



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

“Aspectos Psicométricos de la Escala de Autoevaluación para la depresión en
pacientes de Neurología y Cardiología en un Hospital Público del distrito de
Ventanilla, 2017”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO
EN PSICOLOGÍA

AUTOR:

PERALTA VEGA, César Humberto.

ASESOR:

Mg. MONTERO ORDINOLA, Juan Carlos

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

PSICOMETRÍA

LIMA – PERÚ

2017

PÁGINA DEL JURADO

Mg. César Raúl Manrique Tapia
Presidente

Mg. Guissela Vanessa Mendoza Chávez
Secretaria

Mg. José Luis Pereyra Quiñones
Vocal

DEDICATORIA

A Dios por sus infinitas bendiciones; a mi Madre, por su amor, comprensión y apoyo incondicional; a mi hermano por su apoyo y palabras de aliento que siempre tiene listo cuando más lo necesito; a mi padre, quien siempre está a mi lado motivándome y apoyándome a seguir adelante; y a mis amigos, por su amistad y quienes han hecho de esta etapa de mi vida toda una experiencia inolvidable.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme llegar a la recta final de mi carrera profesional, Al profesor MONTERO ORDINOLA, Juan Carlos, por sus enseñanzas, tiempo y dedicación que me brindo para realizar este trabajo de investigación de manera exitosa. Por su apoyo y por compartir sus conocimientos lo cual hizo posible la culminación de este estudio, a quien le expreso mi más profundo agradecimiento, por su tiempo, enseñanza, dedicación, amistad y apoyo moral en mi formación profesional.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Peralta Vega Cesar Humberto, con DNI: 70096859, estudiante de la Escuela de Psicología de la Universidad César Vallejo, con la tesis titulada “Aspectos Psicométricos de la Escala de Autoevaluación para la Depresión en pacientes de Neurología y Cardiología en un Hospital Público”., declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido auto plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, octubre del 2017

Cesar Humberto Peralta Vega

DNI 70096859

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado calificador:

Dando cumplimiento a las normas del Reglamento de Grados y Títulos para la elaboración y la sustentación de la Tesis de la Escuela Académica Profesional de Psicología de la Universidad “César Vallejo”, para optar el título Profesional de Licenciado en Psicología, presento la tesis titulada: Aspectos Psicométricos de la Escala de Autoevaluación para la Depresión en pacientes de Neurología y Cardiología en un Hospital Público”.

El documento consta de siete capítulos: el primer capítulo denominado introducción, en la cual se describen los antecedentes, el marco teórico de las variables, la justificación, la realidad problemática, la formulación de problemas, la determinación de los objetivos. El segundo capítulo denominado marco metodológico, el cual comprende la Operacionalización de las variables, la metodología, tipos de estudio, diseño de investigación, la población, muestra y muestreo, las técnicas e instrumentos de recolección de datos y los métodos de análisis de datos. En el tercer capítulo se encuentran los resultados, el cuarto capítulo la discusión, en el quinto capítulo las conclusiones, en el sexto capítulo las recomendaciones, en el séptimo capítulo las referencias bibliográficas y por último los anexos.

Espero señores miembros del jurado que esta investigación se ajuste a las exigencias establecidas por la Universidad y merezca su aprobación.

Cesar Humberto Peralta Vega

INDICE

Página del jurado	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación.....	vi
Resumen	x
Abstract.....	xi
I. INTRODUCCIÓN	
1.1 Realidad problemática.....	1
1.2 Trabajos previos.....	3
1.2.1 Antecedentes Internacionales	3
1.2.2 Antecedentes Nacionales.....	6
1.3 Teorías relacionadas al tema	9
1.4 Formulación del problema	23
1.5 Justificación del estudio.....	23
1.6 Objetivos	24
1.6.1 Objetivo general	24
1.6.2 Objetivos específicos:	24
II. MÉTODO	
2.1 Método diseño de investigación	25
2.2 Variables, operacionalización.....	26
2.3 Población y muestra	27
2.3.1 Población.....	27
2.3.2 Muestra	27
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	28
2.5 Métodos de análisis de datos	36
2.6 Aspectos Éticos.....	37

III.	RESULTADOS	
3.1	Prueba de Kolmogorov-Smirnov	38
3.2	Validez de Constructo Iten	39
3.3	Análisis Factorial	40
3.4	Análisis de Fiabilidad.....	42
3.5	Baremos General	43
IV.	DISCUSIÓN	
	Discusión de resultados	44
V.	CONCLUSIONES	
	Conclusiones	46
VI.	RECOMENDACIONES	
	Recomendaciones.....	47
VII.	REFERENCIAS	48
	ANEXOS	
	Instrumento	53
	Consentimiento informado	54
	Carta de permiso.....	55
	Matriz de consistencia.....	57
	Formato de validación por jueces expertos.....	58

Índice de tablas

		Página
Tabla 1	Validez de contenido de la Escala de Depresión según coeficiente de V de Aiken	31
Tabla 2	Confiabilidad según Alfa de Cronbach del Test de Depresión	33
Tabla 3	Índice de dos mitades de la escala de depresión	34
Tabla 4	Percentiles para los tres niveles y el puntaje total (Depresión)	35
Tabla 5	Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov	38
Tabla 6	Validez de constructo ítem – test de la escala de Depresión	39
Tabla 7	Análisis factorial exploratorio de componentes principales de la escala de Depresión	40
Tabla 8	Análisis factorial definitivo de la escala de depresión	41
Tabla 9	Estadísticos de fiabilidad de la escala de depresión.	42
Tabla 10	Baremos General	43

RESUMEN

Con el propósito de determinar las propiedades psicométricas de la escala de Depresión se realizó un estudio teniendo como muestra a 200 pacientes de un Hospital público, con hombres y mujeres, cuyas edades fluctúan entre 18 y 65 años. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. El estudio tiene un diseño de investigación instrumental. La validez se determinó a través de la correlación ítem-test obteniendo índices de validez ítem-total muy bueno en todos los ítems, así mismo el análisis factorial confirmatorio reveló que los datos se ajustan a la estructura. Así como también se determinó la fiabilidad mediante el método de consistencia interna, utilizando el estadístico Alpha de Cronbach, obteniendo resultados elevados ($\alpha > .78$). Finalmente, se elaboraron baremos totales. Se concluye que la escala de Depresión cuenta con las propiedades psicométricas adecuadas para poder ser utilizado en investigaciones en el contexto laboral de un Hospital Público.

Palabras claves: Propiedades psicométricas, Depresión, validez, fiabilidad, baremación.

ABSTRACT

In order to determine the psychometric properties of the workaholism scale Depression a study was performed having 200 patients of a public hospital with which mens and womens, ranging in age from 18 to 65 years. The information required was collected using a non-probability convenience sample. The study has an instrumental design. The validity was determine by the item-test correlation getting very good rates of item-total on every item. Likewise, the confirmatory factor analysis demonstrates the bivariate structure of the scale. Also, de reliability of the scale was determine by the method of internal consistency using the statistic of Cronbach's Alpha, obtaining elevated scores ($\alpha > .78$). Finally the scales where elaborated taking was total baremos. We conclude that the Depression scale has the appropriate psychometric properties to be used in research in the working context in Chimbote.

Key words: Psychometric properties, depression, validity, reliability, scale

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad Problemática

La depresión es un trastorno psíquico, recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo a habitualmente acompañado de ansiedad, en el que pueden darse, además, otros síntomas psíquicos de inhibición, efecto de vacío y dejadez general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, así mismo los sentimientos de culpa y de incapacidad, también hay ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc. Tales como los síntomas somáticos diversos.

En la actualidad algunas entidades y centros de salud del seguro social de salud del Perú (ESSALUD) y del Ministerio de Salud (MINSA), no cuentan con pruebas Psicométricas adaptadas para evaluar la Depresión, siendo un requerimiento contar con instrumentos psicológicos validos en mi país y en este Hospital público a fin de que brinden resultados e información fidedigna de los problemas depresivos evaluados en determinados contextos y muestra, por lo que se hace necesario contar con instrumentos psicológicos adaptados para poblaciones con realidades y características particulares como es la población de pacientes en un hospital publico

Según Hollon y Beck (1979), indica que “hace referencia de la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: afectiva, conductual y somática cognitiva. Se estima que las distorsiones cognitivas en el estudio y procesamiento de la información, es el origen primordial del desorden del cual se manifiestan los componentes restantes”.

