

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales



Estudio exploratorio del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) en una muestra urbana de niños guatemaltecos entre 7-12 años en etapa escolar.

Trabajo de graduación en modalidad de tesis presentado por  
María Gabriela Andrade Paniagua  
para optar al grado académico de Licenciada en Psicología

Guatemala  
2018



Estudio exploratorio del Cuestionario de Depresión Infantil  
(CDI) en una muestra urbana de niños guatemaltecos entre 7-12  
años en etapa escolar.

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA  
Faculta de Ciencias Sociales



Estudio exploratorio del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) en una muestra  
urbana de niños guatemaltecos entre 7-12 años en etapa escolar.

Trabajo de graduación presentado por  
María Gabriela Andrade Paniagua  
para optar al grado académico de Licenciada en Psicología

Guatemala  
2018

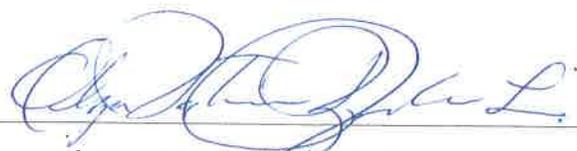
Vo. BO.:

(f)   
PhD. Claudia García de la Cadena

Tribunal Examinador:

(f)   
PhD. Claudia García de la Cadena

(f)   
PhD. Pablo Barrientos

(f)   
MSc. Patricia Rodas de Ruiz

Fecha de aprobación: Guatemala 23 de noviembre de 2018

## AGRADECIMIENTOS

Esta investigación es el resultado de un periodo de tiempo en el cual todos estos años fueron experiencia enriquecedora para mi formación profesional y personal como estudiante de la Licenciatura en Psicología de la Universidad del Valle de Guatemala

En especial quiero agradecer a:

- A Dios por permitirme llegar a este momento muy importante en mi vida y por siempre guiar mi camino.
- A mis padres, por su apoyo y amor incondicional durante todos los años de mi carrera y por haberme proporcionado la mejor educación.
- A mis hermanos Luis Fernando y María Alejandra por su apoyo durante todo este tiempo.
- A Javier Mejicano por su comprensión, amor incondicional y por siempre estar a mi lado.
- A mi abuelita por motivarme a seguir adelante con una actitud positiva.
- A mis catedráticos, los cuales me enseñaron y aportaron de gran manera a mi formación profesional y en especial a la Dra. Claudia García de la Cadena por su apoyo en este trabajo de investigación y por todas las enseñanzas y experiencias a lo largo de la carrera ya que sin su ayuda no hubiera sido posible realizar este estudio.
- A la MSc. María José Castillo Noguera por su colaboración en este estudio.
- A mis amigas con los que compartí momentos inolvidables en los años de carrera.

# CONTENIDO

	Página
Lista de gráficas.....	vii
Lista de tablas.....	viii
Resumen.....	ix
I. Introducción.....	1
II. Marco teórico.....	3
A. Antecedentes conceptuales.....	3
1. Ciclo de vida durante la infancia.....	3
2. Etapa escolar.....	3
3. Aspectos psicológicos.....	4
a. Trastorno de ánimo-depresión.....	5
b. Depresión infantil.....	6
4. Cuestionario de Depresión Infantil.....	10
B. Antecedentes contextuales.....	13
1. Estudios a nivel internacional del cuestionario de depresión Infantil.....	13
2. Estudios a nivel nacional sobre la depresión en etapa escolar.....	16
III. Metodología.....	20
A. Objetivos.....	20
B. Hipótesis.....	21
C. Pregunta de investigación.....	21
D. Diseño de investigación.....	21
E. Variables de investigación.....	21
F. Descripción de participantes.....	22
1. Criterio de inclusión.....	22
2. Criterio de exclusión.....	23
G. Análisis estadístico.....	23
H. Instrumentos.....	23
I. Procedimiento.....	24
J. Consideraciones éticas.....	25
IV. Resultados.....	26
V. Discusión.....	39
VI. Conclusiones.....	45
VII. Recomendaciones.....	47
VIII. Bibliografía.....	48
IX. Anexos.....	53

## LISTA DE GRÁFICAS

	Página
1. Muestra de la curva de sedimentación, con factores significantes a partir del método de componentes principales.....	34

## LISTA DE TABLAS

	Página
1. Definición conceptual y operativa de las variables de investigación.....	22
2. Descripción de la muestra por edad, sexo y tipo de institución.....	26
3. Punto de corte según el total del CDI en los participantes.....	27
4. Ingresos aproximados de los tutores de los participantes.....	27
5. Descripción de los tutores principales.....	28
6. Descripción de los tutores secundarios.....	30
7. Análisis de confiabilidad del Cuestionario de Depresión Infantil.....	31
8. Estadístico total- elemento.....	32
9. Prueba de normalidad de los datos.....	32
10. Descriptivos entre sexos de acuerdo a su total en el CDI. Utilizando la prueba de Mann Whitney.....	32
11. Descriptivos para la diferencia de instituciones y la puntuación del CDI. Utilizando la prueba de Mann Whitney.....	33
12. Descriptivos para la diferencia de edades en la puntuación total del CDI. Utilizando Kruskal Wallis.....	33
13. Análisis factorial Keiser-Meyer-Olkin y el test de Esfericidad de Barlett.....	34
14. Varianza total explicada.....	35
15. Matriz de factores extraídos o cargas factoriales.....	36
16. Características de los factores principales y su consistencia interna según cada Ítem.....	37

## RESUMEN

En los últimos años la depresión infantil es una condición difícil de identificar, porque pasa desapercibida y porque en la práctica clínica, los profesionales minimizan y priorizan otros factores, de tal forma que el uso de instrumentos para detectar objetivamente síntomas depresivos y ansiosos es de gran relevancia tanto en el ámbito clínico como en el educativo. El presente trabajo tuvo como propósito comprobar si el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) es eficaz y útil para detectar depresión en niños guatemaltecos en etapa escolar. La metodología utilizada fue un diseño retrospectivo ya que los datos fueron obtenidos de un proyecto de baremación que se llevó a cabo en el año 2016 y mediados del 2017. La muestra que se analizó estuvo conformada por 173 alumnos de ambos sexos con edades entre 7 y 12 años de dos instituciones educativas de la ciudad de Guatemala.

Se revisaron los expedientes de los participantes en el estudio de baremación y se obtuvieron los cuestionarios del CDI donde se ingresaron los datos de cada ítem del cuestionario. Para obtener las propiedades psicométricas de dicho instrumento y evaluar su adecuación y confiabilidad en la muestra estudiada, se realizó una prueba de confiabilidad obteniendo un valor de 0.73; indicando una confiabilidad adecuada para el estudio realizado.

Se realizaron diferentes análisis de medias tomando como medidas el total de CDI, sexo, edad y punto de corte del CDI, con el fin de establecer diferencias significativas para cada condición. Se encontró que no existen diferencias significativas en cuanto a sexo. Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio por medio del método componentes principales, para establecer los factores que predominaban en el instrumento. Lo que permitió concluir que, para la población guatemalteca estudiada, el CDI se compone de seis factores significativos que explican una cuarta parte de la varianza total, asignando las siguientes categorías: autoconsciencia, contexto social, desvalorización propia, autoeficacia/control percibido, preocupación y fatiga y negativismo.

## I. INTRODUCCIÓN

Hoy en día, la depresión infantil es un factor que pasa desapercibido por los padres de familia o cuidadores primarios. Los casos sobre depresión infantil han ido en aumento y se ha considerado que llegará a convertirse en la alteración psíquica más prevalente de los próximos años. En la etapa infantil, los niños no saben cómo expresar lo que sienten en cuanto a sus sentimientos o pensamientos. La depresión, según la *American Psychiatric Association* (2014:103), es un trastorno destructivo del estado de ánimo, asociados con episodios de cólera grave y recurrente. Estos se manifiestan verbalmente como rabietas y/o en el comportamiento como agresiones a personas o a cosas. La intensidad o duración es desproporcionada a la situación o provocación. Los eventos pueden aparecer tres o más veces por semana, durante 12 o más meses.

Los episodios de cólera o rabietas en muchos casos no son considerados de importancia para los padres por diferentes razones, entre la que se destaca que desconocen estos síntomas y consideran que solo los adolescentes o adultos pueden manifestar depresión. Es frecuente que sea confundido con problemas conductuales o situacionales. En algunos casos, los padres aún con conocimiento de la depresión tienden a minimizar los síntomas. Sin embargo, diferentes estudios mencionan una alta prevalencia de depresión en niños en etapa escolar. La depresión infantil, es un trastorno que no solo afecta la parte emocional, sino que perjudica a nivel social-familiar, cognitivo y físico. Por ese motivo es necesario indagar acerca de la presencia de síntomas ya que existen diversas causas, algunas de ellas pueden ser por abuso físico y/o psicológico, problemas familiares, enfermedades crónicas, falta de adaptación, nivel socioeconómico, desnutrición o trastornos relacionados a la alimentación, disfunción en sus habilidades sociales, bajo rendimiento escolar e insomnio entre otras.

Existen varios estudios a nivel mundial para detectar depresión infantil con diferentes instrumentos estandarizados; sin embargo, Guatemala no cuenta con pruebas baremadas para identificar este trastorno. Por lo tanto, es de suma importancia detectar esta condición y no dejar que perjudique el desarrollo del niño. Debido a la importancia que representa la detección de la depresión infantil, a temprana edad, se decidió realizar este trabajo de investigación, el cual tiene como objetivo demostrar si el instrumento

*Cuestionario de Depresión Infantil* (CDI) es confiable y sensible para la población guatemalteca en etapa escolar.

En el primer capítulo de este trabajo, se encuentran la teoría que respalda esta investigación. En el primer apartado, se encuentran antecedentes conceptuales que abarcan temas del ciclo vital durante la infancia. Se habla acerca de la etapa escolar ya que soy niños que asisten a instituciones educativas. Se explica la importancia de los aspectos psicológicos, especialmente la depresión infantil. Por último, se mencionan datos importantes del Cuestionario de Depresión Infantil. En el segundo apartado se basa en los antecedentes contextuales haciendo énfasis a estudios realizados a nivel internacional utilizando el Cuestionario de Depresión Infantil, demostrando así su variedad de uso en diversas partes del mundo. Por último, se basa en estudios realizados en Guatemala con relación a la depresión infantil en la etapa escolar. En segundo capítulo menciona la metodología utilizada durante el estudio. En el tercer y cuarto capítulo se encuentran los resultados y su discusión. En el quinto capítulo se describen las conclusiones del estudio. Por último, en el capítulo seis mencionan las recomendaciones para futuras investigaciones.

## II. MARCO TEÓRICO

### A. Antecedentes conceptuales

#### 1. Ciclo de vida durante la infancia

El ciclo de vida, consiste en la sucesión de cambios físicos y psicológicos que se relacionan con el crecimiento y desarrollo en distintas etapas de la vida. El desarrollo nunca es igual en los niños. Cada ciclo de vida es distinto e irrepetible, sin embargo, está moldeado por la sociedad en la cual se sitúa el niño. En las primeras etapas el niño no se encuentra solo, sino que está acompañado por quienes lo rodean.

De todas las etapas del ciclo de vida es la infancia el período de mayor importancia de los procesos del desarrollo. Los cambios de mayor intensidad como: razonamiento, crecimiento, habilidades, identidad, personalidad, autoestima se dan en la primera etapa. Aunque el desarrollo transcurre durante toda la vida, lo que ocurre en los primeros años de vida tiene una importancia trascendental para un crecimiento emocional sano. Un factor que impacta el crecimiento en todo momento es el contexto donde se sitúa el niño (Hidalgo, Sánchez y Lorence, 2008: 86). Durante esta etapa los cuidadores y adultos son los responsables del cuidado de niño y se convierten en el principal agente de socialización. Hoy en día la necesidad de estudios que involucran esta etapa tiene un interés especial por los derechos fundamentales de la infancia ya que además permite determinar en qué medida los menores están siendo formados por los cuidadores. En conclusión, el desarrollo de cada niño tiene una trayectoria individual que en los primeros años son moldeados por sus padres o cuidadores para que puedan adaptarse a la sociedad y puedan desarrollar sus habilidades.

#### 2. Etapa escolar

En la etapa escolar el niño abre su campo social y empieza a conocer el mundo. En los primeros años de la etapa escolar es donde los educadores se centran en la regulación conductual/emocional y se les enseña a tener autocontrol de ellos mismos, así como entender las emociones propias y de los demás. En el contexto social las expresiones emocionales se adecuan a los comportamientos y a las interacciones sociales. Por lo tanto, resulta importante esta etapa escolar ya que es la vía a través de la cual son capaces de transmitir sus necesidades. Las adquisiciones y transformaciones no ocurren de modo lineal, ni de manera separada, sino en conjunto, es decir, la emoción y las

funciones cognitivas se estructuran en un proceso de actividad, que establece características afectivas- cognitivas en relación a la realidad social. Es importante mencionar que en la etapa escolar tanto la imaginación, la emoción como la actividad creadora actúan de forma unificada (Gordillo *et. al.*, 2015: 1849).

Tomando en cuenta la edad de los niños, se debe de hacer énfasis en la etapa evolutiva de las operaciones concretas, en la cual hacen inferencias a partir de la realidad específica, y suelen experimentar síntomas de depresión. Por ejemplo: culpa, baja autoestima, atribuciones erróneas. Los niños y los pre-adolescentes suelen limitarse a lo concreto y son incapaces de hacer abstracciones, condiciones que les impiden proyectarse hacia el futuro (Herrera *et. al.*, 2009: 160).

Por último, en la medida en que se tome en cuenta aspectos del desarrollo emocional infantil, donde se incluyan características biológicas, históricas y sociales e incluso culturales, surgidas de las relaciones entre el niño y las personas (amigos, familiares, padres y cuidadores), de forma que la emoción está influida por aspectos internos (biológicos) y aspectos externos, (originados en las relaciones sociales inmediatas). En la actualidad se generalizan las prácticas que involucran el diagnóstico de trastornos emocionales y de conducta en niños que están en la etapa escolar. Algunos de estos trastornos pueden ser confundidos con ansiedad, hiperactividad, déficit de atención, duelo, dificultades del aprendizaje, enuresis, entre otros (Da Silva y Tuleski, 2014: 28).

### 3. Aspectos psicológicos

Aunque el desarrollo tiene una manifestación individual, durante la infancia se evidencian cambios normativos en la mayoría de niños en etapa escolar como los cambios físicos, sociales, emocionales y a nivel cognitivo. El niño es el centro de su propio universo y se empieza a evidenciar su personalidad a través de sus intereses y su conducta.

