de la emoción, from <http://reme.uji.es/articulos/numero23/article1/texto.html>
- Palomo, E. G. d. B. (2009). Las emociones, from http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/10/espanol/Art_10_122.
- Pedraza, L. (2009). *Caracterización de estados emocionales en adolescentes de 12 a 15 años con Hipertensión arterial esencial*. (Tesis de Maestría), Universidad Central de las Villas, Santa Clara.
- Pérez, M. M., & Losada, R. (2007). *Comportamientos de riesgo asociados a la Hipertensión Arterial en niños y adolescentes*. (Tesis de Diploma), Universidad Central de Las Villas, Santa Clara.
- Pérez, N., & Pellicer, I. (2009). Necesidad de desarrollo emocional en la adolescencia, from http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_revistaense/archivos/N_20_2005/educa_emo.pdf
- Pérez, S., & Pérez, A. (2009). *Validación de la Guía Psicoeducativa para el cuidador principal de pacientes con enfermedad oncológica con tratamiento quimioterapéutico*. Universidad Central de Las Villas, Santa Clara.
- Pérez, V. M.-O. (2007). Sintomatología Depresiva en niños: estudio de una muestra de escolares en la zona sur de Madrid Sur. *Iztacala*, 10(3), 73-88.
- Pérez, Y. (2006). *Factores de riesgo psicosociales asociados a la hipertensión arterial esencial en adolescentes*. (Tesis de Maestría), Universidad Central de Las Villas, Villa Clara.

- Pineda, S. (1998). El concepto de Adolescencia, from <http://www.spapex.org/adolescencia02/pdf/caso1.pdf>
- Piqueras, J. A. (2008). Ansiedad, Depresión y Salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 8-11.
- Ramírez, R. J. (2009). *Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca*. (Tesis de Diploma), Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Rendón, M. I. (2007). Regulación emocional y competencia social en la infancia. *Diversitas*, 3(2), 349-363.
- Sandín, B. (2001). Estrés, Hormonas y Psicopatología Retrieved from http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812008000100005&lng=pt&nrm=iso
- Sanz, Y. A. (2011). *Adaptación del SATXI -II C/A (versión niño- adolescente) para la población cubana*. (Tesis de Maestría), Universidad Central de Las Villas, Santa Clara.
- Silva, S. (2004). Depresión, from <http://www.nimh.nih.gov>
- Solís, F. (2009). *Aportes al análisis de la validez y de la confiabilidad del Inventario de Depresión para Niños de Kovacs, como herramienta de tamizaje para la evaluación de los indicadores de riesgo de depresión, en una muestra de niños costarricenses, escolarizados, de edades comprendidas entre los 7 y 12 años, de población no clínica*. (Tesis de Maestría), Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Suazo, G. (2010). *Caracterización de la ansiedad en escolares de 9 a 12 años de edad con Hipertensión Arterial Esencial*. (Tesis de Diploma), Universidad Central de las Villas, Santa Clara.
- Ugarriza, N., & Ecurra, M. (2002). Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Redalyc*, 5, 83-130.
- Velázquez, C. P., & Barrientos, A. M. (2003). *Programa para disminuir indicadores de depresión mediante el desarrollo de estrategias de afrontamiento*. (Tesis de Diploma), Universidad Católica Boliviana San Pablo, Bolivia.
- Weissman, M., Wolk, S., Goldstein, R., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., . . . Ryan, N. (1999). Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 281(18), 1701-1713.

Anexos

Anexos

Anexo.1

Versión inicial del Inventario de depresión infantil de Kovacs.

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. 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.

1.

- De vez en cuando estoy triste.
- Muchas veces estoy triste.
- Siempre estoy triste.

2.

- Nunca me va a salir nada bien.
- No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien.
- Las cosas me van a salir bien.

3.

- La mayoría de las cosas las hago bien.
- Muchas cosas las hago mal.
- Todo lo hago mal.

4.

- Muchas cosas me divierten.
- Algunas cosas me divierten.
- Nada me divierte.

5.

- Siempre soy malo o mala.
- Muchas veces soy malo o mala.
- Algunas veces soy malo o mala.

6.

- A veces pienso que me puedan pasar cosas malas.
- Me preocupa que pasen cosas malas.
- Estoy seguro de que pasarán cosas muy malas

7.

- Me odio.
- No me gusta como soy.
- Me gusta como soy.

8.

- Todas las cosas malas son por mi culpa.
- Muchas cosas malas son por mi culpa.
- Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.

9.

- No pienso en matarme.
- Pienso en matarme pero no lo haría.
- Quiero matarme.

10.

- Todos los días tengo ganas de llorar.
- Muchos días tengo ganas de llorar.
- De vez en cuando tengo ganas de llorar.

11.

- Siempre me preocupan las cosas.
- Muchas veces me preocupan las cosas.
- De vez en cuando me preocupan las cosas.

12.