La psicología cognitiva, se recalca como una característica central del procesamiento en pacientes depresivos el sesgo hacia información autorreferencial de carácter negativo” (Bieling & Segal, 2004)

“Este síntoma puede explicarse como una falta de actividad en el estado de ánimo, la persona está tan deprimida que su estado de ánimo que no podrá reaccionar a los estímulos del ambiente” (Mondimore, 2006).

En los últimos años las investigaciones sobre la depresión han ido aumentando repentinamente en el campo de la psicología clínica, esto se debe al interés en acercarse a los problemas psicológicos de diferentes formas; no obstante, estas investigaciones sólo son leídas por personas interesadas en el tema, por lo que sus resultados no llegan a la mayoría de profesionales. (Blazer, 2009).

1.2. Trabajos Previos

1.2.1. Antecedentes Internacionales

Ospina y Guzmán (2011) realizaron un estudio descriptivo transversal sobre síntomas de depresión en jóvenes escolarizados de 10 a 17 años en Chía Colombia, en una muestra de 538 estudiantes. Se empleó como técnica la encuesta y los instrumentos utilizados fueron CDI-Children's Depression Inventory. Se obtuvo como Resultados: 40.5% presentaron síntomas depresivos.

Los síntomas depresivos son frecuentes en adolescentes, por lo que se tiene brindar maniobras que proporcionen revelar circunstancias protectoras para eludir desordenes mayores y diseñar proyectos de educación encaminados hacia una afable vitalidad mental de niños y adolescentes.

Hiceto y Girardi (2011) realizaron un estudio correlacional denominado Relationship between, depression, and hopelessness in adolescents: a structural equation model, en una muestra de 210 estudiantes de escuela secundaria; 103 varones y 107 mujeres de 18-19 años de edad. La técnica empleada fue la encuesta y como instrumento el cuestionario de auto informe para evaluar el temperamento (TEMPS-A), depresión (BDI-II), ANSIEDAD (STAI) y la desesperanza (BHS). Resultados: en el primer factor 52% presento temperamento irritable, 75% temperamento distímico y un 76% de depresión. Conclusión: el estudio establece que los elementos psicológicos demuestran un papel decisivo en el fondo de las tendencias suicidas.

Barrientos, (2010) Realizó una investigación con la meta de acordar la depresión en una escuela secundaria de adolescentes mexicanos. Los instrumentos utilizados fueron la escala de Birlson se encontraron predominantes de depresión del 7%. las particularidades sociodemográficas y parentales fueron: féminas 74%, de 13 años 40%, con enamorado (a) 44%, actividad sexual 3% Ingieren alcohol 14%, tabaco 9%, drogas 4,5%, padre casados 53%. Edad del progenitor de 41

a 50 años de de edad (43%), preparatoria (26%) Edad de la progenitora de 31 a 40 años (65%), licenciatura (28%). Prevalece familia nuclear simple (55%), seguida de la familia monoparental (13%) y extensa (16%), sin certeza de pobreza familiar 69%. Obteniendo como resultados que la depresión es un valor actual en los adolescentes tiene prevalencia en el género femenino, las familias nucleares, que se desempeña como parental; sin certidumbre de pobreza familiar.

Beltrán, Freyre y Hernández (2012) realizaron una investigación denominadas El inventario de Depresión de Beck. Su autenticidad en adolescente, realizada en México cuyo objetivo fue evaluar la organización factorial y las partes psicométricas del BDI-IA para adolescentes mexicanos, la población con la que se trabajo fue de 385 jóvenes; en dos muestras (comunidad general, individuos psiquiátricos visibles con y sin trastorno depresivo), así mismo el instrumento utilizado fue el inventario de Depresión de Beck, además los resultados obtenidos fueron. EL AFE mostró una solución de dos circunstancias: el Cognitivo-Afectivo así mismo el Somático, un AFC señaló un acoplamiento admisible del modelo propuesto por Beck así mismo El BDI-IA mostro una $A a = .92$, y sostuvo una correspondencia significativa con medidas para afrontar y evitar, respuesta de rumia y ansiedad, además mostro buena sensibilidad y especificidad para discriminar entre deprimidos y no deprimidos. Finalmente se obtuvo que el BDI-IA es una fuente valida y confiable de los signos depresivos en jóvenes mexicanos de una muestra clínica y no clínica.

Wagner y Gallo (2012) “La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes de México se identificó que 7.2% de los adolescentes de México, que tienen un promedio entre 12 y 17 años de edad, aguantaron un trastorno depresivo al final del año (IC 95%=6.3–8.3), con casi la mitad de los casos (54.7%) calificados como graves 7”.

Un estudio en cuatro diferentes ciudades mexicanas, se utilizó el CIDI, estimó que uno de cada ocho individuos (12.8%) tiene trastornos depresivos, y que próximo de la mitad los introdujo en el último año

(6.1%). Se descubrió que el sexo, la edad y la escala educativa se vinculan ya que predominan de depresión en el último año.

Botto, Acuña, y Jiménez (2014) En un estudio realizado en Chile refiere que la depresión es una enfermedad constante, habitualmente crónica y que requiere un tratamiento a largo plazo. Su predominancia en una población general está entre 8 y 12%. Se considera que en el año 2030 llegara el primer lugar en la medición de carga de indisposición manifestando los años de vida ajustados por discapacidad.

En el origen de la depresión interactúan circunstancias genéticas y ambientales. Su heredabilidad se ha apreciado en estudios entre 31-42% con una contribución ambiental de 58-67%. Los modelos biológicos de la depresión introducen una extensa serie de genes, siendo el más investigado por que codifica el transportador de serotonina.

1.2.2. Antecedentes Nacionales

Rosas, Yampufé, López, Carlos y Sotil de Pacheco (2011) realizaron un estudio sobre Niveles de Depresión en Estudiantes de Tecnología Médica, la investigación fue en la ciudad de Lima, el objetivo fue decretar el nivel de depresión en estudiantes de Tecnología Médica; asimismo, el diseño que se utilizó fue un estudio transversal, descriptivo, además la muestra que se trajo fue de la escuela Académica profesional de Tecnología Médica, de la facultad de Medicina en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de la ciudad de Lima, Perú. Los Resultados obtenidos fueron los siguientes, en depresión leve se encontró en 39,1% depresión moderada en 32,6% y depresión grave en 28,3%.

Vargas, Tovar, Valverde, (2010) realizaron un estudio correlacional para imponer circunstancias asociadas con el suceso depresivo en jóvenes de Lima Metropolitana y el Callao, para este aprendizaje utilizaron la base de datos del estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002, en donde se detalla una muestra de 991 adolescentes entre 12 a 17 años. Se realizó una encuesta y las herramientas utilizadas fueron temarios para calcular variables demográficas y socioeconómicas, también se encuentran aspectos corrientes de salubridad mental, desordenes clínicos y vínculos intrafamiliares. Resultados: La predominancia presente del acontecimiento depresivo en adolescentes fue 8.6% y los factores asociados fueron: edades de 15 a 17 años, el sexo femenino tiene leve regocijo con las concordancias sociales, reglas y correcciones en el hogar injustos, dilemas alimentarios y afán de morir, Conclusión; la prevalencia del suceso depresivo en jóvenes de Lima Metropolitano y Callao fue semejante y en determinado caos superior a lo hallado en jóvenes en otros países.