En el desarrollo cognitivo de la infancia, el niño se relaciona con el mundo a través de los sentidos y la acción. El niño, aprende a comprender y razonar los estados de ánimo de los demás. En ese aspecto tiene relaciones cercanas propiciando con ello el desarrollo emocional o afectivo, así como el desarrollo social y biológico, por lo que

estos aspectos se encuentran involucrados en la madurez de los niños. Dentro del desarrollo físico, el control muscular es importante y se refleja en sus habilidades motoras, un aspecto notorio es el incremento del peso y la talla especialmente en niños de 6 y 12 años; lo que corresponde al desarrollo socio- emocional o afectivo, las emociones en los niños surgen de manera progresiva a medida que van creciendo, con el tiempo van tomando consciencia sobre sus emociones y las de los demás. La regulación emocional es fundamental para el funcionamiento de la vida futura. El desarrollo emocional se genera en el sistema límbico que controla las emociones, junto con los sistemas ejecutivos, todas estas áreas cerebrales se encuentran en desarrollo en los escolares y continuaran desarrollándose hasta la juventud. La identificación de las emociones a través de la expresión facial se va desarrollando gracias a las relaciones personales que el niño vaya haciendo. Sin embargo, es indispensable mencionar que la mayoría de niños se les dificulta expresar de manera adecuada sus emociones y no logran transmitir su estado de ánimo, esta incapacidad entre expresar lo que se siente y decirlo puede en muchos casos generar depresión (Innatia, 2018).

a. Trastorno de ánimo- depresión

El trastorno de ánimo se define como la falta de control sobre el estado de ánimo y se experimenta malestar en general. Todos los trastornos de ánimo reflejan un desequilibrio emocional (Zúñiga *et. al.*, 2005: 3). El estado anímico puede ser dividido en dos partes: los trastornos bipolares y trastornos depresivos que constan de dos polos; el elevado o depresivo que se caracteriza por la disforia. La disforia son sentimientos de infelicidad o malestar ante las circunstancias. En los niños y adolescentes la disforia se puede representar mediante irritaciones y períodos de infelicidad, los cuales pueden durar un año o más. La distimia es una condición caracterizada por cambios en el estado de ánimo que no alcanza un nivel intenso de depresión. El otro polo está caracterizado por lo opuesto que es euforia; que son sentimientos extraordinarios de una felicidad y bienestar irreal. La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y el organismo; las personas que manifiestan este trastorno tienden a sentirse inútiles, poca esperanza en el futuro que perjudica la funcionalidad de la persona, por lo que se dice que factores biológicos, psicosociales como la tensión al medio ambiente pueden ocasionar depresión. Como por ejemplo la pérdida de un ser querido o las malas relaciones en familia (Kaiffman, 20Pa05: 394).

La depresión, según la *American Psychiatric Association* (2014:103), es un trastorno destructivo del estado de ánimo, asociados con episodios de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente como rabietas y/o en el comportamiento como agresiones a personas o a cosas cuya intensidad o duración es desproporcionada a la situación o provocación, estos eventos pueden aparecer tres o más veces por semana durante 12 o más meses. Según Pacheco y Chaskel (2016: 30), la depresión se define como trastorno de ánimo y según la Organización Mundial de la Salud (OPS) pronostica que será el segundo lugar entre los trastornos mentales y físicos.

Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, 450 millones de personas en el mundo desarrollan un trastorno mental o de conducta. Alrededor de 1 millón de personas se suicidan, siendo una de las causas principales la depresión. De acuerdo a OPS-OMS en Guatemala existen 40 establecimientos de salud mental ambulatorios, de los que brindan atención a 363 personas por cada 100,000 habitantes de la población general, el 58% de las personas atendidas son de sexo femenino y el 14% son niños y adolescentes (Zúñiga *et. al.*, 2011: 19).

En Guatemala se realizó un estudio epidemiológico con prevalencia de los trastornos mentales en el año 2009. Participaron 1,452 personas de ambos sexos entre 18 y 65 años. Los resultados muestran que el 27.8% de la población había padecido al menos un trastorno mental en la vida (Zúñiga *et. al.*, 2011: 24-33).

La OMS indicó que, en el 2015, la prevalencia a nivel mundial de depresión se encontraba en 4.4% siendo más frecuente en mujeres, en Guatemala la prevalencia es de 3.7% con un trastorno depresivo, del año 2008 al 2015, hubo un incremento del 40% en los casos de trastornos mentales. En el año 2016 como parte de una investigación realizada en la Universidad de San Carlos de Guatemala, se registró que 31 personas intentaron suicidarse y el 38.7% de la población tenía entre 14 y 18 años y todos presentaban cierto grado de depresión (Chó, *et. al.*, 2017: 1-6).

#### b. Depresión infantil

La depresión infantil siempre ha existido; sin embargo, existen pocos estudios e investigaciones. Esto se debe a que no se conocía la existencia de una emoción compleja como la depresión sin alcanzar un desarrollo cognitivo estable a los 12 años. Hasta la

década de los setenta del siglo XX, los científicos aceptaron su existencia y hoy se sabe que los niños experimentan emociones desde antes y durante el nacimiento (Fernández, 2015: 268). Los niños entre los 6 y 9 meses son capaces de percibir las emociones de otras personas y entre los 3 y 4 años los niños tienen autopercepción de emociones desarrolladas. Es así como la depresión puede aparecer a tempranas edades (Comer y Kendall, 2005: 12). Muchas personas tienden a ignorar la depresión infantil ya que suelen pensar que los niños no se deprimen o que la depresión infantil es una enfermedad poco frecuente (Davanzo *et. al.*, 2004: 76).

El desarrollo y estudio de la depresión en los niños inició a mediados de los años 70's durante 1975 y 1980 estudiado los diferentes criterios diagnósticos, así como instrumentos de evaluación. En los años ochenta continuaron varias investigaciones con el uso de instrumentos, pero también se enfocaron en la relación con aspectos familiares. Durante los años noventa, los estudios primero se centraron en investigar sobre los factores de riesgo y tratamiento psicofarmacológico. Luego en los aspectos psicosociales relacionados con la depresión infantil y su relación con la ansiedad y problemas de atención. En 1995, se caracterizó por los estudios sobre el consumo de drogas y la regulación emocional (del Barrio, 2001: 76). La depresión es una enfermedad mental, cada vez más frecuente en las sociedades desarrolladas, que afecta a personas de todas las edades. Se conoce que las condiciones psicosociales incrementan la vulnerabilidad a desarrollar depresión (Soto, Gómez y Pastrana, 2009: 134).

La depresión infantil está constituida por varios síntomas donde predominan los de tipo afectivo- emocional, sin embargo, también se encuentran de tipo cognitivo, sociales y físicos que pueden afectar el pasado, presente y futuro del niño. (Sánchez, Méndez, Garber, 2014: 73). Según Figueras *et. al.* (2010: 991), cuando se evidencia la depresión infantil hay que tener en cuenta las características propias de los niños. Algunos de los síntomas en niños y adolescentes con depresión son niveles altos de ansiedad, llorones e irritables, exigentes, pérdida de peso, cambios en el índice de desarrollo, deficiencias en sus habilidades sociales, disminución en su rendimiento escolar, suelen aislarse, sufren de insomnio, pueden contraer ciertas enfermedades, distimia, fatiga y pérdida de energía, retraso motor o rigidez facial, disminución en la habilidad para pensar o concentrarse, indecisión, ideas suicidas y pensamientos

recurrentes acerca de la muerte. Estos síntomas suelen presentarse en diferentes episodios durante un tiempo estipulado. Niños y adolescentes con más de dos años con episodios de depresión tienden a tener grados de ansiedad elevados, baja autoestima y comportamientos no adecuados. La incidencia es más alta en población clínica que en la general. Niños que están en la pubertad, la prevalencia de depresión es la misma en niños que en niñas. A la edad de 15 años, las niñas tienden a tener el doble de depresión que los niños y esta comparación permanece por los siguientes 35 y 40 años (Kauffman, 2005: 394). La presencia de características de baja autoestima afecta el área cognitiva desarrollando una visión pesimista del mundo y una desvalorización de ellos mismos (Herrera *et. al.*, 2009: 161).

Las bases teóricas de la depresión infantil varían en cuanto a su objetivo. Los psicólogos con enfoque psicodinámico encontraron que la depresión infantil se desarrolla ante la pérdida o separación de la madre. Una de sus características principales es que el ámbito familiar y parentalidad está deteriorado. Los conductistas pensaron que la depresión infantil era producto de la ausencia de refuerzos adecuados por los padres, por la acumulación de experiencias negativas donde ha sido expuesto el niño o por deficiencia de habilidades sociales. Los cognoscitivos sostuvieron que la depresión tuvo su origen en un desajuste de juicio acerca del mundo y de la persona en donde los aspectos negativos superan a los positivos. Se presenta ausencia de control, atribuciones negativas e indefensión aprendida. Las personas se muestran con estado de ánimo bajo y actitudes pesimistas y en el caso de los niños esto puede ser aprendido socialmente o por las experiencias negativas que ha vivido. Hoy en día la tendencia integrativa contempla varios puntos de vista como los factores de riesgo, personales, sociales y físicos que juegan un papel importante en la depresión infantil (del Barrio, 2001: 10). Los investigadores de las diversas teorías afirman recomendar programas que incluyan objetivos terapéuticos como sustituir pensamientos automáticos, reducir estados emocionales de tristeza, ira y ansiedad, así como fortalecer las relaciones sociales (Herrera *et. al.*, 2009: 155).

Otro factor de riesgo identificado para la depresión es el contexto social, la OMS ha reportado que los niños son un grupo vulnerable ante los diferentes efectos de la violencia. Un niño que es testigo en casa de violencia, o en el barrio donde vive donde muchas veces hay violencia colectiva presencia de maras o pandillas, asaltos frecuentes,

extorsiones e incluso en las escuelas presenta mayor riesgo de desarrollar depresión. En el caso de maltrato o abuso físico, sexual o emocional incrementa el riesgo de depresión y de suicidio. Las reacciones frecuentes pueden incluir retraimiento, irritabilidad, llanto excesivo, dificultades para concentrarse en la escuela, cambios en el apetito o dormir más o menos de lo habitual, es frecuente observar en los niños más pequeños poco interés para jugar, problemas de conducta y en los niños más grandes asumir riesgos que en otro momento no lo harían (*World Health Organization*, 2010: 17).

En relación a los factores de riesgo, se encontraron los genéticos donde se ha comprobado que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad de 3 a 4 veces mayor de desarrollar trastornos de ánimo. Otro factor es el género, especialmente el femenino, en la primera mitad de la adolescencia este trastorno es 2 a 4 veces más frecuente (Figueras *et. al.*, 2010: 990). Tener una discapacidad intelectual leve o alguna condición física donde son atacados por burlas, predisponen a sentimientos de soledad y menosprecio que hace que se desarrolle la depresión. Antecedentes de abuso físico y sexual, maltrato psicológico, muerte de algún familiar o amigo también predispone a la depresión. Otro aspecto que se ha asociado con el desarrollo de la depresión, es la actividad del eje hipotálamo- hipófisis- suprarrenal, el cual podría estar influenciado por el gen 5- HTTLPR y que esta persona tiene mayor reactividad del cortisol ante el estrés psicosocial, lo que puede aumentar la susceptibilidad de tener depresión (Pacheco y Chaskel, 2016: 34). Sin embargo, entre los factores ambientales relacionados con la depresión infantil y adolescencia se encuentra el abuso sexual, el abandono, divorcio, pérdidas afectivas, muerte de una persona cercana y los desastres naturales (Sun y Wang, 2015: 2353). Otro ejemplo es la interacción familiar y los estilos de vida inadecuados en dicho contexto (Herrera *et. al.*, 2009: 154).

No podemos dejar de mencionar que, con el advenimiento de la tecnología, la exposición al material diverso, constantemente y sin regulación principalmente de los padres, condiciona para que los niños y adolescentes estén más propensos a sentimientos de aislamientos, dependencia de las redes sociales, y sean víctimas de bullying cibernético que en muchos casos genera depresión y ansiedad por la dificultad que tiene el niño y el adolescente de manejar estas situaciones (Roca, 2015:49).

Según el informe estadístico del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el año 2006, se atendieron un total de 11,069 pacientes con diagnóstico de depresión, de los cuales el 43% de las patologías tratadas. Según el Departamento de Estadística, la depresión tiende a estar entre las primeras diez causas de enfermedades tratadas de la población en el año 2006 (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, s.f).

En suma, la depresión en niños y adolescentes es una realidad que hoy en día va en aumento y puede presentar consecuencias en sus vidas. Si no se trata a tiempo, las consecuencias pueden ser déficit psicosocial, trastornos de conducta, alcoholismo, abuso de sustancias, personalidad antisocial (Herrera *et. al.*, 2009: 154). Existe un alto riesgo de abandono escolar, abuso de sustancias e intento de suicidio (Pacheco y Chaskel, 2016: 36). Para evaluar la depresión en niños y en adolescentes existen diferentes escalas e inventarios que detectan sintomatología depresiva (Miranda *et. al.*, 2016: 274).

Identificar la depresión en la infancia es necesario, sin embargo, la sociedad debe estar consciente que cuidar la salud mental en la infancia, evitará problemas y retrasos en el desarrollo y posteriores problemas de salud como enfermedades cardiacas, adicciones, diabetes y depresión en la adultez. Un aspecto fundamental de la depresión es un buen diagnóstico y una pertinente evaluación. En 1977 no existía ninguna herramienta específica para su evaluación y hoy en día son más de 25 instrumentos que evalúan y abordan esta importante área, entre ellos se encuentra el Cuestionario de Depresión infantil (CDI) (Kovacs, 2011: 5; Sun y Wang, 2015: 2352).

#### 4. Cuestionario de depresión infantil

Uno de los primeros instrumentos que apareció fue el *Children's Depression Inventory* (CDI) en 1977, el cual fue desarrollado, validado y estandarizado por Kovacs, con el fin de realizar un instrumento para la identificación de síntomas depresivos en niños y adolescentes entre los 7 y 17 años en una muestra de estudiantes de escuelas públicas de Estados Unidos (del Barrio *et. al.*, 2002: 264). Desde ese entonces la aparición de cuestionarios y escalas no ha disminuido y la perspectiva ha cambiado. Según Kovacs (2011: 6), el CDI trata de confeccionar un cuestionario para niños desde el punto de vista de la teoría de Beck y basado en el *Beck Depression Inventory* (BDI).

Con los años, el CDI corrobora que se trata de uno de los instrumentos más utilizados y mejor aceptados por todos los expertos en depresión infantil. Los resultados son satisfactorios en cuanto a los criterios de confiabilidad y validez (Miranda *et. al.*, 2016: 274).

El CDI se ha traducido a varios idiomas los cuales han sido revisados por expertos y sometidos a pruebas piloto para analizar el comportamiento del instrumento, así como la comprensión de los niños y la verificación de cualquier tipo de problema. Con el tiempo el CDI ha tenido varias versiones donde poco a poco han incluido ítems referidos al entorno escolar, a la relación con los compañeros, rendimiento y culpabilidad. Sin embargo, conserva la misma estructura desde un inicio en 1977, con pocos cambios (del Barrio, 2002: 264). La última versión del CDI mantiene un formato parecido al del BDI, pero con 27 ítems enunciados de forma gradual. La mayoría de los ítems añadidos tienen que ver con el trabajo escolar y los problemas de conducta. Cada ítem contiene tres frases con distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente. Las preguntas se califican de 0 a 2. El punto de corte sugerido es de 19 puntos, su máxima puntuación es de 54 puntos. Con un corte punto de corte de 19, en varias investigaciones aparece un porcentaje de deprimidos del 10%. Los datos que se obtienen de los resultados del cuestionario brindan un conocimiento sobre el nivel de depresión total del evaluado y sobre las escalas que la constituyen: disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, entre otros.) y autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, entre otros) (Kovacs, 2011: 6-22).