- Me gusta estar con la gente.
- Muchas veces no me gusta estar con la gente.
- Nunca me gusta estar con la gente.

13.

- No puedo decidirme.
- Me cuesta decidirme.
- Me decido fácilmente.

14.

- Soy simpático o simpática.
- Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.
- 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.2

Encuesta sobre juicio de profesionales:

Profesión: _____ Años de experiencia: _____

Ocupación: _____ Categoría Docente: _____

Grado científico de Doctor _____ Título académico de Máster: _____

Centro de trabajo _____

1- ¿Considera Ud. necesario la validación en nuestro país de un instrumento para evaluar la depresión en adolescentes?

No _____ Relativamente necesario _____ Muy necesario _____

2- Evalúe en una escala de 1 a 5 en qué medida considera usted que los ítems, correspondientes a cada una de las escalas, evalúan realmente el constructo para el cual fueron concebidos. Acote su evaluación en la siguiente tabla marcando con una x según la escala de 1 a 5 que aparece al final de la tabla, donde 1 es: En nada; 2: En una mínima parte; 3: En parte; 4: En parte considerable y 5: Completamente.

Escala	Descripción de los ítems	Ítems	1	2	3	4	5
Disforia	Tristeza.	1					
	Anhedonia general.	4					
	Culpabilidad.	8					
	Ideación Suicida.	9					
	Llanto.	10					
	Aprensión.	11					
	Reducción del interés social.	12					
	Disturbio del sueño,	16					
	Fatiga.	17					
	Disminución del apetito.	18					
	Sentimiento de soledad.	20					
	Preocupación somática.	19					
	Anhedonia en el colegio.	21					
	Declinación del rendimiento escolar.	23					
	Sentimiento de no ser querido.	25					
	Desobediencia.	26					
Problemas interpersonales.	27						

Autoestima Negativa	Desesperanza.	2					
	Sentimiento de inutilidad.	3					
	Autoimagen negativa.	5					
	Pesimismo,	6					
	Odio así mismo.	7					
	Indecisión.	13					
	Autoimagen física negativa.	14					
	Disminución de motivación en tareas del colegio.	15					
	Aislamiento social.	22					
	Autoimagen negativa en comparación con los iguales.	24					

3- ¿Considera necesario modificar algunos de los términos empleados en los ítems por no ser conocidos o apropiados a nuestro medio?

No ____ Si ____

En caso afirmativo señale:

Ítems _____ Palabra a modificar: _____

Ítems _____ Palabra a modificar: _____

Ítems _____ Palabra a modificar: _____

4- ¿Considera Ud. que sería necesario incorporar otros ítems a algunas de las escalas?

Escala: _____

Propuesta de ítems: _____

5- ¿Cómo evalúa las posibilidades de aplicación de este instrumento en su área profesional?

Aplicable _____ Poco aplicable _____

Medianamente aplicable _____ No aplicable _____

6- ¿Desea agregar alguna sugerencia o comentario acerca de la prueba valorada?

¿Cuál? _____

Anexo.3

Entrevista psicológica semiestructurada del pilotaje.

Objetivo: Obtener información sobre los términos o frases que son de difícil comprensión para los adolescentes.

Indicadores:

- Existencia de términos o frases de difícil comprensión para el adolescente.
- Propuesta del adolescente de términos o frases, en sustitución a la que no se comprende.
- Existencia de términos que no utilicen los adolescentes en sus interacciones cotidianas.

Anexo.4

Versión final del CDI, luego de la retroalimentación de los especialistas y los adolescentes.

Instrucciones:

Los niños y jóvenes 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.

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.

1.

- De vez en cuando estoy triste.
- Muchas veces estoy triste.
- Siempre estoy triste.

2.

- Nunca me va a salir nada bien.
- No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien.
- Las cosas me van a salir bien.

3.

- La mayoría de las cosas las hago bien.
- Muchas cosas las hago mal.
- Todo lo hago mal.

4.

- Muchas cosas me divierten.
- Algunas cosas me divierten.
- Nada me divierte.

5.

- Siempre soy malo o mala.
- Muchas veces soy malo o mala.
- Algunas veces soy malo o mala.

6.

- A veces pienso que me puedan pasar cosas malas.
- Me preocupa que pasen cosas malas.
- Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas.

7.

- Me odio.
- No me gusta como soy.
- Me gusta como soy.

8.

- Todas las cosas malas son por mi culpa.
- Muchas cosas malas son por mi culpa.
- Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.

9.

- No pienso en quitarme la vida.
- Pienso en quitarme la vida, pero no lo haría.
- Quiero quitarme la vida.

10.

- Todos los días tengo ganas de llorar.
- Muchos días tengo ganas de llorar.
- De vez en cuando tengo ganas de llorar.

11.

Siempre me preocupan las cosas.
 Muchas veces me preocupan las cosas.
 De vez en cuando me preocupan las cosas.

12.