Ramírez F, (2010) se trazó con el objetivo de conocer el nivel de depresión, sobre la sintomatología depresiva en adolescentes mujeres: tienen una prevalencia y factores de correlación interpersonal afiliados

en una muestra de 176 estudiantes entre 15 y 19 años adolescentes del quinto grado de secundaria de un colegio nacional. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento usado consta de dos fracciones, la primera: reunió antecedentes sociodemográficos; la segunda: estaba constituida por el nivel de depresión para jóvenes en Reynolds (EDAR). Resultados: la prevalencia de depresión fue el 29.5%. Conclusiones: la agresión escolar y sexual son factores de relación interpersonal asociados a la sintomatología depresiva, la detección adelantada de estas circunstancias cooperara a aminorar la sensación de esta patología en la parentela, la sociedad y el desenvolvimiento correcto aparte de colaborar a disminuir el peligro para el suicidio, la exageración de sustancias y la continuidad de desórdenes depresivos en la etapa adulta.

Sáenz (2010) llevó a cabo un estudio sobre los síntomas depresivos y acoso escolar en un conjunto de adolescentes estudiantes de primero, segundo y tercero de secundaria en una institución educativa estatal con administración religiosa en San Martín de Porres, en una muestra de 350 alumnos entre 11 y 15 años de edad. Cuyo propósito fue determinar el nivel de correlación. La técnica empleada fue la encuesta y los instrumentos utilizados una adaptación del inventario de Depresión Infantil (CDI) para explorar la sintomatología depresiva.

Custodio, Herrera-Pérez y Lira (2014) tomaron una unidad de investigación, Instituto Peruano de Neurociencias. Un factor importante en la etiología y el curso de la depresión y su vínculo con el deterioro cognitivo es la edad en la cual un individuo experimenta su primer episodio de depresión, clínicamente relevante. La situación es, ¿cuál es la edad límite para considerar la edad de inicio de la depresión? Y los estudios brindan distintos puntos de corte, por lo que para esta revisión definiremos depresión de inicio tardío (DIT), a aquellos que comienzan su inicial episodio depresivo después de los 50; mientras que la depresión de inicio precoz (DIP), introducirá a los individuos que

manifiesten su primer episodio depresivo antes de los 50. Estudios basados en población proponen que el 30% de personas perciben DIT, 40% como DIP y en un 30% no se logra determinar la edad de partida debido a fallos metodológicos. La DIT repetidamente se caracteriza por comorbilidad médica, mientras que la DIP es más asiduamente relacionada con otra comorbilidad psiquiátrica y una historia familiar de desorden del humor.

1.3. Teorías Relacionadas al Tema

La sintomatología depresiva hoy en día es importante con una disposición a la altura mundial. Se manifiesta en aquellos sujetos que lucen muchos signos en habitual con cierto dictamen sobre depresión superior y distimia sin presentarse a cumplir con todos los principios que hace referencia el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV TR” (APA, 2005)

El origen del problema, la depresión en niños escolares se ve explicada en mayor parte por el fenómeno migratorio de los padres, ya que es aquí de donde provienen las causas. La ocupación de las remesas es el sostenimiento y mejoramiento de las condiciones de vida de sus familiares.

Nuestro país compone una gran existencia de la desintegración de la familia, primero por una estructura social, la mujer encuentra más obstáculos para trabajar, máxime si su edad es avanzada y si de casada nunca trabajo. La desintegración familiar trae a los hijos las siguientes consecuencias: traumatismo de quedarse sin unos de los progenitores, los hijos crecen sin apoyo maternal o paternal, es más probable que se incorporen a pandillas, se dediquen a la prostitución o al consumo de drogas, esto como una secuencia los lleva a estados depresivos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) informa que actualmente la depresión es el trastorno que causa el mayor número de discapacidades, y hace referencia que en el año 2020 será la segunda fuente de Años de Vida Ajustada por Discapacidad (AVAD) en todas las edades como también en ambos sexos. Los AVAD son el total de los años extraviados de los pacientes requerido a un deceso prematuro o a la improductividad en su vida como resultado de un trastorno.

DEPRESIÓN

La palabra Depresión data del siglo XVI, son el significado de hundimiento o abatimiento y proviene del verbo latino deprimiere lo que quiere decir disminuir, caer dinámicamente, hundirse” (Fernández, 1997, p.26).

El termino depresión se conoce como la destreza de un estado de ánimo generalizado de infelicidad. (Rita y Allen, 1997, p.142). Si definimos el concepto de depresión como un estado de ánimo polarizado hacia el lado negativo de las emociones; basándose así en que las emociones se colocarían en un continuo con dos polos contrarios, positivas(alegría, entusiasmo) y negativas(tristeza, desanimo); puede haber personas que experimenten a la vez muchas emociones positivas y negativas u otras que más bien no experimentan muchas emociones de ningún tipo, y precisamente estas últimas estarían siendo bastantes vulnerables a la depresión (Hernán gomez,2000,p.15).

La depresión etimológicamente proviene del latín depressio: hundimiento, en el cual el individuo manifiesta una debilidad del temperamento de ánimo, minoración de la disposición de experimentar gozo y por ende su autoestima, con notorios sentimientos afectivos, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras. Estas se ven afectadas, estrictamente afectadas, además con serias repercusiones sobre la clase de vida y el descargo socio-ocupacional que puede, presentarse en semanas hasta meses, lo que la persona vive como un peso sobre su existencia y vital provocando el no poder vivir con plenitud viviendo constantemente con ideas de muerte recurrentes(Aycardo,Moreno y De Leon,2006,p.18)

La depresión es un desorden mental habitual, que se singulariza por la presencia de desconsuelo, despiste de afecto o deleite, sensación de fallo o carencia de autoestima, desorden del sueño o del apetito, percepción de fatiga y falta de concentración” (Organización Mundial De la Salud,2003)

Se dice que la depresión es un padecimiento singularizado por una actitud de energía afligido, con despiste de disposición o idoneidad para deplorar gozo por circunstancias que antes lo provocaban, falta de confianza en sí mismo y una sensación de inutilidad, esta depresión tiende a ser episódica , lo que significa que

puede ocultarse y volver entre periodos de total recuperación, pero con exactitud se define un estado depresivo cuando la tristeza continua o se manifiesta de manera espontánea sin ninguna razón y es aquí donde produce un obstáculo en el vivir diario(Garza,2004,p7). La depresión produce inquietud, nerviosismo, cansancio, desvelos en el sueño, sensación de temor y llena la cabeza de pensamiento negativos (Haye y Salesman,1997,p.12)

La Depresión aparece como un sentimiento de tristeza exagerado y presenta una notable baja en el ánimo respecto de un estado de ánimo anterior que para entonces presentaba la persona, así mismo se manifiesta en despiste de disposición o deleite por casi todas las cosas , por ello irrumpe en la vida cotidiana mediante la forma de abatimiento, desesperación y desanimo, se vuelve una tristeza persistente, incontrolable e inconsolable, es así que la depresión representa un sufrimiento y un malestar que vuelve extremadamente difíciles las actividades de la vida de todos los días e imposibilitan, a quienes la padecen (Zon,2009,p.17)

Así mismo, una depresión clínica es una enfermedad que nos afecta completamente, afecta la manera que se piensa y en que se siente, tanto física como psíquicamente (Vicente, 1999, p.34); que se caracteriza como una enfermedad con una evolución tendente a la cronificación, sustancialmente incapacitante y, en ocasiones letal (Chinchilla, 2008, p.18)

Por lo frecuente el indispuesto que padece de depresión sufre un cambio humor depresivo, una desorientación de la aptitud de regocijarse de las cosas, una minoración de su longevidad que lleva a una minoría en su nivel de actividad y un agotamiento notable, que se manifiesta incluso tras un esfuerzo mínimo. (CIE 10, 1992, p.153).

El paciente depresivo piensa que todo lo hace mal, se mide en función de las fuertes exigencias que impone la época, en ese sentido la época favorece la desvalorización por que desarrolla exigencias individuales muy altas, el depresivo se mira así mismo en función de lo que debería ser y por lo mismo es incapaz de valorar lo que es. (Zon, 2009, p.68).

EL MODELO DE BECK

En el campo de las terapias cognitivo-conductuales ha llegado a ser ampliamente aprobado, los factores cognitivos pueden conseguir tener un papel importante en el inicio y mantenimiento de los trastornos emocionales.