El CDI puede aplicarse a la población en general. Sirve para realizar un rastreo en niños con depresión, como una etapa inicial de diagnóstico (Giannakopoulos *et. al.*, 2009: 486). El cuestionario puede ser contestado directamente por los participantes, como auto informe, o pueden contestarlo adultos de referencia los padres, maestros o cuidadores primarios. La prueba puede ser aplicada individual o colectiva. En población clínica y niños menores de 7 y 8 años se aplica de forma individual y cuando se trata de rastreo es más efectiva la aplicación colectiva. En los casos individuales debe tenerse en cuenta los principios para la evaluación clínica, considerando las normas como el entorno de la evaluación, empatía y la confidencialidad.

El CDI se mantuvo sin publicar dos décadas, ya que su primera edición comercial que fue en el año 1992 y durante todo ese tiempo se han utilizado versiones experimentales en la mayoría de investigaciones sobre la depresión infantil (Camacho, 2010: 64). El hecho de ser el primer instrumento o herramienta publicada lo convirtió en un instrumento, esencial ya que permite la comparación de datos entre distintos países y continentes (Young-Sun, Krishnan y Soo, 2012: 84). En la última versión se introdujo dos aspectos importantes. La forma abreviada de la prueba (CDI-S) con una ventaja sobre su brevedad, ya que consta de diez elementos que involucran tristeza, pesimismo, odio, no sentirse querido, aspecto social deteriorado, aspecto negativo a su imagen, soledad, auto-desprecio y es importante para casos de evaluación infantil, debido a los cambios en la atención y capacidad de concentración de un niño en comparación con un adulto o adolescente y la aparición de factores que permiten un análisis más descriptivo de la sintomatología depresiva de los participantes evaluados (del Barrio, 2002: 265). Estudios han examinado el uso del CDI y han generado el uso de componentes principales y un análisis factorial para reducir su método de evaluación mediante el CDI-S. El CDI-S tiene una correlación fuerte entre el CDI (Ahlen y Ghaderi, 2016: 1160).

Existen diferentes estudios de validación del CDI en diversos países. Miranda et al. (2016: 275) hace referencia a dos estudios donde se aplicó la versión en portugués del CDI a 287 niños entre edades de 7 y 14 años. Se determinó una estructura factorial de cinco factores explicando el 47.4% de la varianza total a través de rotación varimax y criterio de Kaiser, con una confiabilidad de 0.81. Otro estudio realizado en Brasil se realizó un análisis factorial exploratorio con una muestra de 951 niños y adolescentes de 7 y 17 años utilizando el método de componentes principales y rotación varimax. Se determinaron tres factores que explican el 31.89% de la varianza total y una confiabilidad de 0.85. Según García, Aluja y del Barrio (2008: 9) se determinó que los modelos de cinco y seis factores son más adecuados que los de uno o dos factores en muestra de niños y adolescentes. Otros estudios han determinado una consistencia interna entre 0.71 y 0.83. Estos estudios refuerzan la validez de la prueba CDI y su utilidad para evaluar los síntomas de depresión.

En México en el año 2016 se realizó un estudio descriptivo y analítico de tipo transversal para validar por constructo el instrumento realizando un análisis factorial

exploratorio donde mostró una confiabilidad adecuada (alfa de Cronbach de 0.82) y una normalización de Keiser-Meyer- Olkin adecuada para realizar el análisis factorial (KMO de 0.856). Los resultados mostraron cuatro factores significativos con una varianza total de 35.92%. El primer componente autopercepción, formado por siete ítems cuyo componente es el de mayor peso, el segundo se caracterizó como ánimo negativo formado por nueve ítems, el tercero ineffectividad conformado por cuatro ítems y el cuarto como integración social formado por seis ítems. Los resultados evidencian que es un instrumento con propiedades psicométricas aceptables para ser utilizado en el estado de Sonora (Miranda *et. al.*, 2016: 277- 280).

## B. Antecedentes contextuales

Actualmente el tema de la niñez es un tema que preocupa a la sociedad en general especialmente cuando se habla de patologías como la depresión. En varios países algunas investigaciones demuestran que la depresión infantil ha incrementado en los últimos años. A lo largo del tiempo, se evidencian estudios a nivel latinoamericano con relación a la depresión infantil utilizando el CDI y otras pruebas complementarias. Sin embargo, en Guatemala no se encontraron estudios con relación al CDI, pero sí se han realizado estudios que evalúan la depresión infantil utilizando otros instrumentos. A continuación, se describen estudios tanto a nivel latinoamericano como a nivel nacional que han estudiado la depresión infantil y los componentes que la relacionan.

### 1. Estudios a nivel internacional del Cuestionario de Depresión Infantil

El uso del CDI es diversos tanto en el ámbito clínico como en el área de investigación. A continuación, se describe algunos trabajos realizado con el instrumento.

En México se han realizado estudios sobre la depresión y el suicidio, Chávez *et. al.* (2017: 507-508), menciona que la depresión suele presentarse en conjunto con otros desórdenes emocionales por lo que realizaron un estudio en el interior de México en el que participaron 217 niños entre edades de 9 a 13 años de escuelas de nivel básico donde se aplicó el CDI y el Cuestionario de Auto-concepto general. Los resultados de este estudio indican que el 88.5% de los participantes no presentaron alguna sintomatología, mientras que el 11.4% tuvo cierto grado de depresión. Los niños que presentaron sintomatología depresiva el 48% eran hombres mientras que el 52% eran

mujeres. En cuanto a los ítems el 17.1% refirieron presentar de manera frecuente sentimientos de tristeza y el 44.8% de los niños refirieron no estar seguros si las cosas saldrán bien, por último, el 17.2% percibe que gran parte de lo que realizan están mal, todas estas características se asociaron a depresión. Los investigadores concluyen que existe correlación significativa entre niños y niñas que se describen de manera negativa.

Por otra parte, otro estudio realizado en Chile, se evaluó la existencia de diferencias de género en preadolescentes sobre sus problemas emocionales. En esta etapa los niños suelen tener varios cambios notables a nivel emocional. Se utilizó una muestra de 133 niños de ambos géneros en seis escuelas de alta vulnerabilidad social en la Comunidad de Concepción. Los problemas emocionales se evaluaron mediante varios instrumentos y uno de ellos fue el CDI. Este estudio indica que los problemas emocionales son más frecuentes en las personas que viven en condiciones de adversidad familiar. Por otro lado, encontraron que las niñas expuestas a condiciones de adversidad familiar incrementan significativamente más que los niños expuestos a condiciones similares, lo que indica que existen una mayor vulnerabilidad de las niñas a expresar síntomas emocionales en condiciones familiares negativas y experimentan más síntomas depresivos y ansiosos. Esto coincide con los diversos autores que mencionan que en las últimas etapas de la niñez las niñas desarrollan más vulnerabilidad y reacciones a los eventos estresantes asociados con estados afectivos negativos (Cova, Maganto y Melipillán, 2005: 230).

Según Quiceno y Vinaccia (2014: 156-164), desde los años noventa, la psicología ha mostrado mayor interés por las psicopatologías de las personas. Estas se analizaban, se estudiaban y se intervenían a nivel clínico, trabajando en las cogniciones, emociones y comportamientos adecuados y disfuncionales de las personas, lo cual hoy en día se sigue haciendo. Dentro de los cambios psicopatológicos la ansiedad y depresión son de las que más predominan hoy en día. Se realizó un estudio en Bogotá, Colombia donde participaron 686 adolescentes de colegios privados de estratos bajo, medio y alto con el fin de analizar las diferencias en fortalezas personales, depresión, estrés diario y calidad de vida infantil según el sexo y el estrato socio-económico. Se aplicaron varias pruebas psicométricas y dentro de ellas el CDI donde no se evidenciaron niveles significativos de depresión entre hombres y mujeres y el estrato socioeconómico bajo en las variables depresión, calidad de vida infantil que abarca el bienestar físico,

bienestar psicológico, estado de ánimo, autonomía y relación con padres, vida familiar y recursos económicos.

Hoy en día la depresión infantil es paralela a la del adulto, pero el tipo específico de comportamiento que tenga la persona depresiva lo va a determinar la edad. Tanto los adultos como los niños depresivos pierden intereses en sus actividades productivas. Los adultos pierden interés con relación a su trabajo incluso matrimonio, mientras que los niños llegan a tener problemas académicos, conductas inapropiadas como agresión, delincuencia y problemas sociales (Kauffman, 2005: 303-305). Uno de las consecuencias de la depresión infantil es el suicidio, se dice que el 63% de los niños que intentan el suicidio son los niños deprimidos.

Otro estudio realizado en Neiva, Colombia tuvo como objetivo identificar la prevalencia de la sintomatología de la depresión y las características sociodemográficas de niños entre los 8 y 11 años. En la investigación participaron 1832 sujetos donde se utilizó el CDI versión adaptada a la población española como instrumento para la medición de la depresión. Los resultados mostraron una prevalencia del 17.09%, siendo la cifra más alta en Colombia con mayor número de casos. A nivel sociodemográfico se determinaron varios conflictos que presentan las familias los cuales causan una depresión en los niños. El conflicto más frecuente es el económico (41%) la mayoría de niños con síntomas de depresión pertenecen a estratos socioeconómicos bajos. La investigación reportó que el 46% de las familias de los niños con síntomas de depresión viven con menos de un salario mínimo y el 48% reciben entre uno y dos salarios. Otro de los conflictos es el de pareja (39%), conflictos familiares (12%) y laborales (9%) (Herrera *et. al.*, 2009: 154-159).

Se realizó otro estudio en Colombia, Barranquilla, el cual tenía como objetivo describir la prevalencia de sintomatología de depresión Infantil en niños y niñas. Su muestra estuvo constituida por 178 estudiantes de 4 a 6 grado, 86 niñas y 92 niños participaron en el estudio Como instrumento se utilizó el CDI. Los resultados mostraron que un 15.73% de depresión infantil, lo que equivale a 28 niños.

En relación a la prevalencia de la depresión según el género, reportes de la literatura en países de América del Norte, Alemania y en España ha encontrado que las niñas

tienden a mostrar puntuaciones más altas que los niños. Al comparar la prevalencia por género, los resultados no fueron tan significativos lo que indica que dicho fenómeno afecta a ambos sexos, sin embargo, indicaron que las niñas obtuvieron un 18.6% de depresión a comparación de los niños con un 13.04%, reportando más casos entre 11 y 12 años. Por último, el factor que mayor prevaleció en la depresión fue la autoestima negativa. Otros de los resultados encontrados fueron que algunas de las perturbaciones infantiles tienen una mayor prevalencia en las clases sociales bajas, debido a que los niños con estas características tuvieron experiencias menos agradables, el apoyo social es reducido y hay menor posibilidad de resolver cierta necesidad. Del mismo modo, las influencias que tiene la clase social baja sobre la depresión infantil se incrementa en los inicios de la adolescencia (Abello *et. al.*, 2014: 192-198).

Un estudio realizado en la ciudad de Bucaramanga se utilizó la versión corta del CDI, el cual consta de 10 ítems se aplicó a 239 niños de diferentes clases socioeconómicas. Para este estudio se escogieron dos instituciones educativas, una pública y otra privada. Los resultados indicaron que el 9.2% de los participantes tenían depresión. Sin embargo, mencionan que la depresión aumenta con la edad y grado de escolaridad. El estudio menciona que uno de cada diez niños tiende a desarrollar síntomas clínicos de depresión (Mantilla *et. al.*, 2004: 165-170). Por último, se realizó un estudio aplicando la versión española del CDI a una muestra de 205 niños latinos de diferentes países de Centroamérica y Sudamérica. Los resultados mostraron que el 11.2% de los evaluados tienen riesgo de depresión. Durante el estudio, la prueba mostró una confiabilidad buena (0.85). Lo que recomienda que la versión española fue adecuada para este estudio (Davanzo *et. al.*, 2004: 85).

## 2. Estudios a nivel nacional sobre la depresión en etapa escolar.

El uso de instrumentos en la práctica clínica en Guatemala, no ha sido descrita frecuentemente sin embargo en años recientes, con el advenimiento de diferentes programas en psicología donde se recibe entrenamiento en evaluación, el uso de diferentes instrumentos que apoyen el diagnóstico y tratamiento ahora sea hace más frecuente.

En Guatemala como se mencionó anteriormente no existen muchos estudios sobre la depresión infantil. Sin embargo, en un estudio, se determinó el nivel de depresión en

los niños que son maltratados físicamente donde se aplicó la prueba *Children's Depression Scale* (Lang y Tisher) a 70 niños entre 8 y 12 años en escuelas públicas del municipio de San Lorenzo, San Marcos (Alvizures, 2012: 84). Es importante mencionar que al hablar de maltrato no se puede dejar a un lado el tema de depresión infantil, ya que puede ser una de las consecuencias que deben ser detectadas a tiempo. Los niños que están expuestos a escenas violentas en ambientes donde se desarrolla son más propensos a padecer depresión como por ejemplo en hogares inestables o presencia de violencia hace que los niños sean agresivos o consuman alguna sustancia que son factores que desencadenan en la depresión y genera conductas de auto-daño. Las cifras de maltrato infantil son preocupantes especialmente en áreas rurales. En el maltrato infantil físico, hay aspectos emocionales que son afectados como la autoestima y confianza. Esta situación puede provocar tristeza, depresión, ansiedad, miedo, culpa, ira, agresividad y sentimientos negativos. En cuanto a las estadísticas se dice que siete de cada diez niños son víctimas de maltrato y dos de cada diez niños son víctimas de abuso sexual. Algunos de estos niños para terminar con el maltrato, terminan yéndose de casa e inician una vida en la calle y en caso extremo terminan en el suicidio.

Es importante mencionar que el suicidio lo antecede la depresión que en los mayores casos tanto los padres como el niño desconocen este fenómeno. En Guatemala, el suicidio ha ido en aumento ya que los niños no tienen una idea clara de la muerte y no la ven como algo que puede revertir, sino que viven una vida depresiva y ven la vida como un camino sin salida a sus dificultades las cuales pueden ser: violencia intrafamiliar, maltrato psicológico, abuso sexual, abuso físico, entre otros. En este estudio se concluyó que, si existen rasgos depresivos en los niños con maltrato físico, pero no son significativos en una depresión severa, sin embargo, los resultados son una señal de alarma los cuales pudieron estar afectados por la cultura, edad y contexto (Alvizures, 2012: 79- 98).