Me gusta estar con la gente.
 Muchas veces no me gusta estar con la gente.
 Nunca me gusta estar con la gente.

13.

No puedo decidirme.
 Me cuesta decidirme.
 Me decido fácilmente.

14.

Soy bonito o bonita.
 Hay algunas cosas de mi apariencia física que no me gustan.
 Soy feo o fea.

15.

Siempre me cuesta trabajo hacer las tareas.
 Muchas veces me cuesta trabajo hacer las tareas.
 No me cuesta trabajo hacer las tareas.

16.

Todas las noches me cuesta trabajo dormir.
 Muchas veces me cuesta trabajo dormir.
 Duermo 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 la escuela.
 Sólo a veces me divierto en la escuela.
 Muchas veces me divierto en la escuela.

22.

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

23.

Mi trabajo en la escuela es bueno.
 Mi trabajo en la escuela no es tan bueno como antes.
 Me va muy mal las asignaturas en las que antes me iba 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.5

IDEREN

Nombre y Apellidos: _____

Edad_____ Sexo_____ Grado_____ Fecha_____

INSTRUCCIONES:

A continuación les presentamos un conjunto de expresiones, las cuales con frecuencia son utilizadas para transmitir nuestro estado de ánimo. Léalas detenidamente y marque con un círculo (O), aquellas que para Usted refleje “COMO SE SIENTE EN ESTE MOMENTO”. No hay respuestas buenas ni malas. Intente seleccionar las respuestas que con mayor exactitud caractericen a su estado de ánimo en este momento.

EXPRESIONES	No existe	Un poco	Suficiente	Muy Fuerte
1. Pienso que mí futuro es desesperanzado y mí estado de ánimo nunca mejorará.	1	2	3	4
2. Yo me siento con confianza en mí mismo.	1	2	3	4
3. Pienso que yo no tengo nada de que arrepentirme.	1	2	3	4
4. Yo me siento seguro.	1	2	3	4
5. Yo me siento muy preocupado.	1	2	3	4
6. En la sexualidad no tengo dificultades.	1	2	3	4
7. Yo quisiera poderme separar de todos mis problemas.	1	2	3	4
8. Me siento insatisfecho.	1	2	3	4
9. He perdido toda la confianza en mí mismo.	1	2	3	4
10. Siento tener necesidad de vivir.	1	2	3	4
11. No me siento en nada culpable.	1	2	3	4
12. Duermo bien.	1	2	3	4
13. Me canso con facilidad.	1	2	3	4
14. Se me hace difícil cumplir el más sencillo de los trabajos.	1	2	3	4
15. Me canso con más facilidad que anteriormente.	1	2	3	4
16. Ahora no tengo deseos de llorar.	1	2	3	4
17. Yo siento que ahora ya nada me alegra como antes.	1	2	3	4
18. Yo quisiera quitarme la vida.	1	2	3	4
19. Me despierto con más facilidad que antes y se me hace difícil volver a quedarme dormido.	1	2	3	4
20. Yo quisiera ser tan feliz como le parezco a las demás personas que me rodean.	1	2	3	4

A continuación les presentamos un conjunto de expresiones en las cuales se reflejan diferentes momentos de su estado de ánimo. Léalas detenidamente y marque con un círculo (O) en esta segunda parte, aquellas que para Usted refleje “COMO SE SIENTE GENERALMENTE”. No hay respuestas buenas ni malas. Intente seleccionar las respuestas que con mayor exactitud caractericen a su estado de ánimo en este momento.

EXPRESIONES	No existe	Un poco	Suficiente	Muy fuerte
21. Pienso que no puedo lograr nada de lo que me proponga.	1	2	3	4
22. Sufro cuando no logro el reconocimiento de las personas que me rodean.	1	2	3	4
23. Con facilidad me sorprendo ante los fracasos.	1	2	3	4
24. Pienso que tengo muchos más fracasos que los demás.	1	2	3	4
25. Yo sufro por no haber logrado hacer realidad mis sueños.	1	2	3	4
26. Me pongo triste, deprimido con facilidad.	1	2	3	4
27. Considero haber tenido suerte en la vida.	1	2	3	4
28. Pienso que el futuro todo será bueno para mí.	1	2	3	4
29. Yo tengo confianza en sí mismo.	1	2	3	4
30. Por regla general, yo soy de los que se inclinan a verle las partes malas a las cosas de la vida.	1	2	3	4
31. Los problemas a mí me inquietan más de lo necesario.	1	2	3	4
32. Yo he logrado cumplir con mis objetivos más importantes.	1	2	3	4
33. Me siento aburrido.	1	2	3	4
34. A mí todo me interesa.	1	2	3	4
35. Ante fuertes sensaciones no reacciono.	1	2	3	4
36. Por lo general observo las partes buenas de las cosas.	1	2	3	4
37. Los fracasos me hacen sufrir tanto que no logro sacármelos de mi cabeza.	1	2	3	4
38. No me alcanza la confianza en sí mismo.	1	2	3	4
39. Considero que las demás personas me estimulan lo suficiente.	1	2	3	4
40. La más mínima dificultad me presiona y oprime.	1	2	3	4
41. Soy una persona alegre.	1	2	3	4
42. Pienso que las demás personas no me estimulan lo suficiente.	1	2	3	4

“LE AGRADECEMOS SU COLABORACION Y LA ATENCION PRESTADA”

Anexo 6

Comparación de cada ítem del CDI de la primera y segunda aplicación (test- retest).