“En la teoría cognitiva de Beck la depresión se mantiene por medio de la presencia de esquemas de significado desadaptativo, protegidos y fortalecidos por cambios cognitivos en el modo de procesar la información, provocado por acción de dichos esquemas” (Beck, 1967, p.26).

EVALUACIONES DE LAS REACCIONES DE LOS SUJETOS QUE INTERACTÚAN CON LOS DEPRESIVOS

La mayoría de los estudios realizados con individuos que sociabilizan con los depresivos ha encontrados que esta interacción puede llevar al rechazo del depresivo y a otras respuestas interpersonales negativas, haciendo que el individuo que sociabiliza con él se sienta deprimido, ansioso u hostil.

“Estas respuestas de los otros sujetos son percibidas por los depresivos, aumentando el aislamiento o la sensación de fracaso y, en consecuencia, sus sentimientos depresivos” (Lewinsohn y Shaffer 1971, p.26).

CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Conforme la distribución Internacional de Enfermedades” (CIE 10, 1992, p.155) la depresión se manifiesta mediante los siguientes episodios:

El Episodio Depresivo Leve, este episodio afecta la actividad laboral y social de la persona que padece una depresión, dura al menos 2 semanas. El segundo Episodio es ciertamente más intenso que el anterior, a este le denominamos Episodio Depresivo Moderado el cual dura mínimamente dos semanas y se presenta en varios síntomas en un grado con angustia o agitación así mismo se revela olvido de aprecio de su semejante, aparecen sensación de ineficacia o de tropiezo, y la fatalidad de suicidio en casos particulares, durante este episodio el afectado no es capaz de proseguir con su tarea laboral, social o doméstica (CIE 10, 1992, p.155).

Además, (Zon, 2009, p.48) describe dos tipos de depresión el primero lo denomina Enfermedad Maniaco-Depresiva o Bipolar el cual se trata de una constante alteración entre estados depresivos y maníacos de exceso. Son estados contrarios que se alteran entre sí, en la manía aparece una euforia anormal excesiva o también una irritabilidad inusual, disminuye la necesidad de dormir, aparecen ideas de grandes, necesidad de conversación, pensamientos apresurados, mayor deseo sexual o falta de juicio y el segundo tipo lo describe como una Depresión Estacional la cual es la que aparece en invierno, cuando la exposición a la luz disminuye. El nombre científico es SAD por sus siglas en inglés y se conoce en español como TAE lo que quiere decir trastorno Afectivo Estacional, aparece sobre todo en altas latitudes, en los países nórdicos y las zonas de escasa luminosidad.

Garza, define al trastorno afectivo estacional es un problema en los países con inviernos largos, pues aparece entre octubre y febrero y tiende a mejorar en la primavera, presentando los mismo síntomas que en la depresión, sin embargo los que tienen TAE tienden a dormir más aumenta su apetito especialmente en los carbohidratos y suben de peso (2004,p.19).

Por su parte (Garza,2004,p.17) define la depresión bipolar como el ánimo que tiene dos polos uno de tristeza y otro de alegría , se caracteriza por una alteración en el equilibrio del ánimo , el cerebro posee la disposición de resistir un estabilización en el ánimo de tal manera que si se sufre de depresión por algún acontecimiento, al poco tiempo volveremos a nuestro ánimo básico, por lo que el sujeto tolerara periodos de depresión y exaltación (manía), estos estados se alteran a lo largo del tiempo y también se le conoce como trastorno maniaco-depresivo, estos periodos maníacos o de emoción pueden ser de dos modelos de euforia donde hay un ánimo dichoso o de disforia donde lo que prevalece es la cólera.

De igual manera ,(Nathan,Gorman y Saljind,1999,p.152) nos refiere que el trastorno bipolar es una anomalía importante del ánimo caracterizada por depresión moderada o severa que alterna con episodios de euforia muy exagerada, actividad física y una exaltación inmensa(irreal) del ánimo y un optimismo casi constante, presenta las características de la depresión y de la manía como son la excitabilidad

e ideas de grandeza, se distraen fácilmente no necesita dormir mucho su actividad es frenética y está centrado en las tareas pendiente de la escuela o del trabajo.

La distimia es una apariencia crónica de depresión en la cual la actitud de atrevimiento está bajo mientras la mayor porción de duración , para la evaluación es imprescindible que este desorden tenga una perdurabilidad mínima de dos años , es más usual en las mujeres que en los hombres, se caracteriza por que son personas que van por la vida pensando negativamente sobre sí mismas, sin energía, con gran dificultad para tomar decisiones y concentrarse, manifestando también con frecuencia los trastornos de apetito y sueño, suelen mostrar síntomas físicos como fatiga o cefalea a los cuales no se le encuentra explicación (Garza,2004,p.16), de igual modo el mismo autor refiere que la depresión es conocida como Doble Depresión cuando un persona con distimia sufre de una condición adversa en la vida tiende a tener un trastorno depresivo mayor, que se incorpora al estado depresivo ya existente a esta orientación la llamamos doble depresión.

Depresión atípica o Trastorno Depresivo No Especificado, es un subtipo de la depresión generalmente incluye insomnio inicial, aumento del apetito, dormir demasiado, numerosos signos de inquietud y fóbicos, separación de manifestaciones endógenos claros como incumplimiento ,adelgazamiento y falta de placer vital, los principios para hacer una evaluación componen incremento considerable de apetito, elevación de peso mínimo de 4.5 kg. Unas 10 horas de sueño al día, además de fatiga intensa y significativo que da origen a una impresión de parálisis o pesadez extrema de brazos y piernas (Garza,2004,p.17).

CAUSAS DE LA DEPRESIÓN.

La Depresión estima casi siempre como motivo una experiencia externa, como las desilusiones que pueden ser causadas por diferentes motivos , es así que mientras más importante sea para nosotros la persona que nos hizo sufrir mayor será la desilusión , también está la soledad, al individuo a quien le ha sido arrebatado el objeto de su amor , por muerte o por el abandono, se hunde en una depresión que lo lleva a la soledad , el dolor psíquico aumenta en la soledad y solo puede ser curado si encuentra amor y comprensión; así mismo, la falta de autoestima para consigo mismo es un factor importante en la depresión ya que ocurre que casi siempre intenta una excelencia tan elevada que les resulta irrealizable autoaprobarse y por eso viven engrandeciendo sus fallas, suele haber las comparaciones injustas aparece el descontento con los que somos, con lo que hacemos y con lo que tenemos, todo esto hacen que nuestros pensamientos se vuelvan tristes y pesimistas causando depresión (Haye y Salesman,1997,p.65).

La Depresión produce una pérdida de balance en el cerebro, se ha hallado en pacientes depresivos una falta de estabilización en la comunicación entre sustancias (neurotransmisores) entre una célula y otra, particularmente en tres de ellos: Serotonina, norepinefrina y dopamina (Garza, 2004, p.9). Hay algunas enfermedades que causan depresión como el Parkinson o las demencias , concurren frecuentemente con la depresión de igual manera tienen un riesgo de provocar depresión superior, también la tiroides causa depresión dado que la hormona tiroidea es elemental para un estado de ánimo normal, cuando esta hormona tiene un nivel bajo (HIPOTIROIDISMO) la depresión es uno de sus síntomas más nosotros, junto con la fatiga, la tendencia a engordar , la caída de pelo, entre otros (Garza,2004,p.10).

SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

Entre los síntomas más resaltantes de la depresión tenemos los siguientes:

Los síntomas Anímicos se manifiestan en alteraciones en el estado de ánimo, abatimiento, pesadumbre, tristeza, infelicidad, desesperanza e irritabilidad, pérdida de afecto, agresividad, locuacidad o exceso de palabras, el deseo de ser necesarios o de ser estimado, en algunos casos exhibicionismo, el joven que siente la depresión de su adolescencia exhibe públicamente las palabrotas de su vocabulario. (Haye y Salesman, 1997, p.28).