Es esencial hablar que la depresión infantil, no solo ocurre en un ambiente, sino que puede ocurrir en varios, especialmente en instituciones educativas. En un estudio donde se investigó acerca de la ansiedad infantil y el comportamiento en el aula. Se utilizó el *Cuestionario de Ansiedad Infantil* (CAI) adaptado a Guatemala y se aplicó a 92 niños entre 6 y 8 años de edad que estudian en escuelas públicas en el municipio de Cantel, Quetzaltenango. La depresión y la ansiedad son indicadores que se relacionan

uno con otro y son causas de maltrato infantil y psicológico en los niños y se evidencia en clases mediante comportamientos irregulares como poca asistencia, irresponsabilidad a las obligaciones y altos índices de fracaso escolar. En Guatemala, las escuelas públicas no cuentan con un espacio psicológico que atiende a los niños en cuanto a sus problemas emocionales o docentes que asesoran estos comportamientos inadecuados en el aula. En conclusión, se ha evidenciado que la ansiedad infantil influye en el comportamiento en el aula y las escuelas atienden a diversos niños con altos grados de ansiedad y los cuales deberían ser atendidos y evaluados respectivamente ya que pueden desencadenarse en una depresión (Salaníc, 2014: 9-101).

Otro elemento que no hay que olvidar es la relación con los familiares especialmente con los padres cuando los niños manifiestan tener depresión. Durante el proceso de desarrollo del niño, la relación con los padres es un factor que influye en el desarrollo de la depresión. En otro estudio, se centró en la depresión y hogares desintegrados. Participaron 60 niños entre 10 y 12 años de un estrato socioeconómico bajo de padres casados/unidos y separados/divorciados donde se utilizó el *Cuestionario de Depresión para niños* de Lang y Tisher. (CDS) en la ciudad de Guatemala. Según el estudio de Ortega (2004: 31), los niños pertenecientes a un hogar desintegrado tuvieron un puntaje más alto en comparación a niños que habitan en un hogar integrado. Esto confirma que el humor del niño es vulnerable a las influencias sociales como la familia conflictiva, abuso, negligencia y fallas académicas. El divorcio o separación es un evento estresante para muchos niños ya que la ausencia de un padre afecta al “yo” del niño (Ortega, 2004: 34). En Guatemala, el divorcio o separaciones de los padres han aumentado y eso repercute en los cambios emocionales de sus hijos. Según el estudio de Villaseñor (2016: 16), la mayoría de las parejas que se separan viven un proceso de depresión que involucra a los niños. En este caso se utilizaron varias herramientas como observaciones, entrevistas, pruebas proyectivas y una escala de ansiedad.

Otra relación importante con la depresión es cuando los niños tienen familias desintegradas. Eso provoca un vacío existencial en el niño provocándole miedos y rabias los cuales afectan su ámbito social. Se espera que a familia provea un ambiente seguro para el niño, pero en una familia monoparental no se ve este caso. Es imposible que uno solo de los padres logre cubrir todas las necesidades que el niño presente, pues

el rol de cada padre y madre es específico. En un estudio realizado en Guatemala, consistió en identificar el nivel de incidencia de la depresión infantil de los niños pertenecientes a familias de tipo monoparental, del Colegio Nuevo San Cristóbal entre 7 y 10 años. La muestra fue de 15 niños de ambos sexos pertenecientes a familias monoparentales y a su vez tiene un nivel socioeconómico medio-bajo y viven dentro de un área roja debido a la violencia que se maneja en el ambiente. Como instrumento de medición se utilizó el CDI. Los resultados mencionan que los niños que tienen familias monoparentales la depresión significativa. Sin embargo, lo que presentaron cierto grado de depresión se evidenció el impacto que causa la separación de sus padres o el no tener una familia integrada presentando bajo rendimiento escolar, irritabilidad, agresividad, expresiones descalificadoras (Ojeda, 2014: 15-38).

En resumen, la salud mental se centra en el equilibrio psicoemocional. Se dice que la depresión afecta a todo ser humano de diferentes formas ya sea de forma leve y otros de forma severa. La depresión infantil se da tanto en niñas como en niños, en todas las edades y todos los estratos socioeconómicos (Pixolá, 2012: 22).

### III. METODOLOGÍA

En este apartado se describe a detalle la metodología usada para este estudio. A menudo, los niños no siempre saben describir lo que sienten. La depresión infantil es un diagnóstico que no se detecta con rapidez en la etapa escolar, ya que se piensa en múltiples factores antes de depresión. La mayoría de niños en edad escolar, pasan desapercibidos ante la depresión ya que los cuidadores tienden a confundirlo con comportamientos oposicionales, agresividad o ignorar los síntomas. Sin embargo, la depresión puede afectar varias áreas de la persona como por ejemplo aprendizaje, el aspecto emocional, social, familiar y físico y sus causas se pueden manifestar por medio de problemas de conducta, abusos, niños con sobrepeso o ambientes violentos es por eso, que debe detectarse a temprana edad e intervenir según sea el caso.

El uso del instrumento en ambientes escolares y clínicos ha estado limitado, el incorporar un instrumento que es utilizado en diferentes poblaciones del mundo puede ser incorporado en un futuro como un instrumento sensible a detectar depresión en población guatemalteca, de tal forma que es de relevancia el conocer la sensibilidad y especificidad del CDI ya que se sabe que la detección de alteraciones en el estado de ánimo en etapa escolar, es considerada un área de vulnerabilidad y sub-registro que requiere la referencia y manejo integral del paciente.

#### A. Objetivos

##### 1. Objetivo general

La investigación se llevó a cabo con la finalidad de comprobar si el “Cuestionario de depresión infantil (CDI) es eficaz y útil para detectar depresión en niños guatemaltecos en etapa escolar.

##### 2. Objetivo específicos

- a. Explorar la validez del CDI en población guatemalteca en edad escolar.
- b. Determinar la sensibilidad del instrumento para ser usado en la población guatemalteca.

## B. Hipótesis

Hipótesis 1: El CDI, posee una estructura factorial que se ajusta al modelo teórico, para detectar depresión en etapa escolar en población guatemalteca.

## C. Pregunta de investigación

¿El CDI es una herramienta psicométrica sensible como medida del estado de ánimo en niños guatemaltecos en edad escolar?

## D. Diseño de investigación

Se planteó un diseño de investigación retrospectivo no experimental de corte transversal y factorial. Se exploró la carga factorial para conocer el peso de cada ítem que conforma el cuestionario. La naturaleza de los datos fue cuantitativa<sup>1</sup>.

## E. Variables de investigación

A continuación, se presentan las variables que fueron estudiadas durante el trabajo de investigación.

---

<sup>1</sup> Una investigación retrospectiva exploratoria ya que los datos que se utilizaron fueron recolectados en el proyecto *estandarización de Pruebas Neuropsicológicas* realizado en los años 2016- 2017

Tabla 1. *Definición conceptual y operativa de las variables de investigación.*

Variables	Definición conceptual	Definición Operativa
Cuestionario de depresión infantil (independiente)	Es un instrumento desarrollado por María Kovacs (1992), que evalúa la sintomatología depresiva en niños en etapa escolar.	Aplicación de cuestionario a 173 niños.
Depresión (autoestima negativa y disforia) (dependiente)	Es un trastorno destructivo del estado de ánimo. Donde se puede dar accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente y/o en el comportamiento cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación, donde se producen tres o más veces por semana durante 12 o más meses. (American Psychiatric Association 2014: 103). El índice de depresión está compuesto por autoestima negativa y disforia.	Autoestima negativa: Ítems: 2,3,6,11,13,14,15,19, 23, 24 26.  Disforia: Ítems: 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18,20,21,22,25,27
(sociodemográficas)	Edad, sexo, institución educativa a la que pertenece el alumno al momento de evaluación, ocupación e ingresos de los cuidadores.	Sexo: Hombre o Mujer Edad: 7-8 años, 9-10 años, 11-12 años Institución educativa: Pública o Privada Información de los padres: ingresos, tipo de trabajo, tutor principal.

Nota: Elaboración propia.

## F. Descripción de los participantes

De un total de 222 niños que fueron evaluados en el *Proyecto de estandarización de pruebas neuropsicológicas* realizado en los años 2016-2017, se seleccionó una muestra final de 173 expedientes de niños y niñas guatemaltecos entre edades de 7 a 12 años de dos instituciones educativa una privada y otra pública de la ciudad de Guatemala. Se excluyeron 49 niños de la base de datos ya que no cumplían con los criterios de inclusión de la edad.

### 1. Criterios de inclusión

- Haber participado en el *“Proyecto de estandarización de pruebas neuropsicológicas en población infantil en Guatemala”*.
- Los participantes debían ser originarios de Guatemala y hablantes del idioma español.
- Estudiantes del Colegio Parroquial Nuestra Señora de Guadalupe y Escuela Oficial Urbana Mixta Complejo Escolar por la Paz (CEPAZ).
- Tener entre 7 a 12 años de edad

## 2. Criterios de exclusión

- Tener más de 12 años de edad.
- Con historial de enfermedades del sistema nervioso asociada a problemas neuropsicológicos (epilepsia, lesión cerebral, tumor cerebral, entre otros).
- Evidencia de historial de abuso de alcohol y/o consumo de sustancias.

## G. Análisis estadístico

Se diseñó una base de datos en Excel para tabular los datos CDI, favoreciendo la limpieza inicial de los datos. Una vez digitalizada la información se exportó al programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 22).

El análisis estadístico consistió en cuatro fases. Primero, se realizó un análisis de confiabilidad del instrumento utilizado CDI, mediante Alpha de Cronbach ( $\alpha > 0.80$ ) (Kovacs, 2011). Además, se calculó la normalidad de los datos a través de la prueba Kolmogorow-Smirnof ( $\mu \geq 50$ ). Segundo se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas (edad, sexo, tipo de escolaridad, tutores, tipo de trabajo, ingresos). Tercero, se realizaron comparaciones entre medias de sexo y edad de los participantes utilizando la prueba de Mann-Whitney y Kruskal Wallis para datos no paramétricos. La última fase, consistió en obtener los factores que miden el CDI por medio de un análisis factorial exploratorio. Para obtener los factores, se utilizó el método de componentes principales, con variable rotada y rotación varimax, con normalización de Keiser-Meyer-Olkin (KMO) obteniendo componentes que explicaron la varianza del cuestionario.

## H. Instrumento

El cuestionario de Depresión infantil elaborado por María Kovacs (1992). Es un instrumento que evalúa los síntomas de depresión en niños en edad de 7 a 15 años. Está integrado por 27 ítems. Para cada ítem los niños deben contestar qué opción los describe mejor en las últimas dos semanas previo a responder el cuestionario. Cada ítem está dividido en tres fases que recogen diferente intensidad de respuesta y se puntea de forma cuantitativa de 0 a 2. Donde 0 es asintomático, 1 es poco sintomático, y 3 clínicamente sintomático. Donde la puntuación de la prueba puede variar entre 0 y 54. El cuestionario

ha demostrado a través de varios estudios una excelente consistencia en muestra clínicas y no clínicas. El CDI evalúa dos escalas: Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, entre otros.) y Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, entre otros.) El tiempo para contestar este instrumento fue de 10 y 15 minutos. Un ejemplo de los ítems del cuestionario es: “He estado triste de vez en cuando” “Estoy triste algunas veces” “Estoy triste siempre”

## I. Procedimiento

En agosto del 2016 a mayo del año 2017, se realizó un *Proyecto de estandarización de pruebas neuropsicológicas*, realizado en Guatemala por la Universidad del Valle de Guatemala, con el fin de obtener baremos en la población guatemalteca. En este proyecto se administraron diferentes pruebas dentro de ella el CDI. Para determinar si los participantes eran incluidos dentro del proyecto de baremación, se aplicó el instrumento junto a otras pruebas para evaluar la sintomatología depresiva y no crear un sesgo en los baremos con niños que tenían una sintomatología depresiva significativa (Rivera y Arango- Lasprilla, 2017: 582). El protocolo incluyó recolección de datos demográficos y consentimiento informado, así como asignación de códigos para cuidar la confidencialidad de los evaluados. Se solicitó autorización para el uso de los datos a la investigadora responsable del estudio en Guatemala.

Se realizó una base de datos en Excel con el fin de limpiar y utilizar los datos del instrumento CDI del proyecto original. Se tabularon los datos completos del instrumento y se, se utilizaron códigos para identificación de los participantes cuidando la confidencialidad. En la base de datos se anotó el puntaje de cada ítem para posteriormente realizar un análisis entre ítems

Posterior a la tabulación, se exportaron los datos al programa estadístico SPSS 22, donde se analizaron los datos de los niños guatemaltecos en etapa escolar en función de las variables sociodemográficas y se realizó el análisis factorial exploratorio para determinar el peso de cada pregunta del cuestionario y su agrupación en factores.

## J. Consideraciones éticas

El acceso a los datos para la presente investigación, se llevó a cabo con la autorización de la investigadora responsable del estudio de baremación en población infantil guatemalteca.

Los padres de los participantes del estudio original firmaron un consentimiento informado y los niños un asentimiento para participar en el proyecto, cada expediente tenía su consentimiento informado y se cumplió con las normas para el manejo de bases de datos y no se tuvo acceso a los nombres de los participantes cuidando la confidencialidad de cada participante por lo que se trabajó con códigos y no se utilizaron nombres.

La responsable del ingreso a la base de datos fue la investigadora principalmente de este estudio, la cual cumplió con los estándares para realizar estudios en humanos al acreditarse con el curso de ética y protección de participantes humanos.

## IV. RESULTADOS

En esta sección se presentan los análisis de los resultados de los datos obtenidos en el estudio, los cuales son: análisis de datos sociodemográficos, análisis de confiabilidad de variables, análisis de variables descriptivas y análisis factorial exploratorio.

### A. Variables sociodemográficas.

La Tabla 2 muestra características demográficas de los participantes. Del total de casos 56.6% fueron hombres;  $n=98$  y un 43.4% fueron mujeres;  $n=75$ . Dentro de las edades comprendidas, el rango de distribución de edades fue de 7 a 12 años. Las edades con mayor frecuencia fueron los 9 y los 12 años con un porcentaje de distribución para ambos del 23.7%, y de 11 años con un 17.9%. Un 6.9% tenían una edad de 7 años;  $n=12$ , un 13.9% eran niños de 8 años;  $n=24$ . Un 23.7% de niños tenían 9 años;  $n=41$ , 13.9% tenían 10 años;  $n=24$ . Un 17.9% tenían 11 años;  $n=31$  y 23.7% tenían 12 años;  $n=41$  al momento que fueron evaluados. Del total de la muestra, la mayoría pertenecía a una institución pública 64.2%;  $n=111$  mientras que el 35.8% era de una institución educativa privada;  $n=62$ .

Tabla 2. Descripción de la muestra por edad, sexo y tipo de institución

Característica		Frecuencia	Porcentaje
Sexo (N=173)	Hombre	98	56.6%
	Mujer	75	43.4%
Edad (N=173)	7 años	12	6.9%
	8 años	24	13.9%
	9 años	41	23.7%
	10 años	24	13.9%
	11 años	31	17.9%
	12 años	41	23.7%
Tipo de institución educativa (N=173)	Pública	111	64.2%
	Privada	62	35.8%

Nota: Elaboración propia según los datos sociodemográficos de la muestra N= muestra

En la Tabla 3, se encuentran los resultados del total del CDI en cuanto al punto de corte de depresión. Siendo 19 el punto de corte. Los individuos que presentaron un puntaje más alto que 19 indican que tienen una depresión clara. El 97.1%;  $n=168$  de la muestra no presenta síntomas de depresión, mientras que el 2.9% de la muestra presenta una depresión clara;  $n=5$ .