Ítem 1 test y retest

Se siente triste TEST* RETEST

			RETEST: Se siente triste			Total
			De vez en cuando	Muchas veces	Siempre triste	
Se siente triste	De vez en cuando	Cantidad	58	1		59
		% del total	96.7%	1.7%		98.3%
	Muchas veces	Cantidad			1	1
		% del total			1.7%	1.7%
Total		Cantidad	58	1	1	60
		% del total	96.7%	1.7%	1.7%	100.0%

Tau-c de Kendall 0.066, significación 0.016.

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Se siente triste - Se siente triste	Rangos negativos	0 ^a	.00	.00
	Rangos positivos	2 ^b	1.50	3.00
	Empates	58 ^c		
	Total	60		

Significación de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 0.495

a. RETEST < TEST

b. RETEST > TEST

c. RETEST = TEST

Ítem 2 test y retest

Cómo piensa que le salen sus cosas TEST * RETEST

			RETEST: Cómo piensa que le salen sus cosas			Total
			Saldrán bien	No estoy seguro	Nunca bien	
Cómo piensa que le salen sus cosas	Saldrán bien	Cantidad	36	1		37
		% del total	60.0%	1.7%		61.7%
	No estoy seguro	Cantidad	5	17	1	23
		% del total	8.3%	28.3%	1.7%	38.3%
Total		Cantidad	41	18	1	60
		% del total	68.3%	30.0%	1.7%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.716, significación 0.000.

Rangos msegún el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Cómo piensa que le salen sus cosas - Cómo piensa que le salen sus cosas	Rangos negativos	5 ^a	4.00	20.00
	Rangos positivos	2 ^b	4.00	8.00
	Empates	53 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 0.453

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Ítem 3 test y retest

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Cómo considera que hace sus cosas - Cómo considera que hace sus cosas	Rangos negativos	5 ^a	3.50	17.50
	Rangos positivos	1 ^b	3.50	3.50
	Empates	54 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para tel test de Wilcoxon sobre el cambio: 0.210

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Cómo considera que hace sus cosas: TEST * RETEST

			RETEST: Cómo considera que hace sus cosas		Total
			La mayoría bien	Muchas cosas mal	
Cómo considera que hace sus cosas	La mayoría bien	Cantidad	47	1	48
		% del total	78.3%	1.7%	80.0%
	Muchas cosas mal	Cantidad	5	7	12
		% del total	8.3%	11.7%	20.0%
Total		Cantidad	52	8	60
		% del total	86.7%	13.3%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.360, significación 0.000

Item 4 test y retest

Cuántas cosas le divierten: TEST* RETEST

			RETEST: Cuántas cosas le divierten			Total
			Muchas cosas	Algunas cosas	Nada me divierte	
Cuántas cosas le divierten	Muchas cosas	Cantidad	46	5		51
		% del total	76.7%	8.3%		85.0%
	Algunas cosas	Cantidad		8	1	9
		% del total		13.3%	1.7%	15.0%
Total		Cantidad	46	13	1	60
		% del total	76.7%	21.7%	1.7%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.466 significación 0.000

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Cuántas cosas le divierten - Cuántas cosas le divierten	Rangos negativos	0 ^a	.00	.00
	Rangos positivos	6 ^b	3.50	21.00
	Empates	54 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 0.029

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Ítem 5 test y retest

Rangos

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Usted piensa que es malo(a) - Usted piensa que es malo(a)	Rangos negativos	2 ^a	2.00	4.00
	Rangos positivos	2 ^b	3.00	6.00
	Empates	56 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 1.000

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Usted piensa que es malo(a): TEST* RETEST

			RETEST: Usted piensa que es malo(a)			Total
			Algunas veces	Muchas veces	Siempre soy malo	
Usted piensa que es malo(a)	Algunas veces	Cantidad	51	1	1	53
		% del total	85.0%	1.7%	1.7%	88.3%
	Muchas veces	Cantidad	2	3		5
		% del total	3.3%	5.0%		8.3%
	Siempre soy malo	Cantidad			2	2
		% del total			3.3%	3.3%
Total		Cantidad	53	4	3	60
		% del total	88.3%	6.7%	5.0%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.217 significación 0.000