Los síntomas cognitivos se manifiestan con alteraciones en los procesos y contenidos del pensamiento, suele producirse la valoración negativa de uno mismo, aparece la baja autoestima, y sentimientos de inutilidad o culpa, del entorno y del futuro, disminuye de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, los pensamientos repetidos de muerte o ideas de suicidio suele ser constante en la persona que lo padece. (Haye y Salesman ,1997,p.28).

Los síntomas físicos se presentan con alteraciones en las funciones biológicas, cambio de sueño y alimentación, fatiga o pérdida de energía, molestias corporales difusas, disminución de la actividad y deseos sexual, aspecto descuidado dolencias físicas. (Haye y Salesman, 1997, p.24).

Los síntomas interpersonales afectan las relaciones con los demás, disminución del interés social, y se muestra un deterioro de las relaciones con los otros , la persona se aísla o suele mostrar a veces excesiva dependencia de las personas más próximas. (Hernangomez,2000, p.33).

CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN

Las descripciones que se mencionan en los adolescentes depresivos se manifiestan algunas como las que describe Hays y Salesman (1997): empiezan con una baja autoestima, se aíslan del entorno social iniciando un retraimiento social posteriormente sigue la deserción escolar, falta de apetito no pueden dormir en algunos casos se inicia el consumo de drogas e integración de pandillas, en el caso de los adolescentes el embarazo adolescente es más propenso cuando no hay una buena relación con la figura materna en casa, en los casos de depresión grave que no han sido tratados a tiempo desencadenan en suicidio.

ASPECTOS PSICOTERAPÉUTICOS DE LA DEPRESIÓN

Los tratamientos de las terapias psicológicas de la depresión son muy variadas pero entre las más comunes tenemos a la terapia conductual, la cognitiva, psicodinámica, la interpersonal, la de apoyo y la psicoterapia de grupo” (Garza, 2004, p.62).

Terapia Cognitiva es un tratamiento centrado en el presente que en el pasado, quiere modificar los pensamientos dañinos a través de una secuencia de métodos, se encuentra certeza que el pensar negativamente modifica la química cerebral y en efecto la conducta del individuo, este tratamiento invita al paciente a que lleve a cabo labores determinadas entre una función y otra lo cual incorpora por ejemplo a anotar los pensamientos y los sentimientos rebeldes con el fin de poder quebrar las distorsiones. A su vez (Nathan, Gorman y Salkind, 1999, p.148) nos refiere que esta terapia se focaliza en modificar la vista dañina que tiene el paciente deprimido hacia su persona, del mundo y del futuro, con el propósito de cambiar la visión negativa de todo lo que engloba el marco de referencia del individuo, a lo largo de la terapia se va animando al paciente a que controle su propia conducta, sentimientos y pensamientos asociados.

Terapia Conductista esta terapia nos dice que los actos y pensamientos del paciente prolongan la depresión y quizá la causen, la base teórica de la terapia conductual es la que se aplica a un paciente que ha enfermado por conductas

inapropiadas que los destruyen, esta terapia se enfatiza a la mejora día a día con entrenamientos concretos para manejar las actividades del paciente y su autocontrol.

Nathan,Gorman y Salkind(1999,) “ refiere que la terapia conductual se centra fundamentalmente en mejorar las habilidades sociales, las habilidades de comunicación y en reducir las experiencias vitales desagradables o negativas de la persona que tiene depresión.

Psicoterapia Psicodinámica esta terapia intenta no solo mejorar los síntomas que manifiesta el paciente ,lo quiere de manera integral, es así que se orienta a sus prácticas anteriores para poder entender los problemas actuales comprobando en aspecto el pasado del paciente , para ello se analiza las figuras de la infancia y su vínculo con ellas característico con los parientes para solucionar disputas pasadas solo si continúan alborotando , este procedimiento pretende adelantar los patrones de hábitos dañinos (Garza,2004,p.63).

Terapia Interpersonal este tratamiento se acomoda con continuidad en el momento que la depresión se encuentra a una disposición común de vida, tanto el deceso de una persona querida a esto se le nombra intervención en crisis y se dirige en el aprendizaje y conclusión de los asuntos que se encuentra entre el individuo y su posición de vida, el terapeuta ayuda a restaurar el equilibrio vital con una inclinación de cambios del comportamiento en el individuo. Así mismo (Nathan,Gorman y Salkind,1999,p.148) nos dice que la terapia interpersonal se centra en identificar y mejorar las dificultades del funcionamiento interpersonal tales como son desempeñar papeles, enfrentarse a duelos no resueltos y al aislamiento social.

“Psicoterapia de Apoyo consiste principalmente en la educación aportándoles conocimiento al paciente sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento a seguir, buscando el apoyo de la familia y de los amigos más cercanos se sugieren los manejos de relaciones interpersonales en el trabajo, se invita al paciente a no tomar decisiones sobre el cambio en la situación de vida cuando este está muy deprimido, pesimista o ansioso” (Garza,2004,p.64)

Psicoterapia de Grupo esta terapia contrae numerosas peculiaridades, el modelo de conjunto con crecimiento habitual es el de la autoayuda al cual el individuo asiste para distribuir sus afectos y destrezas con distintos sujetos, se demora comprometer un ambiente de soporte que contribuya corregir, esta terapia es provechoso para las personas solitarias y que no tienen motivos para distribuir sus sentimientos” (Garza,2004,p.64).

La indefensión Aprendida es entendida como la inhabilitación de descifrar algún conflicto, la cual se encuentra asociada a la teoría de la desesperanza. Esta terapia nos dice que el problema reside precisamente en la perdida de esperanza para conseguir los refuerzos así pues, los individuos que ante acontecimientos negativos llevan a cabo atribuciones internas, globales y estables, es decir, se ven como cumplidores directos de los mismos, mantienen una mayor probabilidad de padecer depresión” (Cervera,2011,p.30).

Teoría Biológica nos dice que la depresión desde esta teoría se debe a un desequilibrio de los neurotransmisores. Está comprobado que cuando estamos deprimidos tenemos esa inestabilidad y que cuando tomamos la medicación adecuada, los neurotransmisores se estabilizan y nuestro estado de ánimo cambia” (Cervera,2011,p.30)

PSICOMETRÍA

Se entiende como la especialidad que posee por propósito el incremento de patrones cuantitativos que admitan variar los fenómenos o constituido en antecedentes, diseñando sistemas aptos para el empleo de prototipos con el fin de decretar la disimilitudes particularidades de los individuos en cuanto a sus cualidades, sus propiedades o sus rasgos” (Fernandez,Cayssial y Perez, 2010,p.14)

Asimismo, la psicometría es un campo de entendimiento cuyo apelativo, variado por psico y metria, la define como la evaluación de lo psicológico, o la medición en psicología” (Santisteban, 2009, p .21).

Esta denominación aglutina todo el grupo de sistemas responsables que facilitan el sondeo de variables psicológicas reuniéndose en las condiciones que puedan aprobar portar a cabo todo curso de evaluación en psicología y en constituir las bases para que estos se desarrollen y realicen de forma adecuada” (Martinez, 2005,p.21).

Otro autor define la psicometría como una rama de la psicología que, mediante teorías, métodos y técnicas vinculados al desarrollo y la administración de tests, se ocupa de la medida indirecta de los fenómenos psicológicos con el objetivo de hacer descripciones, clasificaciones, diagnósticos, explicaciones o predicciones que permitan orientar una acción o tomar decisiones sobre el comportamiento de las personas en el ejercicio profesional de la psicología. (Meneses, et al, 2014).

ADAPTACIÓN

Una adaptación involucra conocer y atender las especificidades de una comunidad, así como los cambios que esta pueda presentar, es decir la adaptación de un instrumento está sujeta a una serie de estudios que deben realizarse para ajustar una prueba original proveniente de un determinado medio sociocultural para poder adaptarlo a otro contexto sociocultural. (Fernandez, Cayssial y Perez, 2010,p.161)

VALIDEZ

En psicometría la validez mide aquello que se supone que está midiendo. Es decir, el nivel en que la certeza y la teoría dan soporte a las interpretaciones” (Santisteban, 2009, p.209).