Tabla 3. *Punto de corte según el total del CDI en los participantes*

Total, CDI según punto de corte		
	Frecuencia	Porcentaje
Sensibilidad de depresión	168	97.1%
Especificidad de depresión	5	2.9%

Nota: Elaboración propia según los datos recolectados N=173 cantidad de la muestra, Punto de corte 19 puntos. Síntomas de depresión <19 y Depresión Clara > 19 puntos en el CDI.

La Tabla 4, muestra los ingresos aproximados de los tutores o responsables de los participantes. El 20.2% reportaron que ganaban entre el salario mínimo o incluso menos; n=35. El 46.2% de los encuestados respondió que ganaba entre Q5,000 y Q10,000; n=80. Dentro del rango 5,000- 10,000 el 8.1% ganaba esta cantidad de la muestra estudiada; n=14. El 2.3% tenía un salario entre 10,000- 15,000; n=4. Un 2.3% de la población reportó un salario de 15,000- 20,000; n=4. Un 0.6% tenía un salario de 25,000-30,000; n=1. El 1.7% reportó un salario de 30,000 o más; n=3. Por último 18.4% no reportaron el salario; n=32.

Tabla 4. *Ingresos aproximados de los tutores de los participantes*

Característica	Quetzales (Q)	Dólares (\$)	Frecuencia	Porcentaje
Ingresos en quetzales (N=173)	≤ Salario mínimo	≤ Salario mínimo	35	20.2%
	2,500-5,000	329-659	80	46.2%
	5,000-10,000	659-1,318	14	8.1%
	10,000-15,000	1,318-1,977	4	2.3%
	15,000-20,000	1,977-2,635	4	2.3%
	25,000-30,000	2,635-3,294	1	0.6%
	30,000 o más	3,294 o más	3	1.7%
	No reportado	No reportado	32	18.4%

Nota: Elaboración propia de acuerdo a los datos recolectados. Salario mínimo 2016 = Q.2, 497.00. N= muestra.

Los datos sobre los tutores o encargados se describen en base al responsable principal, edad y ocupación (Ver Tabla 5). De los cuidadores primarios 32.9% de la muestra evaluada eran las madres; n=114, mientras que 32% eran los padres; n=57. El 0.6% reportó que tenía otro parentesco con el niño; n=1 y el 0.6% no reportó el dato; n=1.

De la edad de los tutores. El 13.9% tenían una edad entre 20-30 años (n=24). El 57.2% de los cuidadores tenían entre 30 y 40 años; n=99. El 26.0% de los cuidadores tenían entre 40-50 años; n=45. El 0.6% tenían una edad entre 50-60 años; n=1 y 2.3% no reportaron acerca de su edad; n=4.

El 5.8% de los encargados tenían un trabajo de directores y gerentes; n=10. El 6.4% tenían un trabajo técnico científico; n=11. El 4.6% tenían un trabajo técnico de apoyo; n=8. El 20.8% eran empleados de oficina; n=36. El 19.7% tenían trabajos de servicios de restauración o eran vendedores; n=34. El 2.3% de los cuidadores eran trabajadores en el sector agrícola, ganadero forestal y pesquero; n=4. El 1.7% eran artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y de construcción; n=6. El 3.5% eran operadores de instalaciones de maquinaria y montadores; n=6. El 12.7% tenían ocupaciones elementales; n=22. El 0.6% tenían cargos militares; n=1. El 4.0% no tenían empleo; n=7. El 5.2% tenían otro tipo de empleo; n=9 y el 12.7% no reportaron su tipo de empleo; n=22.

Tabla 5. Descripción de los tutores principales

Característica	Tutor 1	Frecuencia	Porcentaje
Responsable principal (N=173)	Padre	57	32.9%
	Madre	114	65.9%
	Otro	1	0.6%
	No reportado	1	0.6%
Edad (N=173)	20-30 años	24	13.9%
	30-40 años	99	57.2%
	40-50 años	45	26.0%
	50-60 años	1	0.6%
	No reportado	4	2.3%
Ocupación (N=173)	o Directores y gerentes	10	5.8%
	o Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	11	6.4%
	o Técnicos; Profesionales de apoyo	8	4.6%
	o Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina	36	20.8%
	o Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores.	34	19.7%
	o Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	4	2.3%
	o Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción	3	1.7%
	o Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	6	3.5%
	o Ocupaciones elementales	22	12.7%
	o Ocupaciones militares	1	0.6%
	o Sin empleo	7	4.0%
o Otro	9	5.2%	
o No reportado	22	12.7%	

Nota: Elaboración propia a partir de la recolección de los datos. N= muestra

Los datos sobre los tutores o encargados secundarios describen en al responsable principal, edad y tipo de ocupación (Ver Tabla 6). De los cuidadores secundarios del niño 32.4% de la muestra evaluada eran padres; n=56, mientras que 30.1% eran las madres; n=52. El 4.0% reportó que tenía otro parentesco con el niño; n=7 y el 33.5% no reportó el dato; n=58.

De los tutores secundarios, la edad que predomina es entre 30 y 40 años. El 10.4% tenían una edad entre 20-30 años; n=18. El 36.4% de los cuidadores tenían entre 30 y 40 años; n=63. El 17.3% de los cuidadores tenían entre 40-50 años; n=30. El 2.9% tenían una edad entre 50-60 años; n=5. El 1.2% tenían entre 70- 60 años; n=2 y 31.8% no reportaron acerca de su edad; n=55.

El tipo de ocupación de los tutores secundarios, la mayoría se desconoce, mientras que el segundo predominante los tutores se dedican a puestos administrativos. El 1.7% de los encargados tenían un trabajo de directores y gerentes; n=3. El 1.7% tenían un trabajo técnico científico; n=3. El 5.8% tenían un trabajo técnico de apoyo; n=10. El 13.9% eran empleados de oficina; n=24. El 12.7% tenían trabajos de servicios de restauración o eran vendedores; n=22. El 3.5% de los cuidadores eran trabajadores en el sector agrícola, ganadero forestal y pesquero; n=6. El 1.7% eran artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y de construcción; n=3. El 3.5% eran operadores de instalaciones de maquinaria y montadores; n=6. El 6.4% tenían ocupaciones elementales; n=11. El 0.6% tenían cargos militares; n=1. El 5.8% no tenían empleo; n=10. El 5.2% tenían otro tipo de empleo; n=9 y el 37.6% no reportaron su tipo de empleo; n=65.

Tabla 6. *Descripción de los tutores secundarios*

Característica	Tutor 2	Frecuencia	Porcentaje
Encargado (N=173)	Padre	56	32.4%
	Madre	52	30.1%
	Otro	7	4.0%
	No reportado	58	33.5%
Edad (N=173)	20-30 años	18	10.4%
	30-40 años	63	36.4%
	40-50 años	30	17.3%
	50-60 años	5	2.9%
	70-60 años	2	1.2%
	No reportado	55	31.8%
Ocupación (N=173)	○ Directores y gerentes	3	1.7%
	○ Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	3	1.7%
	○ Técnicos; Profesionales de apoyo	10	5.8%
	○ Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina	24	13.9%
	○ Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores.	22	12.7%
	○ Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	6	3.5%
	○ Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción	3	1.7%
	○ Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	6	3.5%
	○ Ocupaciones elementales	11	6.4%
	○ Ocupaciones militares	1	0.6%
	○ Sin empleo	10	5.8%
○ Otro	9	5.2%	
○ No reportado	65	37.6%	

Nota: Elaboración propia de acuerdo a los datos recolectados.

## B. Análisis de confiabilidad de variables y normalidad de los datos.

Se realizó una prueba de confiabilidad del Cuestionario de Depresión infantil mediante un Alfa de Cronbach (Ver Tabla 7), el cual calcula la fiabilidad de la escala que se utilizó en la investigación y determina el grado de consistencia de los resultados. Se obtuvo un índice de 0.737, el cual se considera como alta fiabilidad. Esto significa que el CDI es confiable en la muestra utilizada.

Tabla 7. *Análisis de fiabilidad del Cuestionario de Depresión Infantil*

Variable	Alfa de Cronbach
CDI total	.737*

Nota: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de SPSS. N=173. \*Alta fiabilidad  $\alpha=0.6-0.8$ . \*\*Muy alta fiabilidad  $\alpha= 0.8-1.0$

En la Tabla 8, se muestran las confiabilidades según ítem de la prueba total del CDI en el que se muestra la consistencia del alfa en cada uno de los ítems. Los resultados indican que todos los ítems mantienen un  $\alpha \geq 0.7$ .

Tabla 8. *Estadístico total- elemento*

	Estadístico total-elemento			
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 1- Disforia	7.12	21.13	.28	.73*
Ítem 2- Autoestima	6.82	20.75	.26	.73*
Ítem 3- Autoestima	7.09	20.75	.26	.73*
Ítem 4- Disforia	6.84	21.53	.10	.74*
Ítem 5- Disforia	7.18	21.33	.38	.73*
Ítem 6- Autoestima	6.72	20.72	.20	.73*
Ítem 7- Disforia	7.19	21.56	.36	.73*
Ítem 8- Disforia	7.05	20.55	.35	.72*
Ítem 9- Disforia	6.99	21.27	.20	.73*
Ítem 10- Disforia	7.16	21.11	.34	.73*
Ítem 11- Autoestima	6.96	20.69	.22	.73*
Ítem 12- Disforia	7.10	21.57	.16	.73*
Ítem 13- Autoestima	6.68	20.10	.39	.72*
Ítem 14- Autoestima	6.96	20.49	.37	.72*
Ítem 15- Autoestima	6.82	19.64	.37	.72*
Ítem 16- Disforia	6.90	20.07	.33	.72*
Ítem 17- Disforia	7.04	21.04	.21	.73*
Ítem 18- Disforia	6.97	20.39	.26	.73*
Ítem 19- Autoestima	6.30	20.52	.17	.74*
Ítem 20- Disforia	6.95	20.10	.39	.72*
Ítem 21- Disforia	7.07	20.97	.31	.73*
Ítem 22- Disforia	6.92	20.93	.23	.73*
Ítem 23- Autoestima	7.04	20.72	.29	.73*
Ítem 24- Autoestima	6.88	20.98	.20	.73*
Ítem 25- Disforia	7.16	21.55	.24	.73*
Ítem 26- Autoestima	6.97	21.24	.18	.73*
Ítem 27- Disforia	7.14	21.29	.34	.73*

Nota: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de SPSS. \*Alta fiabilidad  $\alpha=0.6-0.8$ . \*\*Muy alta fiabilidad  $\alpha= 0.8-1.0$

En la Tabla 9, muestra la prueba de normalidad utilizada que fue Kolmogrow-Smirnov debido al tamaño de la muestra que fue mayor a 50. El total de la prueba, obtuvo una significancia menor a 0.05, indicando que los datos del estudio no se comportan de una manera normal.

Tabla 9. *Prueba de normalidad de los datos*

	Kolmogorov- Smirnov Estadístico	gl	sig.
Total, del CDI	.13	173	.000

Nota: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de SPSS.  $\mu \geq 50$  se utiliza Kolmogorow-Smirnov. gl= grados de libertad. sig=significancia.

### C. Análisis de las variables descriptivas según los resultados del

#### *Cuestionario de Depresión Infantil.*

En esta apartado se explicarán los estadísticos descriptivos de las variables independientes y dependientes.

A partir de la prueba de normalidad de los datos, se utilizó el estadístico no paramétrico Mann- Whitney, se utilizó para la variable sexo. El objetivo fue determinar si existía diferencia significativa entre hombres y mujeres.

Tabla 10. *Descriptivos entre sexos de acuerdo a su total en el CDI. Utilizando la prueba Mann- Whitney.*

		Rangos					
Sexo	N	Rango promedio	Sig. Asintótica	Z	U de Mann-Whitney	Ho.	
Total del CDI	Hombre	98	89.27	0.495	-6.82	3453.000	No existe diferencia significativa en cuanto a la distribución de los datos de sexo y su puntuación en el CDI.
	Mujer	75	84.04				
	Total	173					

Nota: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de SPSS. Ho=hipótesis nula. sig. Asintótica  $\geq$  a 0.05, no se rechaza Ho.

La tabla 10, muestra que no se rechaza la hipótesis nula por parte del sexo de los participantes. Es decir, no hay diferencias significativas en cuanto a hombres y mujeres que participaron en el estudio y el resultado del CDI.

Tabla 11. *Descriptivos para la diferencia de instituciones y la puntuación del CDI. Utilizando la prueba Mann-Whitney.*

		Rangos					
Tipo de institución	N	Rango promedio	Sig. Asintótica	Z	U de Mann-Whitney	Ho.	
Total del CDI	Pública	111	77.33	0.001	-3.408	2368.000	No existe diferencia significativa en cuanto a la distribución de los datos de tipo de institución y su puntuación en el CDI.
	Privada	62	104.31				
	Total	173					

Nota: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de SPSS. Ho=hipótesis nula. sig. Asintótica  $\leq$  a 0.05, se rechaza Ho.

La Tabla 11, muestra que se rechaza la hipótesis nula de acuerdo al tipo de institución por lo que si hay diferencia significativa entre las institución pública y privada. Los niños con puntajes más altos asisten a una institución privada que los niños que asisten a una pública.

Tabla 12. *Descriptivos para la diferencia de edades en la puntuación total del CDI. Utilizando Kruskal Wallis.*

	Edad	N	Rango promedio	Rangos			Ho.
				Sig. Asintótica	Chi-cuadrado	gl	
Total del CDI	7 años	12	94.08	0.025	12.800	5	No existe diferencia en cuanto a la distribución de las diferentes edades y su puntuación en el CDI.
	8 años	24	111.81				
	9 años	41	76.52				
	10 años	24	71.31				
	11 años	31	99.15				
	12 años	41	80.88				
	Total	173					

Nota: Extracción de SPSS. N= participantes, sig. Asintótica ( $p \leq 0.05$ ), se rechaza Ho, Ho= hipótesis nula.

Para poder obtener las diferencias por edades se realizó un estadístico no paramétrico Kruskal Wallis, ya que son más de dos grupos a comparar. Se realizó con el fin de determinar si existen cambios significativos entre las distintas edades. En la Tabla 12, muestra que se rechaza la hipótesis nula, lo cual quiere decir que hay diferencias significativas entre las diferentes edades. Se observaron diferencias en las edades ( $X^2 = 12.800$ ,  $p < 0.05$ ). Los niños de 8 años presentan resultados del CDI más altos, seguidos por los niños de 11 años, luego los niños de 7 años, seguidos por los niños de 12 años, luego los niños de 9 años y por último los niños de menor nivel de resultados del CDI son los de 10 años.

#### D. Análisis factorial exploratorio

Para la extracción de factores se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio. El método de extracción utilizado fue el de componentes principales y rotación varimax. Se realizó un análisis de factoribilidad de los datos para efectuar el análisis exploratorio a través del índice Keiser- Meyer- Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett.