Ítem 6 test y retest

Piensa que le pueden pasar cosas malas: TEST * RETEST

			RETEST: Piensa que le pueden pasar cosas malas			Total
			A veces pienso	Me preocupa que pasen	Seguramente pasarán	
Piensa que le pueden pasar cosas malas	A veces pienso	Cantidad	20	4		24
		% del total	33.3%	6.7%		40.0%
	Me preocupa que pasen	Cantidad	3	32	1	36
		% del total	5.0%	53.3%	1.7%	60.0%
Total		Cantidad	23	36	1	60
		% del total	38.3%	60.0%	1.7%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.724 significación 0.000

Rangos

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Piensa que le pueden pasar cosas malas - Piensa que le pueden pasar cosas malas	Rangos negativos	3 ^a	4.50	13.50
	Rangos positivos	5 ^b	4.50	22.50
	Empates	52 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 0.714

a. RETEST < TEST

b. RETEST > TEST

c. RETEST = TEST

Ítem 7 test y retest

Cómo se aprecia a si mismo(a): TEST * RETEST

			RETEST: Cómo se aprecia a si mismo(a)		Total
			Me gusto	No me gusto	
Cómo se aprecia a si mismo(a)	Me gusto	Cantidad	55		55
		% del total	91.7%		91.7%
	No me gusto	Cantidad		5	5
		% del total		8.3%	8.3%
Total		Cantidad	55	5	60
		% del total	91.7%	8.3%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.316 significación 0.010

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Cómo se aprecia a si mismo(a)	Rangos negativos	0 ^a	.00	.00
- Cómo se aprecia a si mismo(a)	Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
	Empates	60 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 1.000

a. RETEST < TEST

b. RETEST > TEST

c. RETEST = TEST

Ítem 8 test y retest

Se siente culpable de las cosas malas: TEST * RETEST

			RETEST: Se siente culpable de las cosas malas		Total
			Generalmente no soy culpable	Muchas cosas por mi culpa	
Se siente culpable de las cosas malas	Generalmente no soy culpable	Cantidad % del total	48 80.0%	1 1.7%	49 81.7%
	Muchas cosas por mi culpa	Cantidad % del total	2 3.3%	9 15.0%	11 18.3%
Total		Cantidad % del total	50 83.3%	10 16.7%	60 100.0%

Tau-c de Kendall: 0.478 significación 0.000

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Se siente culpable de las cosas malas - Se siente culpable de las cosas malas	Rangos negativos	2 ^a	2.00	4.00
	Rangos positivos	1 ^b	2.00	2.00
	Empates	57 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 1.000

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Ítem 9 test y retest

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Ha pensado en quitarse la vida - Ha pensado en quitarse la vida	Rangos negativos	2 ^a	2.00	4.00
	Rangos positivos	1 ^b	2.00	2.00
	Empates	57 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 1.000

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Ha pensado en quitarse la vida: TEST * RETEST

			RETEST: Ha pensado en quitarse la vida		Total
			No pienso quitarme la vida	Lo he pensado pero no lo haría	
Ha pensado en quitarse la vida	No pienso quitarme la vida	Cantidad	50	1	51
		% del total	83.3%	1.7%	85.0%
	Lo he pensado pero no lo haría	Cantidad	2	7	9
		% del total	3.3%	11.7%	15.0%
Total		Cantidad	52	8	60
		% del total	86.7%	13.3%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.387 significación 0.000

Ítem 10 test y retest

Tiene frecuentemente ganas de llorar: TEST * RETEST

			RETEST: Tiene frecuentemente ganas de llorar			Total
			De vez en cuando	Muchos días	Todos los días	
Tiene frecuentemente ganas de llorar	De vez en cuando	Cantidad	56	2		58
		% del total	93.3%	3.3%		96.7%
	Muchos días	Cantidad		1	1	2
		% del total		1.7%	1.7%	3.3%
Total		Cantidad	56	3	1	60
		% del total	93.3%	5.0%	1.7%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.127, significación 0.002

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Tiene frecuentemente ganas de llorar -	Rangos negativos	0 ^a	.00	.00
Tiene frecuentemente ganas de llorar	Rangos positivos	3 ^b	2.00	6.00
	Empates	57 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 0.240

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Ítem 11 test y retest

Siente frecuentemente preocupación por las cosas: TEST * RETEST

			RETEST: Siente frecuentemente preocupación por las cosas			Total
			De vez en cuando	Muchas veces	Siempre me preocupan	
Siente frecuentemente preocupación por las cosas	De vez en cuando	Cantidad	23	1		24
		% del total	38.3%	1.7%		40.0%
	Muchas veces	Cantidad	8	20	1	29
		% del total	13.3%	33.3%	1.7%	48.3%
	Siempre me preocupan	Cantidad	1	1	5	7
		% del total	1.7%	1.7%	8.3%	11.7%
Total	Cantidad	32	22	6	60	
	% del total	53.3%	36.7%	10.0%	100.0%	

Tau-c de Kendall: 0.620 , significación 0.000

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Siente frecuentemente preocupación por las cosas -	Rangos negativos	10 ^a	6.60	66.00
Siente frecuentemente preocupación por las cosas	Rangos positivos	2 ^b	6.00	12.00
	Empates	48 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 0.029