Validez de Contenido: Aquella que declara la magnitud en que la capacidad de un test establece un modelo característico de los componentes del constructo que procura estimar. (Santisteban, 2009, p.210).

Validez relativa a un criterio: Aquella que el usuario del test desea sacar inferencias acerca de determinadas conductas en situaciones reales y de importancia práctica, manifiesta los vínculos del constructo con diferentes constructos operacionalizada normalmente en conclusiones de correlaciones y regresiones del test con otras medidas. (Martinez, 2005, p.335).

Validez de Constructo. Aquella que en el tiempo que el individuo del test aspira aproximar deduciendo hábitos o habilidades por la que deben congregarse bajo el protocolo de un constructo psicológico específico. Incorpora completa la certeza que accede la explicación de las valoraciones de los test” (Martinez, 2005, p.335)

CONFIABILIDAD

La confiabilidad es un índice de la calidad de la técnica de evaluación, su indagación está a cargo de quien elabora o adapta el instrumento en cuestión” (Fernandez,Cayssials y Perez, 2010,p.118).

Tipos de Error. Una medición realizada a través de un instrumento psicométrico, puede estar influida por fuentes de error tan diferentes y variadas, es así que los Errores Sistemáticos, son aquellos que desplazan las puntuaciones en cierta dirección, generando una puntuación sistemáticamente elevada o baja, estos errores sistemáticos pueden ser detectados a través del análisis de validez del instrumento. En cambio los Errores Asistemáticos, son aquellos errores sin posibilidad de ser controlados, impredecibles o aleatorios, ya que son generados por las variaciones cuya causa es el azar, los estudios sobre confiabilidad se ocupan de los errores asistemáticos (Fernandez,Cayssials y Perez, 2010,p.120).

El coeficiente de Crobach puede ser utilizado en reactivos no dicotómicos o sea, en ítems que incluyen una categoría de dilemas factibles para que el individuo los responda en la actualidad es el estadístico más utilizado para obtener una estimación de la confiabilidad de las consistencia interna “(Fernandez,Cayssials y Perez, 2010,p.137).

El coeficiente de Alfa es el valor que estima la consistencia entre los elementos que componen la prueba. En este sentido el coeficiente alfa aporta una forma diferente de concebir y calculas el coeficiente de fiabilidad, pues se basa en la magnitud de las variaciones entre los distintos elementos en relación con la varianza total de la prueba “(Santisteban, 2009, p.121)

BAREMOS

El baremo consiste en retribuir a cada admisible calificación directa un mérito numérico de una establecida escala que anuncia sobre la situación que ocupa la calificación directa y por tanto el sujeto que la consigue en vínculo con los que alcanzan los sujetos que constituyen el conjunto normativo donde se bareman las pruebas. (Abad,2005,.p.4)

Centieles: Los centiles Son extensiones de emplazamiento en una repartición de frecuencias, los baremos centiles deben retribuir a cada probable calificación directa un valoración (en una escala de 1 a 100) que se designa centil (o percentil) y que señalan el porcentaje de individuos del conjunto normativo que obtiene calificaciones idénticos o defectuosos a las pertinentes directas (Abad, 2005, p.4)

1.4 Formulación del Problema

¿Será válida y confiable la escala de Autoevaluación para la Depresión para un grupo de pacientes de Cardiología y Neurología en un Hospital público del distrito de Ventanilla, 2017?

1.5 Justificación del Estudio

Este estudio pretende aportar en el ámbito psicométrico de la psicología clínica. A través de la adaptación de la escala de autoevaluación para la depresión. La escala de autoevaluación para la Depresión, Tendrá adecuadas propiedades Psicométricas, así mismos baremos específicos para los pacientes de Neurología y cardiología en un hospital público.

Además, procura contribuir con precedentes científicos relativos de las propiedades psicométricas de la Escala de Autoevaluación para la Depresión en nuestro contexto.

Presenta relevancia social de esta investigación es de mucha consideración para las personas del Hospital público, ya que ellos serán los principales beneficiarios de los resultados que se obtendrán, los cuales permitirán ser utilizados para suscitar mejores conocimientos sobre la depresión y se puedan ejecutar programas y talleres de depresión.

A nivel práctico, esta investigación pretende diseñar un instrumento psicológico obteniendo resultados que ayudaran a conocer las principales actitudes de la depresión ya sea de ambos sexos como las diferentes edades, esto se dará a través de la adaptación de un test que contara con reactivos de igual manera con Validez, Confiabilidad y Baremos elaborados para dicho test, lo cual permitirá tener una mayor perspectiva con respecto a los resultados.

A nivel teórico, con la investigación propuesta se podrá cubrir ciertos vacíos cognoscitivos que se tienen con respecto a la variable DEPRESIÓN .De igual manera con los resultados que se expondrá cerca de dicha investigación se pueden proponer y proyectar recomendaciones e ideas para la elaboración de futuros estudios con relación a esta variable investigada.

Finalmente a nivel metodológico, será de gran importancia e interés para contribuir al mayor conocimiento de salud mental en dicho hospital público, así como esta adaptación servirá posteriormente al trabajo de los expertos de la sanidad mental que estén encantados en el tema y en igual forma a contribuir para un trabajo más eficaz en su quehacer cotidiano y profesional de la salud mental a favor de los ciudadanos que padecen este trastorno.

1.6 Objetivo

1.6.1 Objetivo General

Dotar de validez y confiabilidad la escala de autoevaluación para la depresión en pacientes de neurología y cardiología en un hospital Público del distrito de Ventanilla, 2017.

1.6.2 Objetivos Específicos:

Determinar la validez de la escala de autoevaluación para la depresión en pacientes de neurología y cardiología en un Hospital público.

Determinar la confiabilidad de la escala de autoevaluación para la depresión en pacientes de neurología y cardiología en un Hospital público.

Establecer los baremos de la escala de autoevaluación para la depresión en pacientes de neurología y cardiología en un Hospital público.

II. MÉTODO

2.1 Diseño de Investigación

Dado que el presente estudio de creación de instrumentos psicológicos no involucra manipulación de variables pero sí la observación de la información sobre las propiedades psicométricas del Cuestionario de depresión en dos momentos determinados, el presente trabajo de investigación posee un diseño de investigación no experimental – longitudinal (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 270).

Las estrategias a seguir para dotar de propiedades psicométricas al Cuestionario de Depresión son las siguientes:

Para el tema de validez de contenido, de constructo, confiabilidad por consistencia interna y elaboración de percentiles se siguió el diseño de enfoque exploratorio (Sánchez y Reyes, 2002, p. 37):

2.2 Tipo de Investigación

El tipo de estudio es de corte instrumental según la acepción y la clasificación propuesta por Montero y León (2002, p. 507) referido a una estrategia concebida al desarrollo de pruebas psicológicas.

Estudio Descriptivo mediante Observación

Componen esta categoría los estudios que utilizan observación sistemática, natural o estructurada, con un objetivo descriptivo (Berk, 1986)

Se busca especificar con precisión las propiedades, características y rasgos considerables de cualquier fenómeno que se tenga que analizar (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2010, p. 80), e instrumental, la cual refiere que se estudia las propiedades psicométricas de las pruebas , tanto diseño como adaptación (Montero y Leon, 2007, p. 855).

Estudios Instrumentales

Se han considerado como pertenecientes a esta categoría todos los estudios encaminados al desarrollo de pruebas y aparatos, incluyendo tanto el diseño como la adaptación de los mismos (Montero y Alonso 1992)

2.3 Variables y Operacionalización.

2.3.1. Depresión

- **Definición conceptual**

La depresión es una tendencia a interpretar los sucesos cotidianos de manera negativa, ver las cosas como poco prometedoras en lugar de apreciarlas de manera positiva (Beck 1976)

Definición operacional

El inventario de Depresión de Reynolds proporciona una medida de severidad de la sintomatología (psicológico, cognitivo y somático vegetativo) de la depresión

- **Dimensiones e ítems**

La depresión posee tres factores, los cuales se subdividen en cinco dimensiones:

1. Factor I Desesperanza, tiene 8 Ítems.
2. Factor II Baja Autoestima , tiene 11 Ítems
3. Factor III, Ansiedad tiene 11 Ítems

2.4 Población y Muestra

Población

Según Hernández, Fernández y Baptista. (2014) “la población o universo es el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones”. (p.174).