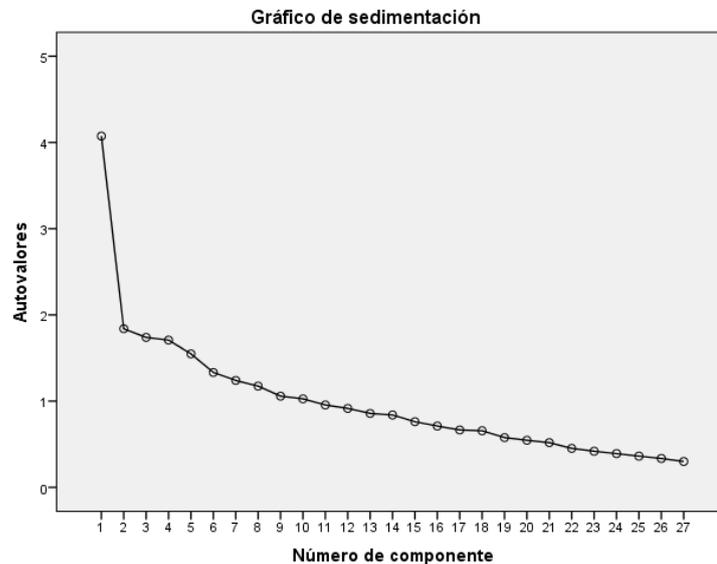
Tabla 13. *Análisis factorial Keiser- Meyer- Olkin y el test de Esfericidad de Barlett*

KMO y prueba de Bartlett	
Medida de adecuación muestral de Kaiser- Meyer- Olkin	.66
Prueba de esfericidad de Bartlett	867.27
Chi cuadrado aproximado	
gl	351
Sig.	.00

Nota: Datos extraídos de SPSS. KMO entre 0.5 y 1= apropiado. Prueba de esfericidad de Barlett  $sig \geq 0.05$  variables no correlacionadas.  $gl$ =grados de libertad.

La prueba de adecuación muestral de Keiser- Meyer- Olkin (KMO), indica que tan apropiado es aplicar el análisis factorial, comparando las magnitudes de correlaciones. Entre más próxima a la unidad, se considera positivo e indica que las variables estudiadas se explican por otras variables. Se obtuvo un KMO de .661, lo que indica que la muestra es apropiada y es esencial realizar un análisis factorial. El Test de Esfericidad de Barlett (Chi-cuadrado=867.273,  $gl= 351$ ) presenta si las variables se correlacionan entre sí. Si el nivel crítico es superior a 0.05 los datos no se pueden correlacionar entre sí. Los resultados (Ver Tabla 13), presentaron una significancia inferior al límite ( $sig= 0.000$ ), lo cual indica que la matriz de datos es válida para realizar el análisis factorial y los valores son adecuados.

Gráfica 1. Muestra de la curva de sedimentación, con factores significantes a partir del método de componentes principales.



Nota: Extraído de SPSS según los datos utilizados.

El gráfico de sedimentación (Ver Gráfica 1) muestra la cantidad de factores determinados por el análisis de componentes principales. Los factores principales se obtuvieron mediante los valores propios mayores a 1.30. Siendo seis factores principales mayores a 1.30 para la población estudiada. Se observa una gran diferencia entre el primer factor y los restantes.

Tabla 14. *Varianza total explicada*

	Autovalores principales (Valores propios)			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación.		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4.07	15.09	15.09	4.07	15.09	15.09	2.12	7.86	7.86
2	1.84	6.81	21.90	1.84	6.81	21.90	2.03	7.52	15.38
3	1.74	6.44	28.40	1.74	6.44	28.40	1.82	6.73	22.11
4	1.71	6.32	34.66	1.71	6.32	34.66	1.77	6.54	28.65
5	1.55	5.73	40.40	1.55	5.73	40.40	1.70	6.26	34.91
6	1.33	4.94	45.33	1.33	4.94	45.33	1.55	5.75	40.67
7	1.24	4.59	49.92						
8	1.17	4.35	54.27						
9	1.06	3.92	58.19						
10	1.03	3.80	61.99						
11	0.95	3.54	65.53						
12	0.91	3.39	68.92						
13	0.86	3.18	72.09						
14	0.84	3.11	75.20						
15	0.76	2.82	78.02						
16	0.71	2.63	80.65						
17	0.66	2.46	83.12						
18	0.66	2.43	85.55						
19	0.58	2.14	87.69						
20	0.55	2.02	89.71						
21	0.52	1.92	91.63						
22	0.45	1.67	93.30						
23	0.42	1.55	94.86						
24	0.39	1.45	96.31						
25	0.36	1.34	97.65						
26	0.33	1.24	98.89						
27	0.30	1.11	100						

Nota: Elaboración propia, método de extracción: Análisis de componentes principales.

Para la extracción de los factores se utilizó el criterio del valor propio igual o superior a la unidad. Al inicio se obtuvieron diez factores, sin embargo, al ver el peso de cada reactivo siendo del sexto factor para arriba un peso inferior y no significativo ya que contenían únicamente uno o dos reactivos. Se obtuvieron seis factores significantes, a partir del valor propio igual o superior a 1.30. Los seis factores resultantes representan el 45.32% de la varianza total. Esto quiere decir que se puede representar un 45.32% del cuestionario agrupándose en 6 variables relevantes según sus características (Ver Tabla 14).

Tabla 15. *Matriz de componentes rotados o cargas factoriales*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ítem 7- Disforia	<b>0.78</b>	0.01	0.10	-0.03	-0.05	-0.15	0.07	0.12	0.13	-0.08
Ítem 3- Autoestima	<b>0.60</b>	0.05	0.18	0.16	0.29	-0.06	0.20	-0.01	-0.13	0.15
Ítem 1- Disforia	<b>0.53</b>	0.16	-0.10	-0.06	0.04	0.35	-0.04	0.07	0.06	0.18
Ítem 10- Disforia	0.21	<b>0.68</b>	-0.06	0.11	-0.10	0.10	0.17	0.18	0.05	-0.14
Ítem 23- Autoestima	-0.08	<b>0.59</b>	0.21	0.35	0.24	-0.13	-0.12	-0.16	0.04	0.2
Ítem 25- Disforia	0.34	<b>0.55</b>	0.08	-0.03	0.05	-0.06	0.22	-0.23	-0.05	-0.06
Ítem 21- Disforia	-0.03	<b>0.54</b>	0.08	-0.05	0.06	0.11	-0.05	0.23	0.44	-0.06
Ítem 20- Disforia	0.21	<b>0.34</b>	0.19	0.03	0.33	0.33	-0.27	-0.02	0.20	0.16
Ítem 13- Autoestima	-0.03	0.25	<b>0.72</b>	0.14	-0.12	0.17	0.10	0.04	-0.16	0.14
Ítem 14- Autoestima	0.19	-0.1	<b>0.69</b>	0.04	0.17	-0.07	0.07	0.16	0.24	-0.04
Ítem 26- Autoestima	-0.13	-0.12	0.14	<b>0.69</b>	-0.14	-0.03	0.09	0.19	0.13	-0.02
Ítem 15- Autoestima	-0.01	0.15	0.04	<b>0.6</b>	0.44	0.00	0.09	-0.01	0.01	0.03
Ítem 8- Disforia	-0.231	0.26	-0.03	<b>0.58</b>	-0.06	0.03	0.16	0.09	-0.04	0.13
Ítem 24- Autoestima	0.35	-0.35	0.34	<b>0.36</b>	-0.08	0.15	-0.27	-0.06	0.02	0.02
Ítem 17- Disforia	0.11	-0.10	-0.07	-0.07	<b>0.75</b>	0.17	0.16	0.08	0.13	0.03
Ítem 11- Autoestima	0.01	0.28	0.01	-0.01	<b>0.55</b>	0.01	-0.06	0.21	-0.22	-0.02
Ítem 4- Disforia	-0.06	0.17	0.37	-0.15	-0.40	-0.01	0.09	0.07	0.37	<b>0.39</b>
Ítem 6- Autoestima	0.03	0.03	-0.13	0.1	0.01	<b>0.78</b>	0.24	-0.04	-0.02	0.07
Ítem 19- Autoestima	-0.03	-0.05	0.22	-0.11	0.19	<b>0.61</b>	-0.14	0.09	-0.07	0.00
Ítem 22- Disforia	0.20	0.09	0.25	0.05	-0.12	<b>0.42</b>	-0.20	0.01	0.32	-0.38
Ítem 27- Disforia	0.06	0.111	0.14	0.23	0.02	0.1	<b>0.75</b>	-0.00	0.02	-0.02
Ítem 5- Disforia	0.47	0.09	0.10	0.06	0.16	-0.05	<b>0.63</b>	0.08	-0.07	0.14
Ítem 18- Disforia	0.16	0.022	-0.05	0.17	0.03	-0.02	-0.04	<b>0.85</b>	0.02	0.10
Ítem 16- Disforia	-0.01	0.056	0.32	0.03	0.22	0.08	0.12	<b>0.65</b>	-0.07	-0.11
Ítem 12- Disforia	0.05	0.057	-0.01	0.16	0.00	-0.05	0.14	-0.09	<b>0.80</b>	0.01
Ítem 9- Disforia	0.20	-0.072	0.01	0.16	0.01	0.11	0.04	0.01	-0.03	<b>0.75</b>
Ítem 2- Autoestima	0.28	0.069	<b>0.36</b>	0.25	-0.02	0.02	0.22	-0.02	-0.21	-0.39

Nota: Elaboración propia. Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

En la Tabla 15, se observa el peso de cada reactivo, utilizando el método de rotación Varimax, que busca distribuir la varianza en los diferentes componentes. Con esto se obtienen los factores y sus reactivos. Este método aproxima las cargas altas a 1 o -1 y las cargas bajas a 0. De los 27 ítems 20 fueron los ítems que se agruparon en seis factores, mientras que los siete restantes no son significativos por el peso que tienen y el número ítems que lo componen. Los ítems no significativos son 4, 5, 9, 12, 16,18 y 27.

Para identificar cada componente principal, se asignó una etiqueta que refleja la característica del factor. El primer factor de la Tabla 15 se denominó autoconsciencia, el segundo factor se denominó contexto social, el tercer factor se denominó desvalorización propia, el cuarto factor se denominó autoeficacia/control percibido, el quinto factor se denominó preocupación y fatiga y el sexto factor se denominó negativismo.

Tabla 16. *Características de los factores principales y su consistencia interna según cada ítem.*

Ítems	Factores		Peso factorial
<b>F1. Autoconsciencia</b>			
1	Estoy siempre triste		0.53
3	Todo lo hago mal		0.60
7	Me odio		0.78
	<b>% de la varianza</b>	<b>15.09</b>	<b>Total 4.07</b>
<b>F2. Contexto Social</b>			
10	Tengo ganas de llorar todos los días		0.68
20	Me siento solo siempre		0.34
21	Nunca me divierto en el colegio		0.54
23	Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien.		0.60
25	Nadie me quiere		0.55
	<b>% de la varianza</b>	<b>6.81</b>	<b>Total 1.84</b>
<b>F3. Desvalorización propia</b>			
2	Nunca me saldrá nada bien		0.36
13	No puedo decidirme.		0.72
14	Soy feo o fea		0.69
	<b>% de la varianza</b>	<b>6.44</b>	<b>Total 1.74</b>
<b>F4. Autoeficacia/ Control percibido</b>			
8	Todas las cosas malas son culpa mía.		0.58
15	Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.		0.6
24	Nunca podré ser tan bueno como otros niños.		0.36
26	Nunca hago lo que me dicen		0.69
	<b>% de la varianza</b>	<b>6.32</b>	<b>Total 1.71</b>
<b>F5. Preocupación y fatiga</b>			
11	Las cosas me preocupan siempre		0.55
17	Estoy siempre cansado.		0.75
	<b>% de la varianza</b>	<b>5.73</b>	<b>Total 1.55</b>
<b>F6. Negativismo</b>			
6	Estoy seguro que van a ocurrir cosas terribles		0.78
19	Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad		0.61
22	No tengo amigos		0.42
	<b>% de la varianza</b>	<b>4.94</b>	<b>Total 1.33</b>
	<b>Varianza total</b>	<b>45.33</b>	

Nota: Elaboración propia. Nota: Se describe cada factor con su característica específica y los reactivos que lo componen con su consistencia de forma individual y total.

En la Gráfica 16, se observan los resultados de los diferentes factores y su consistencia interna. El primer factor agrupó tres reactivos que evalúan componentes autoconsciencia de la persona; el segundo factor agrupó cinco reactivos que se relacionan con el contexto social donde se desenvuelve el niño. El tercer factor, consta de tres reactivos que evalúan la desvalorización propia tiene el niño depresivo. El cuarto factor, agrupó cuatro reactivos que se relacionan con la autoeficacia y el control

percibid del niño. El quinto factor agrupó dos reactivos que se relacionan con la preocupación y fatiga. Por último, el sexto factor contempla tres reactivos relacionados al negativismo.

Con estos resultados se observa que el primer factor tiende a tener un peso grande observando el porcentaje acumulado a comparación de los otros componentes. Sin embargo, las cargas son claras de todos los componentes, por lo que no existe ambigüedad en la selección de las variables por componente.

## V. DISCUSIÓN

La depresión, según la *American Psychiatric Association* (2014:103) se describe como un desorden mental que afecta el estado de ánimo tanto del niño como del adulto y está caracterizado por episodios de tristeza y cólera que llegan a afectar varias áreas de vida. Según Kauffman (2005: 294) las áreas que pueden ser afectadas son: conducta, pensamientos e ideas del niño, crecimiento y el desarrollo, bajo rendimiento escolar, aislamiento social, baja autoestima, dificultad para concentrarse, ansiedad entre otros. Se dice que la depresión no es originada por una sola causa, sino que es el resultado de varios aspectos ya sea ambientales o incluso genéticos.

Según Fernández (2015: 268) durante mucho tiempo se consideraba que la depresión en niños no existía, sin embargo, en los últimos años se reconoció que no solo afecta a los adultos, sino que también se presenta en los niños ya que desde el nacimiento los niños experimentan emociones. Paralelamente al incremento de la incidencia, los estudios se han enfocado más en la depresión infantil, siendo el CDI el primer instrumento que apareció y el más utilizado en nuestros días a nivel mundial (Miranda *et. al.*, 2016: 274).

A pesar que la depresión va en aumento a nivel mundial, en Guatemala son pocas las investigaciones que se han centrado en la depresión infantil según Chó (2017: 1). La OMS ha reportado que los niños son especialmente vulnerables en ambiente donde existen violencia, de tal forma que ser abusado emocionalmente, físicamente o sexualmente e incluso ser testigo de violencia doméstica, incrementa el riesgo de desarrollar depresión. A pesar de que el CDI es un instrumento muy utilizado no tenemos datos sistemáticos de la prueba y considerando que la identificación de la depresión es indispensable considerar variables como estilo y calidad de vida, contexto social en que viven los niños, cultura, tipo de educación, nivel socioeconómico, constitución familiar, desnutrición entre otros. Tomando en cuenta el contexto social en él está inmersa la cultura guatemalteca y los reportes diarios sobre violencia, los niños guatemaltecos están expuestos a una gran cantidad de elementos amenazantes que pueden dar origen a cambios en el estado de ánimo de ahí la relevancia de realizar este trabajo para identificar los componentes del instrumento más utilizado que nos permita ofrecer datos más pertinentes y como lo mencionan García, Aluja y del Barrio (2008: 10), las

variables como la cultural debe verse como evidencia que respalda el significado psicológico y el orden de los factores del CDI.