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Ítem 12 test y retest

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Cómo son sus relaciones con la gente - Cómo son sus relaciones con la gente	Rangos negativos	0 ^a	.00	.00
	Rangos positivos	1 ^b	1.00	1.00
	Empates	59 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 1.000

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Cómo son sus relaciones con la gente: TEST * RETEST

			RETEST: Cómo son sus relaciones con la gente		Total
			Me gusta la gente	Muchas veces no me gustan	
Cómo son sus relaciones con la gente	Me gusta la gente	Cantidad	47	1	48
		% del total	78.3%	1.7%	80.0%
	Muchas veces no me gustan	Cantidad		12	12
		% del total		20.0%	20.0%
Total		Cantidad	47	13	60
		% del total	78.3%	21.7%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.627, significación 0.000

Ítem 13 test y retest

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Cómo son sus niveles de decisión ante las cosas - Cómo son sus niveles de decisión ante las cosas	Rangos negativos	1 ^a	5.50	5.50
	Rangos positivos	9 ^b	5.50	49.50
	Empates	50 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 0.023

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Cómo son sus niveles de decisión ante las cosas: TEST * RETEST

			RETEST: Cómo son sus niveles de decisión ante las cosas			Total
			Me decido fácilmente	Me cuesta trabajo decidir	No puedo decidirme	
Cómo son sus niveles de decisión ante las cosas	Me decido fácilmente	Cantidad	22			22
		% del total	36.7%			36.7%
	Me cuesta trabajo decidir	Cantidad	1	28	9	38
		% del total	1.7%	46.7%	15.0%	63.3%
Total		Cantidad	23	28	9	60
		% del total	38.3%	46.7%	15.0%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.904, significación 0.000

Ítem 14 test y retest

Cómo considera que es mirado(a) por los demás: TEST * RETEST

			RETEST: Cómo considera que es mirado(a) por los demás			Total
			Soy simpático(a)	Algunas cosas más no me gustan	Soy feo(a)	
Cómo considera que es mirado(a) por los demás	Soy simpático(a)	Cantidad	30	3		33
		% del total	50.0%	5.0%		55.0%
	Algunas cosas más no me gustan	Cantidad	1	18	7	26
		% del total	1.7%	30.0%	11.7%	43.3%
	Soy feo(a)	Cantidad			1	1
		% del total			1.7%	1.7%
Total		Cantidad	31	21	8	60
		% del total	51.7%	35.0%	13.3%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.683, significación 0.000

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Cómo considera que es mirado(a) por los demás - Cómo considera que es mirado(a) por los demás	Rangos negativos	1 ^a	6.00	6.00
	Rangos positivos	10 ^b	6.00	60.00
	Empates	49 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 0.012

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Ítem 15 test y retest

En qué medida le cuesta trabajo hacer sus tareas: TEST * RETEST

			RETEST: En qué medida le cuesta trabajo hacer sus tareas			Total
			No me cuestan las tareas	Muchas veces me cuesta	Siempre me cuesta trabajo	
En qué medida le cuesta trabajo hacer sus tareas	No me cuestan las tareas	Cantidad	34	2		36
		% del total	56.7%	3.3%		60.0%
	Muchas veces me cuesta	Cantidad	2	15	3	20
		% del total	3.3%	25.0%	5.0%	33.3%
	Siempre me cuesta trabajo	Cantidad			4	4
		% del total			6.7%	6.7%
Total		Cantidad	36	17	7	60
		% del total	60.0%	28.3%	11.7%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.688, significación 0.000

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: En qué medida le cuesta trabajo hacer sus tareas - En qué medida le cuesta trabajo hacer sus tareas	Rangos negativos	2 ^a	4.00	8.00
	Rangos positivos	5 ^b	4.00	20.00
	Empates	53 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 0.463

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Ítem 16 test y retest

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Cómo duerme	Rangos negativos	3 ^a	4.00	12.00
- Cómo duerme	Rangos positivos	4 ^b	4.00	16.00
	Empates	53 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 1.000

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Cómo duerme: TEST * RETEST

			RETEST: Cómo duerme		Total
			Duermo bien	Muchas veces me cuesta	
Cómo duerme	Duermo bien	Cantidad	48	4	52
		% del total	80.0%	6.7%	86.7%
	Muchas veces me cuesta	Cantidad	3	5	8
		% del total	5.0%	8.3%	13.3%
Total		Cantidad	51	9	60
		% del total	85.0%	15.0%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.253, significación 0.002