La población de esta investigación estuvo conformada por 200 pacientes de Neurología y Cardiología, los participantes pertenecen a un Hospital público.

Muestra

Según Hernández, et al. (2014) “la muestra es, en esencia, un sub sub grupo de la población. [...] subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población. (p.175).

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico-Intencional, pues no todos tuvieron la misma posibilidad de ser escogido, sino dependió del investigador; por lo tanto, los resultados de este estudio solo son válidos en la muestra y no son generalizados a toda la población Hernández et al. (2014)

Es por ello que la muestra de esta investigación piloto estará constituida por un total de 200 pacientes de Neurología y Cardiología en un Hospital público.

Criterios de inclusión:

Formaron parte de la muestra aquellos pacientes que cumplan:

- Edad: 18 a 65 años
- Sexo: masculino y femenino
- Estudios secundarios o técnicos en curso.
- Comprender pacientes neurológicos con diagnósticos leves

Criterios de exclusión:

No formaron parte de la muestra aquellos pacientes que:

- Aquellos que dejen el cuestionario incompleto.
- Aquellos que no deseen participar de la evaluación.

2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

En esta investigación se utilizó la técnica de evaluación psicométrica. En cuanto al instrumento de recolección de datos se utilizó el inventario de Depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR)

FICHA TÉCNICA

NOMBRE	: Escala psicométrico de Depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR)
AUTOR	: Willian M. Reynols.
AÑO	: 2002
OBJETIVO	: Determinar síntomas depresivos
MATERIALES	: Inventario de Auto Informe de Lápiz y papel
ADMINISTRACIÓN	: Individual y colectiva para Adolescentes (13 años) y adultos

BASE TEORICA : El primer instrumento EDAR, se resalta que inicialmente solo se contaba con un instrumento para medir la depresión en niños por Reátegui denominado Children's Depresión Inventory (CDI) en kovacs; siendo necesario estandarizar y modificar la escala de depresión para adolescentes de Reynolds en 1999 La versión original se introdujo en

La depresión era producto de una tendencia a interpretar los sucesos cotidianos de manera negativa, ver las cosas como poco prometedoras en lugar de apreciarlas de manera positiva (Beck (1976) citado por Barlow y Durand, 2006, p.33)

Se construyó para medir las manifestaciones conductuales de la depresión y disponer de una evaluación cuantitativa de la intensidad de la depresión

ADMINISTRACIÓN: Cada ítem de la escala recoge un síntoma depresivo y para cada uno de ellos se presenta cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad.

CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN: consta de 30 ítems con respuestas tipo likert: casi nunca, rara vez, algunas veces y casi siempre. La misma está redactada en forma actual para saber si padece algún sufrimiento presente, el formato de respuesta evalúa la frecuencia de los síntomas psicopatológicamente positivos del desorden depresivo; de los 30 ítems siete son inconsistentes con la depresión (1, 5, 10, 12, 23, 25 y 29); sin embargo los ítems más críticos (6, 14, 20, 26, 29 y 30) son reactivos que se clasifican de modo inverso, es decir, la respuesta “casi nunca” recibe 4 puntos; “rara vez” recibe 3 puntos; “algunas veces” recibe 2 puntos y “casi siempre” recibe 1 punto.

PSICOMETRÍA

- Validez:
- Confiabilidad:
- Normas:

Validez y Confiabilidad: Willian M. Reynolds realizó un estudio llamado Fiabilidad, Validez y Datos Normativos de la escala para la Depresión, los resultados obtenidos de dicha investigación fueron que las cifras de Fiabilidad de BDI fueron altas tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de crombach=0,83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest oscilaron entre 0,60 y 0,72 para tres subgrupos diferentes de la muestra total)

a) Validez

Validez de Contenido:

Coefficiente V de Aiken: Este coeficiente puede obtener valores entre 0 y 1, y a medida que sea más elevado el valor computado, el ítem obtendrá una mayor validez de contenido. Como indica Escurra (1988, p. 107), la fórmula empleada para determinar la validez de contenido fue la siguiente:

$$V = \frac{S}{(N(C - 1))}$$

En donde S, es igual a la sumatoria de Si (valor asignado por el Juez), N es el número de jueces y C, constituye el número de valores del Inventario, en este caso 2 (acuerdo y desacuerdo). Escurra (1988, p. 108) señala que para que un ítem se considere válido, debe tener un coeficiente de V de Aiken igual o mayor a 0,80, es indispensable contar con la aprobación de 4 jueces como mínimo (en el caso de que sean 5 jueces).

Tabla 1

Validez de contenido de la Escala de Depresión de Reynolds (EDAR) según coeficiente de V de Aiken

ITEMS	J1	J2	J3	J4	J5	SUMA	V AIKEN
1	1	1	1	1	1	5	1
2	1	1	1	1	1	5	1
3	0	1	1	1	1	4	1
4	1	1	1	1	1	5	1
5	1	1	1	1	1	5	1
6	1	1	1	1	1	5	1
7	1	1	1	1	1	5	1
8	1	1	1	1	1	5	1
9	1	1	1	1	1	5	1
10	1	1	1	1	1	5	1
11	1	1	1	1	1	5	1
12	1	1	1	1	1	5	1
13	1	1	1	1	1	5	1
14	1	1	1	1	1	5	1
15	1	1	1	1	1	5	1
16	1	1	1	1	1	5	1
17	1	1	1	1	1	5	1
18	1	1	1	1	1	5	1
19	1	1	1	1	1	5	1
20	1	1	1	1	1	5	1
21	1	1	1	1	1	5	1
22	1	1	1	1	1	5	1
23	1	1	1	1	1	5	1
24	1	1	1	1	1	5	1
25	1	1	1	1	1	5	1
26	1	1	1	1	1	5	1
27	1	1	1	1	1	5	1
28	1	1	1	1	1	5	1
29	1	1	1	1	1	5	1
30	1	1	1	1	1	5	1

En la tabla 1 se observan los resultados de la V de Aiken de la Escala de Compromiso Organizacional de Meyer & Allen. Los valores obtenidos señalan que ningún ítem será eliminado, conservándose los 30 de la escala de origen.

a) Confiabilidad:

CONFIABILIDAD POR CONSISTENCIA INTERNA

Nunnally y Bernstein (1995, p. 253) señalan que la consistencia interna describe las estimaciones de confiabilidad basadas en la correlación promedio entre reactivos dentro de una prueba. Existen diversos métodos para calcular este tipo de coeficiente, siendo los más usados: Alfa de Cronbach y el método de división por mitades (Alarcon, 1991, pp 302-304).

- Confiabilidad por Alfa de Cronbach

El coeficiente *alfa de Cronbach* es un modelo de consistencia interna, basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems. Tomando valores entre 0 y 1, donde: 0 significa *confiabilidad* nula y 1 representa *confiabilidad* total, siendo el punto de corte 0.70 (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 567).

En la siguiente tabla se aprecia que el alfa del Cronbach del test total es de 0.808, es decir, posee un elevado nivel de consistencia interna.

Tabla 2

Confiabilidad según Alfa de Cronbach del Test de Depresión

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,808	,798	30

- **Método de división por mitades.**

Díaz (1993, p. 377, citado en Ferreras, 2008) sostiene que el proceso de la división en dos mitades para el cálculo de la fiabilidad consiste en la construcción de dos formas paralelas del mismo test seleccionando por un lado los elementos que ocupan posiciones pares, y por otro los que ocupan posiciones impares.

Esta fiabilidad se obtiene calculando el coeficiente de correlación de Pearson sobre las dos mitades paralelas y corrigiendo posteriormente el coeficiente obtenido a través de la fórmula Spearman-Brown (Díaz, 1993, p. 377, citado en Ferreras, 2008). Si el coeficiente es mayor a 0.70, es indicador de que la prueba es confiable.