El objetivo principal de esta investigación fue comprobar si el “Cuestionario de depresión infantil (CDI) es eficaz y útil para detectar depresión, así como identificar los elementos del CDI que tiene mayor relevancia para nuestra cultura guatemalteca, para ellos se trabajó con en niños guatemaltecos en etapa escolar. La muestra de esta investigación estuvo conformada por 173 niños (mujeres= 75 y hombres=98) evaluados en diferentes instituciones educativas; una pública (n=111) y una privada (n=62) durante los años 2016 y 2017 en la ciudad de Guatemala.

Durante el proceso de evaluación se realizó una recolección de datos sociodemográficos de los estudiantes que participaron y de los tutores principales. Los resultados muestran que no hay diferencia significativa entre hombres y mujeres, conforme a los resultados del CDI. Chávez *et. al.*, (2017: 507-508), reportó en su estudio que la mayoría con sintomatología depresiva eran las niñas. En cuanto a la edad, si se mostró una diferencia significativa en cuanto a las puntuaciones del CDI. La mayoría de estudiantes de edad de 8 años tuvieron un total alto en el CDI. Por otra parte, los datos muestran que los niños tienden a presentar más síntomas de depresión en la institución privada. Según lo reportado en el estudio de Mantilla et al. (2004: 170) al menos uno de cada diez niños y niñas de una institución tanto pública como privada presentan síntomas depresivos.

El punto de corte se puede modificar según los objetivos de evaluador, sin embargo, la mayoría de autores ha utilizado el valor de 19 puntos. En varias investigaciones aparece un porcentaje de deprimidos del 10% utilizando un punto de corte de 19 (Kovacs, 2011: 6-22). En el estudio realizado se encontró una especificidad del 2.9% y una sensibilidad de 97.1% utilizando un punto de corte de 19, no obstante, con este estudio no se obtuvo un punto de corte ideal para la muestra, por lo que es esencial con el análisis discriminante realizar un punto de corte para la población guatemalteca.

La mayoría de tutores principales de los niños son las madres con edad entre 30 y 40 años y la mayoría de casos reportaron solamente como tutor a su madre por lo que

se desconoce en su mayoría si habita un segundo tutor ya que la mayoría no reportaron ninguna de las opciones presentadas. Según Cova, Maganto y Melopillán (2005: 230), en un estudio realizado en Chile indicó que los niños con problemas emocionales tenían condiciones de adversidad familiar. Otro estudio realizado en Guatemala, se evidenció que los niños con hogares desintegrados eran más vulnerables a desarrollar depresión que los que vivían en un hogar integrado (Ortega, 2004:34). Por último, Ojeda (2014: 15-38), evidenció en su estudio que los niños que viven en familias monoparentales tienden a desarrollar una depresión significativa ya que la ausencia de un tutor causa un vacío en el niño repercutiendo su estado de ánimo convirtiéndolo más agresivo, irritable y con expresiones descalificadoras hacia sí mismo.

Los resultados de los datos sociodemográficos mostraron que la mayoría de los padres o encargados de los niños tienen un salario entre Q.2,500 y Q.5,000 y el tipo de trabajo que realizan es administrativo. Este resultado indica que los padres tienden a ganar más del salario mínimo en la muestra estudiada. El estrato socioeconómico es un factor que se relaciona con la depresión, a medida que el niño crece la conciencia del dinero y la falta de este puede causar mayor depresión, ya que causa una preocupación y tensión en los niños (Abello *et. al.*, 2014: 192-198).

Para responder a los objetivos específicos sobre la validez y sensibilidad del instrumento en la población guatemalteca. Se llevó a cabo un análisis de confiabilidad donde se concluye que es un instrumento confiable para la población guatemalteca en etapa escolar. El análisis de confiabilidad, permite afirmar que el instrumento mide lo que tiene que medir en la muestra estudiada. El coeficiente de alfa de Cronbach obtenido (0.737), es asimismo consistente como lo reportaron estudios anteriores (Miranda et al, 2016: 274).

Respondiendo a la hipótesis del estudio “El CDI, posee una estructura factorial que se ajusta al modelo teórico, para detectar depresión en etapa escolar en población guatemalteca.”. Se concluyó, mediante un análisis factorial, a través del método de componentes principales. Donde se dio como resultado que el instrumento posee una estructura factorial de seis factores significativos para la muestra. Se menciona que los modelos de cinco y seis factores son más adecuados que los de uno o dos factores en

muestra de niños y adolescentes debido a la consistencia entre los reactivos (García, Aluja y del Barrio, 2008: 9).

El estudio realizado por García, Aluja y del Barrio (2008: 10), describieron los siguientes factores para la muestra de adolescentes en su estudio: problemas sociales o anhedonia, afecto negativo, externalización, problemas escolares, baja autoestima o menosprecio, desregulación biológica. Los resultados de esta investigación coinciden con ciertos factores que se relacionan entre sí y algunos están nombrados de forma diferente. Chávez et al. (2017: 507-508), menciona que los ítems con más frecuencia en su investigación fueron los sentimientos de tristeza, inseguridad de que las cosas no saldrán bien y gran parte de lo que realizan lo hacen mal.

El primer factor que tuvo un mayor peso con relación a los demás en esta muestra, se denominó “autoconsciencia” ya que los reactivos que lo conforman se relacionan con los aspectos internos de la persona, es decir pensamientos e ideas negativas que el niño se hace sobre sí mismo. Siendo el reactivo “me odio” el que más peso tuvo en este factor. Esto quiere decir que los niños guatemaltecos depresivos tienden a tener esos pensamientos e ideas de manera frecuente. Zúñiga *et. al.*, (2005: 3) hace relación que los trastornos del ánimo se caracterizan por una falta de control en el estado de ánimo y se experimenta por malestar reflejando un desequilibrio emocional.

El segundo factor se denominó “contexto social” ya que los ítems que lo componen se relacionan con todo lo que lo rodea al niño en su exterior. Todo lo que lo rodea gira en torno a un ambiente negativo. El reactivo que más predominó en este factor fue “tengo ganas de llorar todos los días”. El contexto social y las expresiones emocionales se adecuan a los comportamientos y a las interacciones sociales. Esto resulta importante en la etapa escolar ya que es la vía a través de la cual son capaces de transmitir sus necesidades y ciertas medidas los niños se sienten presionados por el contexto o sociedad que los rodea (Gordillo *et. al.*, 2015: 1849). Es así como se puede mencionar que en todo momento el contexto afecta el desarrollo del niño de forma negativa o positiva (Hidalgo, Sánchez y Lorence, 2008: 86). En este caso los niños depresivos tienden a tener conductas emocionales como el llanto e incluso irritaciones de manera cotidiana ya que no logran adaptarse adecuadamente a su contexto.

Así como mencionó Lorence (2008: 86), el ciclo vital durante la infancia es de suma importancia ya que se dan cambios que afectan al desarrollo del niño. Lo que ocurre en los primeros años marca el desarrollo socioemocional del niño. Un factor que lo determina es el contexto. Relacionado con los resultados de esta investigación, marca que el contexto tiene una fuerte importancia durante el crecimiento del niño y su adaptación a la sociedad y tienden a estar involucradas personas que rodean al niño como los padres ya que las conductas son moldeadas por ellos en los primeros años y así lograr una adaptación adecuada.

El tercer factor, se denominó “desvalorización propia” donde el niño tiende a tener características negativas de él y se hace de menos el mismo. “no puedo decidirme” fue el reactivo que más predominó en este factor. Kauffman (2005: 394), menciona algunos de los síntomas que más repercuten a los niños depresivos, dentro de ellos está la disminución en la habilidad para pensar o concentrarse e incluso la indecisión para realizar acciones.

El cuarto factor, se denominó “autoeficacia/ control percibido” ya que los ítems que lo conforman se relacionan con incapacidad que sienten los niños depresivos e inseguridad de sí mismos. El reactivo que más predominó en este factor fue “nunca hago las cosas que me dicen” Kovacs (2011: 6-7) menciona que una de las variables que evalúa el CDI es autoestima negativa que involucra ineficacia, fealdad y maldad. Los niños depresivos son conformistas en todo lo que realizan y no salen de su zona de confort, por inseguridad a tomar nuevos retos o experiencias. La baja autoestima se relaciona con la falta de aprendizaje, ya que el niño está cerrado al aprendizaje ya que existe más miedo que ganas de aprender (Carrillo, 2009: 134)

El quinto factor se denominó “preocupación y fatiga” los reactivos que lo componen se relacionan con pensamientos o ideas que son amenazadoras para los niños y se relacionan con un componente somático y tensión o estrés que manejan ante sus situaciones. La mayoría de niños depresivos viven con fatiga y sin energía. El reactivo que más predominó en este factor fue “estoy siempre cansado”. Niños y adolescentes con más de dos años con episodios de depresión tienden a tener grados de ansiedad elevados, baja autoestima y comportamientos no adecuados (Kauffman, 2005: 394).

El sexto factor se denominó “negativismo” ya que los niños depresivos tienden a juzgar de forma negativa y de una manera desfavorable tanto a ellos mismos como a todo lo que les rodea. El reactivo que predominó en este factor fue “estoy seguro que van a ocurrir cosas malas”. Según Herrera *et. al.*, (2009: 161), los niños que manifiestan baja autoestima afecta el área cognitiva, generando una desvalorización y visión pesimista del mundo y del futuro.

Es esencial mencionar que hoy en día se ha utilizado el CDI-S a nivel mundial, versión corta que consta de diez ítems, especialmente para niños que tienden a tener una atención más reducida (del Barrio, 2002: 265). El presente estudio incluyó en sus resultados los diez reactivos que componen la versión corta del CDI (CDI- S). Los reactivos que lo componen son “me odio, estoy triste siempre, tengo ganas de llorar todos los días, me siento solo siempre, nadie me quiere, nunca me saldrá nada bien, soy feo o fea, estoy cansado siempre y no tengo amigos y nunca podré ser tan bueno como otros niños. Lo cual es un instrumento que se puede utilizar para investigaciones próximas. Diferentes investigaciones han examinado el uso del CDI y utilizado como generado el uso de componentes principales y un análisis factorial para reducir su método de evaluación mediante el CDI-S. El CDI-S tiene una correlación fuerte entre el CDI (Ahlen y Ghaderi, 2016: 1160). En este caso el CDI-S puede ser utilizado en población guatemalteca, sin embargo, es importante mencionar que deja afuera reactivos que son significativos en la población como por ejemplo “no puedo decidirme” que fue uno de los reactivos con más peso en el factor tres o “nunca hago lo que me piden”, reactivo con mayor peso en el factor cuatro y como menciona García, Aluja y del Barrio, (2008: 9), las variables sociales son un componente que se debe tomar en cuenta.

## VI. CONCLUSIONES

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio se derivan las siguientes conclusiones.

1. Este es el primer estudio con población guatemalteca que intenta determinar si el instrumento CDI es sensible para ser usado en nuestra población infantil. Los hallazgos que se encontraron en este estudio fueron obtenidos en una muestra de niños guatemaltecos entre edades de 7 a 12 años en etapa escolar.
2. Con los datos sociodemográficos, se pudo determinar que no hay diferencia entre hombres y mujeres en cuanto al total de CDI. Sin embargo, se encontró una diferencia en cuanto a las diferentes edades, la mayoría de niños con síntomas depresivos asisten a la institución privada. De la población estudiada el 2.9% presentó datos de depresión específica teniendo una prevalencia en niños de 8 años.
3. Con los datos recopilados y con el marco metodológico se concluyó que el CDI es una herramienta sensible para la población guatemalteca en etapa escolar ya que mostró una confiabilidad adecuada para el estudio.
4. Los resultados del análisis factorial exploratorio utilizando componentes principales, indican seis factores principales para la población estudiada, los cuales se caracterizan de la siguiente manera: autoconsciencia, donde el reactivo que más peso tuvo fue “me odio”, el segundo factor se caracterizó contexto social, el reactivo que más sobresalió fue “tengo ganas de llorar todos los días”, para el factor tres se caracterizó como desvalorización propia y el reactivo con más peso fue “no puedo decidirme”, el factor cuatro se caracterizó como autoeficacia/control percibido y el reactivo con más peso en este factor fue “nunca hago lo que me dicen”; el factor cinco se caracterizó como preocupación y fatiga y el reactivo con mayor peso “estoy siempre cansado”; por último el factor seis se caracterizó como negativismo y el reactivo con mayor peso fue “estoy seguro que van a ocurrir cosas malas”. Haciendo énfasis en la teoría todas estas características se agrupan como síntomas de la depresión infantil. Sin

embargo, la depresión cuenta con variedad de síntomas más, pero estos son los que predominaron en la muestra de niños guatemaltecos en la etapa escolar.

5. Es un instrumento que cuenta con una validez adecuada a su constructo y contenido y con propiedades psicométricas.
6. La muestra utilizada abre espacio para seguir utilizando el instrumento en la investigación y práctica clínica.
7. No se debe generalizar ya que se trabajó únicamente con población urbana.

## VII. RECOMENDACIONES

1. Dentro de las recomendaciones de este estudio se encontró la muestra de estudiantes, ya que únicamente se contaron con datos a nivel nacional por lo tanto no se puede generalizar sobre una población determinada. Por otro lado, fueron pocos los estudios relacionados con la depresión infantil en Guatemala.
2. Se recomienda para futuras investigaciones ampliar la muestra de instituciones privadas para tener la muestra más equitativa entre instituciones públicas y privadas.
3. Otra de las recomendaciones es que se realice un punto de corte para tener una comparación más confiable y adaptada a la población guatemalteca.
4. Se recomienda extender la muestra para lograr realizar un análisis confirmatorio. En este caso la muestra era pequeña para poder realizar este tipo de análisis y así poder tener una evidencia válida del constructo. Para realizar un análisis factorial confirmatorio se requiere para cada factor al menos dos ítems que no saturen en otro factor ni presenten componentes correlacionados. La precisión de estimaciones mejora si se dispone de tres indicadores por factor. Se recomiendan que la muestra sea mayor a 200, dependiendo de las características del modelo (Batista-Foguet, Coenders y Alonso, 2004: 25).
5. Para futuras investigaciones se puede relacionar otras pruebas utilizadas en el estudio de baremación en conjunto con el CDI, realizando otros análisis estadísticos para indagar más en estudios relacionados a depresión infantil.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Abello, Daniela, *et. al.* 2014. «Prevalencia de depresión infantil en colegios oficiales de Barranquilla». *Tesis Psicología*. 9 (1): 190-201.
- Ahlen, Johan y A. Ghaderi. 2016. «Evaluation of the Children's Depression Inventory-Short Version (CDI-S) ». *American Psychological Association*. 29 (9): 1157-1166.
- American Psychiatric Association. 2014. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Estados Unidos. American Psychiatric Publishing. 492 págs.
- Alvizures, Daniela. 2012. *Nivel de depresión en niños que sufren maltrato físico*. Tesis Universidad Rafael Landívar, Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Batista-Foguet, Joan; G, Coenders y J. Alonso. 2004. «Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud». *Med Clin* 122 (1): 21-27.
- Carrillo, Leticia. 2009. *La familia, La autoestima y el Fracaso Escolar del Adolescente*. Tesis Universidad de Granada. España.
- Camacho, Sebastián. 2010. «Estandarización del Inventario CDI en niños y adolescentes entre 12 y 17 años de edad, del Municipio de Sabaneta del Departamento de Antioquia- Colombia». *International Journal of Psychological Research*. 3 (2): 63-73.
- Comer, Jonathan y P. Kendall. 2005. «High- end Specificity of the Children's Depression Inventory in a Sample of Anxiety- Disordered Youth». *Depression and Anxiety*. 22(2005): 11-19.
- Cova, Félix; C, Maganto y R. Melipillán. 2005. «Género, Adversidad Familiar y Síntomas Emocionales en Preadolescentes». *PSYKHE*. 14 (1): 227-232.