Ítem 17 test y retest

Se siente cansado: TEST * RETEST

			RETEST: Se siente cansado			Total
			De vez en cuando	Muchos días	Siempre cansado(a)	
Se siente cansado	De vez en cuando	Cantidad	53	3		56
		% del total	88.3%	5.0%		93.3%
	Muchos días	Cantidad		3		3
		% del total		5.0%		5.0%
	Siempre cansado(a)	Cantidad			1	1
		% del total			1.7%	1.7%
Total		Cantidad	53	6	1	60
		% del total	88.3%	10.0%	1.7%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.182, significación 0.000

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Se siente cansado - Se siente cansado	Rangos negativos	0 ^a	.00	.00
	Rangos positivos	3 ^b	2.00	6.00
	Empates	57 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 1.000

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Ítem 18 test y retest

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Cómo en su apetito - Cómo es su apetito	Rangos negativos	2 ^a	2.25	4.50
	Rangos positivos	1 ^b	1.50	1.50
	Empates	57 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 0.752

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Cómo es su apetito: TEST * RETEST

			RETEST: Cómo en su apetito			Total
			Como muy bien	Muchas veces no	La mayoría no	
Cómo es su apetito	Como muy bien	Cantidad	54	1		55
		% del total	90.0%	1.7%		91.7%
	Muchas veces no	Cantidad	1	2		3
		% del total	1.7%	3.3%		5.0%
	La mayoría no	Cantidad	1		1	2
		% del total	1.7%		1.7%	3.3%
Total		Cantidad	56	3	1	60
		% del total	93.3%	5.0%	1.7%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.135, significación 0.000

Ítem 19 test y retest

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Le preocupan el dolor y la enfermedad	Rangos negativos	11 ^a	13.91	153.00
- Le preocupan el dolor y la enfermedad	Rangos positivos	20 ^b	17.15	343.00
	Empates	29 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 0.053

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Le preocupan el dolor y la enfermedad: TEST * RETEST

			RETEST: Le preocupan el dolor y la enfermedad			Total
			No me preocupan	Muchas veces me preocupan	Siempre me preocupan	
Le preocupan el dolor y la enfermedad	No me preocupan	Cantidad	11	12	6	29
		% del total	18.3%	20.0%	10.0%	48.3%
	Muchas veces me preocupan	Cantidad	4	18	2	24
		% del total	6.7%	30.0%	3.3%	40.0%
	Siempre me preocupan	Cantidad	1	6		7
		% del total	1.7%	10.0%		11.7%
Total		Cantidad	16	36	8	60
		% del total	26.7%	60.0%	13.3%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.057, significación 0.585

Ítem 20 test y retest

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: En qué medida siente soledad - En qué medida siente soledad	Rangos negativos	18 ^a	9.50	171.00
	Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
	Empates	42 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 0.000

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

En qué medida siente soledad : TEST * RETEST

			RETEST: En qué medida siente soledad		Total
			Nunca me siento solo(a)	Muchas veces lo siento	
En qué medida siente soledad	Nunca me siento solo(a)	Cantidad	32		32
		% del total	53.3%		53.3%
	Muchas veces lo siento	Cantidad	15	10	25
		% del total	25.0%	16.7%	41.7%
	Siempre me siento solo(a)	Cantidad	2	1	3
		% del total	3.3%	1.7%	5.0%
Total		Cantidad	49	11	60
		% del total	81.7%	18.3%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.386, significación 0.000

Ítem 21 test y retest

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Puede divertirse en la escuela - Puede divertirse en la escuela	Rangos negativos	2 ^a	4.50	9.00
	Rangos positivos	6 ^b	4.50	27.00
	Empates	52 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 0.292

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Puede divertirse en la escuela: TEST * RETEST

			RETEST: Puede divertirse en la escuela			Total
			Muchas veces me divierto	Solo a veces	Nunca me divierto	
Puede divertirse en la escuela	Muchas veces me divierto	Cantidad	35	3		38
		% del total	58.3%	5.0%		63.3%
	Solo a veces	Cantidad	2	17	3	22
		% del total	3.3%	28.3%	5.0%	36.7%
Total		Cantidad	37	20	3	60
		% del total	61.7%	33.3%	5.0%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.781, significación 0.000

Ítem 22 test y retest

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Tenencia de amigos - Tenencia de amigos	Rangos negativos	6 ^a	6.50	39.00
	Rangos positivos	6 ^b	6.50	39.00
	Empates	48 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 1.000

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Tenencia de amigos: TEST * RETEST

			RETEST: Tenencia de amigos			Total
			Tengo muchos amigos	Tengo algunos	No tengo amigos	
Tenencia de amigos	Tengo muchos amigos	Cantidad	25	4		29
		% del total	41.7%	6.7%		48.3%
	Tengo algunos	Cantidad	6	23	2	31
		% del total	10.0%	38.3%	3.3%	51.7%
Total		Cantidad	31	27	2	60
		% del total	51.7%	45.0%	3.3%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.677, significación 0.000

Ítem 23 test y retest

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Cómo es su trabajo en la escuela -	Rangos negativos	14 ^a	8.71	122.00
Cómo es su trabajo en la escuela	Rangos positivos	2 ^b	7.00	14.00
	Empates	44 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 0.003