- Chávez, Ana, *et. al.* 2017. «Sintomatología depresiva, ideación suicida y autoconcepto en una muestra de niños mexicanos». *Avances en Psicología Latinoamericana*. 35 (3): 501-514.
- Chó, Pablo, *et. al.* 2017. «Depresión y Ansiedad en Adolescentes». Tesis Universidad de San Carlos de Guatemala. 98 págs.
- Davanzo, Pablo, *et. al.* 2004. «Spanish Translation and Reliability Testing of the Child Depression Inventory». *Child Psychiatry and Human Development*. 35 (1): 75-92.
- Del Barrio, Victoria. 2001. «Avances en Depresión Infantil y Juvenil». *Información Psicológica*. 76 (2001): 3- 23.
- Del Barrio, Victoria, *et. al.* 2002. «Primera Adaptación del CDI- S a Población Española». *Acción Psicológica*. 3 (2002): 263- 272.
- Fernández, Fernando, *et. al.* 2015. «Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años». *Europeam Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 5 (2): 267-279.
- Figueras, Anna, *et. al.* 2010. «Psychometric Properties of the Children´s Depression Inventory in Community and Clinical Sample». *The Spanish Journal of Psychology*. 13 (2): 990- 999.
- García, Luis; A. Aluja y V. del Barrio. 2008. «Testing the Hierarchical Structure of the Children´s Depression Inventory. A multigroup analysis» *Assessment*. 15 (2): 153- 164.
- Giannakopoulos, Diana, *et. al.* 2009. «Screening for children´s depression symptoms in Greece: the use of the Children´s Depression Inventory in a nation- wide school-based sample». *Ear Child Adolescent Psychiatry*. 18 (2009): 485-492.
- Gordillo, Fernando, *et. al.* 2015. «Diferencias en el reconocimiento de las emociones en Niños de 6 a 11 años». *Acta de Investigación Psicológica*. 5 (1): 1846- 1859.

- Hidalgo, María; J. Sánchez y B. Lorence. 2008. «Procesos y necesidades de desarrollo durante la infancia». *Revista de educación*. 10 (2008). 85-95.
- Herrera, Eduar, *et. al.* 2009. «Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia)». *Avances en Psicología Latinoamericana*. 27 (1): 154-164.
- Innatia. ¿Qué es el desarrollo infantil? <http://www.innatia.com/s/c-el-desarrollo-infantil/a-que-desarrollo-infantil.html> [23 de abril del 2018].
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. s.f. Guía de depresión. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Kauffman, James. 2005. Characteristics of Emotional and Behavioral Disorders of Children and Youth (pp. 392-395). Ohio: Depression and Suicidal Behavior.
- Kovacs, María. 2011. Inventario de Depresión Infantil. 2da edición. Madrid: TEA. 3-41págs.
- Mantilla, Laura, *et. al.* 2004. «Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia». *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 33 (2): 163-171.
- Miranda, Ixchel, *et. al.* 2016. «Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México». *Psicología y Salud*. 26 (2): 273-282.
- Ojeda, Glenda.,2014. «*Depresión infantil en los niños de 7 a 10 años con familias monoparentales: Estudio realizado en el Colegio Nuevo San Cristóbal, 2014*» Tesis Universidad de San Carlos de Guatemala, Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Ortega, Dora. 2004. *Índice de depresión en los niños guatemaltecos pertenecientes a Hogares Desintegrados*. Tesis Universidad Francisco Marroquín, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

- Pacheco, Paola y R. Chaskel. 2016. «Depresión en niños y adolescentes». *Precop SCP*. 14 (1): 30-38.
- Pixolá, A. 2012. *Depresión Infantil detectada en niños y adolescentes de la Clínica Social Uxnaquil Patzi'ya en el municipio de Patzicía, departamento de Chimaltenango*. (tesis de pregrado). Universidad Panamericana, Chimaltenango, Guatemala.
- Quinceno, Japcy y S. Vinnacia. 2014. «Calidad de vida, fortalezas personales, depresión y estrés en adolescentes según sexo y estrato». *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 14 (2): 155-170.
- Rivera, D y J.C. Arango-Lasprilla. 2017. «Methodolgy for the development or normative data for Spanish-speaking pediatric populations». *NeuroRehabilitatin*. 41: 581-592.
- Roca, Genis. 2015. *Las nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Guía para educar saludablemente en una sociedad digital*. Barcelona. Faros 1-152 págs.
- Salaníc, Elvira. 2014. «*Ansiedad infantil y comportamiento en el aula (Estudio realizado con alumnos de primero, segundo y tercero primaria del municipio de Cantel)*» (tesis de pregrado). Universidad Rafael Landívar, Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Sánchez, Oscar, X. Méndez y J. Garber. 2014. «Prevención de la Depresión en niños y adolescentes revisión y reflexión». *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 19 (1): 63-76.
- Silva, Renata y S. Calvo. 2014. «La actividad infantil y el desarrollo emocional en la *Intercontinental de Psicología y Educación*. 16 (2): 9-30.
- Soto, Carmen, J. Gómez y M. Pastrana. 2009. «Psychometric Properties of the Spanish Language Child Depression Inventory with Hispanic Children Who Are Secondary Victims of Domestic Violence». *Adolescence*. 44 (173): 133- 148.

- Sun, Shuyan y S. Wang. 2015. «The Children´s Depression Inventory in Worldwide Child Development Research». *J Child Fam Stud.* 24 (2015): 2352-2363.
- Shuyan, Sun y S. Wang. 2015. «The Children´s Depression Inventory in Worldwide Child Development Research: A reliability Generalization Study. *Journal of Child and Family Studies*». 24(2): 2352- 2363.
- Villaseñor, Shary. 2016. *Estudio de caso sobre depresión infantil causada por la desintegración familiar en niños de 4 a 6 años de edad en el Centro de Atención Integral de la zona 1 de Mixco* (tesis de pregrado). Universidad Panamericana, Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- World Health Organization. 2010. Violence prevention the evidence, 1-134.
- Young-Sun, Lee, A. Krishnan y Y. Soo. 2012. «Psychometric Properties of the Children´s Depression Inventory: An Item Response Theory Analysis Across Age in a Nonclinical, Longitudinal, Adolescent Sample». *Measurement and Evaluation in Counseling and Development.* 45 (2): 84-100.
- Zúñiga, Alma, *et. al.* 2005. «Los trastornos del estado de ánimo». *Revista Digital Universitaria.* 6(11): 2-14.
- Zúñiga, Mara, *et. al.* 2011. Estudio Epidemiológico de Trastornos Mentales en Guatemala, Región Metropolitana, 2011. (Estudio de Postgrado) Universidad Mariano Gálvez de Guatemala, Guatemala.

## IX. ANEXOS

### 1. Certificado de ética para la investigación



## 2. Formato de Consentimiento informado y cuestionario para datos sociodemográficos.



Ciudad de Guatemala, 01 de agosto del 2016

Estimado/a padre de Familia / Tutor

El motivo de la presente carta es invitar a su hijo o hija a participar en un estudio que vamos a llevar a cabo en su Centro Educativo para la normalización a la población Guatemalteca de una serie de tareas de evaluación Neuropsicológica. Se trata de un estudio que se desarrolla en 20 ciudades de Iberoamérica en las cuales esperamos contar con la participación de 6000 niños y niñas de edades comprendidas entre los 6 y los 17 años.

### ¿De qué trata el estudio?

Muchos niños y niñas tienen dificultades para aprender a leer, resolver problema o simplemente mantener la atención en la atención en la escuela. En algunos casos, estos niños presentan trastornos de neurodesarrollo como el trastorno por déficit de atención, trastornos del espectro autista, o trastornos del aprendizaje específicos. Desafortunadamente, en Guatemala se han realizado muy pocos estudios de validación y baremación de pruebas neuropsicológicas para población infantil, lo que implica que muchos niños y niñas terminen recibiendo diagnósticos inadecuados o resulte difícil demostrar la eficacia de los programas de estimulación y rehabilitación cognitiva. Por tal motivo, con este estudio se pretende validar con el máximo rigor científico y ético diferentes tareas de evaluación neuropsicológica que sean de utilidad tanto en el ámbito clínico como en el educativo. Ya que permitirán diagnósticos más precisos e las dificultades cognitivas y mejorarán la evaluación de las intervenciones psicoeducativas que se lleven a cabo con aquellos niños y niñas que presenten necesidades especiales.

### ¿Qué conlleva el estudio?

La participación en el estudio supondría que su hijo/a realizaría 10 tareas neuropsicológicas que evalúan lenguaje, memoria, percepción espacial, coordinación de movimientos, atención, inhibición y resolución de problemas. Estas tareas son de papel y lápiz, y se realizarán en horario escolar, en un espacio facilitado por el centro y bajo la supervisión del equipo directivo del colegio y el tutor de su hijo/a.

### ¿Qué pasa con la información que obtienen sobre mi hijo/a?

Toda la información y el material recogidos se custodiarán con las máximas garantías para su confidencialidad y la de su hijo/a. los datos sólo se emplearán en el marco de proyecto de investigación y en ningún caso se publicarán sus datos de forma que pueda ser identificado individualmente. Toda la información relacionada con el estudio es estrictamente confidencial.



Cada uno de los resultados de las pruebas que realice su hijo o hija recibirá un número y el equipo investigador que lleve a cabo los análisis estadísticos nunca conocerá su identidad. El investigador o coordinador guardará su hoja de consentimiento firmada en un archivo seguro. Los resultados generales del estudio podrán ser comunicados en congresos o publicaciones científicas, siempre manteniéndose una estricta confidencialidad sobre la identidad de los participantes.

En cualquier caso, si su hijo o hija se retira del estudio antes de su finalización, puede solicitar al responsable del estudio en su zona geográfica que se eliminen del mismo todos los datos obtenidos sobre él/ella hasta ese momento.

#### ¿Es obligatorio participar?

Como es lógico, la participación de su hijo/a en el proyecto es totalmente voluntaria. Ahora bien, estaríamos muy agradecidos por su participación, ya que nos permitirá obtener medidas válidas y fiables del neurodesarrollo durante la infancia y la adolescencia con las que poder diseñar estrategias de intervención apropiadas a niños y adolescentes que lo requieran.

Si decide que su hijo/a participe, le pedimos que rellene y firme la autorización y los cuestionarios que acompañan a esta carta, los cuales su hijo/a lo entregará al tutor/a de su clase. La selección de los participantes se hará al azar, por lo que puede pasar que su hijo/a no sea seleccionado para la administración de las pruebas. También puede ocurrir que su hijo/a sea seleccionado para que se le administre las pruebas en dos periodos con un trascurso de 60-90 min. **Importante, este estudio no interferirá en el desarrollo académico de su hijo/a.**

Agradeciendo de antemano su colaboración.

Dra. Claudia García de la Cudena  
Investigadora responsable del proyecto  
Maestría en Neuropsicología Clínica  
Universidad del Valle de Guatemala  
[claudigd@uvg.edu.gt](mailto:claudigd@uvg.edu.gt)  
Tel 23 64 03 36 al 40 ext. 21485



MSc. Pablo Barrientos  
Co-investigador  
Departamento de Psicología  
Universidad del Valle de Guatemala  
[pebarrientos@uvg.edu.gt](mailto:pebarrientos@uvg.edu.gt)  
Tel 23 64 03 36 al 40 ext. 21573





**Consentimiento informado**

**ID** \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Escriba Sí o No en cada casilla de la derecha

1. He recibido una copia de la hoja de información donde se explican los objetivos y actividades a realizar durante estudio "*Estudio de datos normativos para pruebas neuropsicológicas en población de 6 a 17 años de edad en Guatemala*" y los he comprendido.
2. Entiendo que la participación de mi hijo/a es voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar ninguna explicación. Si decidiera retirar a mi hijo del estudio, se procederá a la destrucción de los registros codificados y de la información que sobre él/ella se hubiera obtenido en las tareas.
3. Sé que se mantendrá en secreto la identidad de mi hijo/a y que se identificarán siempre todos los resultados de las pruebas y actividades que realice con un número codificado.
4. Entiendo que los resultados que mi hijo/a obtenga no se comunicarán a nadie, excepto en el caso de que dichos hallazgos tengan una implicación significativa para su salud o aprendizajes.
5. Estoy de acuerdo en que mi hijo/a participe en las actividades que se realizarán en el centro educativo en relación con este estudio.
6. Mi hijo/a asiente (está de acuerdo) participar en las actividades que se realizarán en este estudio.

Nombre y apellidos de niño/niña	Fecha de nacimiento	Firma (deben firmar o escribir su nombre)
Nombre y apellido de la madre/padre	Teléfono de contacto	Firma
Nombre y apellido del padre/madre	Teléfono de contacto	Firma
Nombre y apellido de la persona responsable del estudio	Fecha	Firma

*Normalización de pruebas neuropsicológicas en niños y niñas de 6 a 17 años de edad en países de Iberoamérica.*

Fecha: / /

DD/MM/AAAA

ID \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Sección \_\_\_\_\_

**Cuestionario sociodemográfico y clínico del Padre/madre o tutor legal**

¿Cuál es su parentesco con el/la niño/a?

**Tutor 1** Soy su Padre  Madre  Otro  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**Tutor 2** Soy su Padre  Madre  Otro.....  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los ingresos mensuales, aproximadamente, en la unidad familiar? \_\_\_\_\_

Información sobre los padres o tutores. En caso de separación/divorcio contestar SOLO a las casillas correspondientes a su información.

	Tutor 1	Tutor 2
Edad		
Años de escolaridad (completados y aprobados)		

	Tutor 1	Tutor 2	
Ocupación Actual o última si está desempleado o jubilado.	Directores y gerentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Técnicos; profesionales de apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción (excepto operadores de instalaciones y maquinaria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ocupaciones elementales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocupaciones militares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	