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Cómo es su trabajo en la escuela: TEST * RETEST

			RETEST: Cómo es su trabajo en la escuela			Total
			Mi trabajo es bueno	No es tan bueno como antes	Me va ahora muy mal	
Cómo es su trabajo en la escuela	Mi trabajo es bueno	Cantidad	37	1		38
		% del total	61.7%	1.7%		63.3%
	No es tan bueno como antes	Cantidad	9	7	1	17
		% del total	15.0%	11.7%	1.7%	28.3%
	Me va ahora muy mal	Cantidad	3	2		5
		% del total	5.0%	3.3%		8.3%
Total		Cantidad	49	10	1	60
		% del total	81.7%	16.7%	1.7%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.293, significación 0.000

Ítem 24 test y retest

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST:	Rangos negativos	3 ^a	9.00	27.00
Comparación de su trabajo con otros niños	Rangos positivos	19 ^b	11.89	226.00
- Comparación de su trabajo con otros niños	Empates	38 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 0.001

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Comparación de su trabajo con otros niños: TEST * RETEST

			RETEST: Comparación de su trabajo con otros niños			Total
			Soy tan bueno como otros	Si quiero, puedo serlo	Nunca podré ser tan bueno	
Comparación de su trabajo con otros niños	Soy tan bueno como otros	Cantidad	28	12	5	45
		% del total	46.7%	20.0%	8.3%	75.0%
	Si quiero, puedo serlo	Cantidad	1	8	2	11
		% del total	1.7%	13.3%	3.3%	18.3%
	Nunca podré ser tan bueno	Cantidad		2	2	4
		% del total		3.3%	3.3%	6.7%
Total		Cantidad	29	22	9	60
		% del total	48.3%	36.7%	15.0%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.324, significación 0.000

Ítem 25 test y retest

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Relaciones de afecto que expresan otros hacia usted - Relaciones de afecto que expresan otros hacia usted	Rangos negativos	0 ^a	.00	.00
	Rangos positivos	2 ^b	1.50	3.00
	Empates	58 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 0.505

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Relaciones de afecto que expresan otros hacia usted: TEST * RETEST

			RETEST: Relaciones de afecto que expresan otros hacia usted		Total
			Estoy seguro(a) que me quieren	No estoy seguro(a)	
Relaciones de afecto que expresan otros hacia usted	Estoy seguro(a) que me quieren	Cantidad	58	2	60
		% del total	96.7%	3.3%	100.0%
Total		Cantidad	58	2	60
		% del total	96.7%	3.3%	100.0%

No se calculan medidas de asociación porque la medición inicial del test es constante

Ítem 26 test y retest

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Hace lo que los otros le sugieren - Hace lo que los otros le sugieren	Rangos negativos	8 ^a	9.75	78.00
	Rangos positivos	10 ^b	9.30	93.00
	Empates	42 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 0.829

a. RETEST < TEST

b. RETEST > TEST

c. RETEST = TEST

Hace lo que los otros le sugieren: TEST * RETEST

			RETEST: Hace lo que los otros le sugieren			Total
			Generalmente lo hago	Muchas veces no lo hago	Nunca hago lo que me dicen	
Hace lo que los otros le sugieren	Generalmente lo hago	Cantidad	36	8	2	46
		% del total	60.0%	13.3%	3.3%	76.7%
	Muchas veces no lo hago	Cantidad	6	5		11
		% del total	10.0%	8.3%		18.3%
	Nunca hago lo que me dicen	Cantidad	2		1	3
		% del total	3.3%		1.7%	5.0%
Total		Cantidad	44	13	3	60
		% del total	73.3%	21.7%	5.0%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.113 , significación 0.127

Ítem 27 test y retest

Rangos según el test de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
RETEST: Cómo se lleva con los que le rodean - Cómo se lleva con los que le rodean	Rangos negativos	11 ^a	7.50	82.50
	Rangos positivos	3 ^b	7.50	22.50
	Empates	46 ^c		
	Total	60		

Sig de Monte Carlo para el test de Wilcoxon sobre el cambio: 0.059

- a. RETEST < TEST
- b. RETEST > TEST
- c. RETEST = TEST

Cómo se lleva con los que le rodean: TEST * RETEST

			RETEST: Cómo se lleva con los que le rodean			Total
			Me llevo bien	Muchas veces me peleo	Siempre me peleo	
Cómo se lleva con los que le rodean	Me llevo bien	Cantidad	39	3		42
		% del total	65.0%	5.0%		70.0%
	Muchas veces me peleo	Cantidad	11	6		17
		% del total	18.3%	10.0%		28.3%
	Siempre me peleo	Cantidad			1	1
		% del total			1.7%	1.7%
Total		Cantidad	50	9	1	60
		% del total	83.3%	15.0%	1.7%	100.0%

Tau-c de Kendall: 0.217 , significación 0.001