Tabla 3*Índice de dos mitades de la escala de depresión*

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,826
		N de elementos	15 ^a
	Parte 2	Valor	,311
		N de elementos	15 ^b
	N total de elementos		30
Correlación entre formularios			,658
Coeficiente de Spearman- Brown	Longitud igual		,794
	Longitud desigual		,794
Coeficiente de dos mitades de Guttman			,712

La tabla 3 muestra una correlación de 0,712 entre ambas mitades, lo que genera una alta confiabilidad mediante el método de dos mitades.

b) Baremos:

Los baremos consisten en asignar a cada posible puntaje directo un valor numérico (en una escala determinada) que informa sobre la posición que ocupa el puntaje directo (y por tanto el individuo que la obtiene) en relación con los que obtienen las personas que conforman el grupo normativo donde se bareman las pruebas (Abad, Garrido, Olea, y Ponsoda, 2006, p.119)

A continuación, se presentan los percentiles para cada una de los componentes y el puntaje total de la muestra piloto.

Tabla 4*Percentiles para los tres niveles y el puntaje total (Depresión)*

Nivel	Pc	Factor 1	Factor 2	Factor 3	TOTAL	Pc
Muy Bajo	1		17	20	45	1
	2		18-21		46-47	2
	3		22	21	48-50	3
	4	0-8		22		4
	5		23		51	5
	6					6
	7	9			52	7
	8			23		8
	9				53	9
Bajo	10	10	24	24	54-55	10
	15		25			15
	20	11		25	56-58	20
	25	12	26		59	25
	30	13	27	26	60-61	30
Promedio	35					35
	40	14	28	27	62-63	40
	45					45
	50	15	29	28	64-65	50
	55					55
	60	16	30	29	66-67	60
	65			30		65
	70	17		31	68-70	70
	75			32		75
	Alto	80	18	31-32	33	71-73
85						85
90		19-21	33		74-75	90
Muy alto	91		34			91
	92	22	35		76	92
	93		36	34	77	93
	94		37			94
	95	24	38	35	78	95
	96	25	39	36	79	96
	97	27	40	37-40	80	97
	98	28	41-42	41-42	81-83	98
	99				84-102	99
	Media		30.41	11.18	10.89	84.41
DS		6.166	2.481	2.166	11.190	DS

2.6 Métodos de Análisis de Datos

El método cuantitativo está basado en la toma de medidas, las cuales a través del análisis de datos podrán concluir en estadísticos.

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, ya que los datos recolectados serán expresados gráficamente a través del software estadístico SPSS, para la respectiva interpretación de los resultados.

Se seleccionó la población a la cual va dirigido el instrumento y se evaluó una muestra de 200 trabajadores de un hospital público, realizada en el distrito de Ventanilla. Posteriormente se ingresaron los datos en el programa estadístico SPSS para procesar la información.

Para la estadística descriptiva se empleó la media aritmética, desviación estándar, moda, media, asimetría, curtosis, frecuencias, porcentajes y percentiles. Para la prueba de normalidad se usó Kolmogorov- Smirnov.

Finalmente, para hallar la correlación entre variables se utilizó el estadístico Rho de Spearman.

2.7 Aspectos éticos

Las consideraciones éticas de la presente investigación resguardan la identidad y la confidencialidad de las personas que participaron en el estudio y de los resultados que se han obtenido.

Se expuso clara y abiertamente a los participantes el propósito y alcances del estudio a través del consentimiento informado y se respetó su intimidad durante la encuesta.

Asimismo, se estableció el derecho de los participantes a retirarse de la investigación en el momento que lo deseen y por las circunstancias que ellos juzguen conveniente.

III. RESULTADOS

Prueba de Kolmogorov-Smirnov

Los resultados obtenidos proporcionan respuesta a cada uno de los objetivos planteados, donde se buscó determinar si la escala de adicción – DUWAS – posee las propiedades psicométricas adecuadas para poder ser utilizado en nuestro contexto.

Tabla 5

Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov

	Desesperanza	Baja Autoestima	Ansiedad
Kolmogorov-Smirnov	.842	.955	1.616
Sig.	.088	.122	.074

En la tabla 5, se puede apreciar que las puntuaciones de ambas dimensiones se ajustan a la distribución normal.

Tabla 6.*Validez de constructo ítem – test de la escala de Depresión*

Correlaciones	
	Total
ITEM 1	,176*
ITEM 2	,347**
ITEM 3	,225**
ITEM 4	,393**
ITEM 5	,296**
ITEM 6	,353**
ITEM 7	,170*
ITEM 8	,099
ITEM 9	,403**
ITEM 10	,296**
ITEM 11	,547**
ITEM 12	,307**
ITEM 13	,193**
ITEM 14	,278**
ITEM 15	,308**
ITEM 16	,343**
ITEM 17	,521**
ITEM 18	,286**
ITEM 19	,506**
ITEM 20	,355**
ITEM 21	,392**
ITEM 22	,406**
ITEM 23	,415**
ITEM 24	,369**
ITEM 25	,491**
ITEM 26	,426**
ITEM 27	,234**
ITEM 28	,181*
ITEM 29	,629**
ITEM 30	,565**

En la tabla 6, se evidencia un índice de validez ítem-test muy bueno en todos los ítems, con valores entre 0,362 y 0,666, indicando un buen grado de relación entre lo que mide el ítem y lo que se pretende medir en toda la escala de Depresión.

Tabla 7

Análisis Factorial Exploratorio de componentes principales de la escala de depresión

Componente	Varianza total explicada								
	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4.994	19.208	19.208	4.994	19.208	19.208	2.828	10.875	10.875
2	2.909	11.189	30.397	2.909	11.189	30.397	2.543	9.782	20.658
3	1.636	6.291	36.688	1.636	6.291	36.688	2.097	8.067	28.725
4	1.425	5.482	42.170	1.425	5.482	42.170	1.787	6.872	35.597
5	1.337	5.141	47.311	1.337	5.141	47.311	1.731	6.656	42.253
6	1.231	4.734	52.045	1.231	4.734	52.045	1.688	6.491	48.743
7	1.100	4.232	56.277	1.100	4.232	56.277	1.625	6.248	54.991
8	1.032	3.968	60.245	1.032	3.968	60.245	1.366	5.254	60.245
9	.998	3.838	64.084						
10	.945	3.633	67.717						
11	.863	3.321	71.038						
12	.807	3.104	74.142						
13	.755	2.906	77.047						
14	.705	2.712	79.759						
15	.666	2.562	82.321						
16	.581	2.233	84.554						
17	.573	2.206	86.760						
18	.542	2.084	88.844						
19	.486	1.868	90.712						
20	.450	1.732	92.444						
21	.424	1.632	94.076						
22	.392	1.508	95.584						
23	.331	1.274	96.858						
24	.317	1.218	98.076						
25	.262	1.009	99.085						
26	.238	.915	100.000						

En la tabla 7, se puede evidenciar los resultados del análisis factorial exploratorio, bajo el supuesto de dos dimensiones. El análisis factorial muestra una varianza explicada de 60.245%.

Tabla 8*Análisis factorial definitivo de la escala de depresión*

	Matriz de componentes rotados ^a		
	Componente		
	1	2	3
Item 6	.536		
Item 8	.479		
Item 9	.666		
Item 11	.536		
Item 21	.638		
Item 26	.547		
Item 27	.753		
Item 29	.491		
Item 2		.754	
Item 3		.802	
Item 4		.670	
Item 7		.717	
Item 13		.524	
Item 20		.425	
Item 22		.596	
Item 23		.699	
Item 24		.569	
Item 25		.690	
Item 28		.599	
Item 1			.519
Item 5			.520
Item 10			.739
Item 12			.554
Item 14			.797
Item 15			.771
Item 16			.611
Item 17			.686
Item 18			.804
Item 19			.520
Item 30			.548

En la tabla 8, se presenta cómo quedaría finalmente la estructura del análisis factorial de rotación varimax.

Tabla 9*Estadísticos de fiabilidad de la escala de depresión*

Dimensiones	N° de ítems	Alpha de Cronbach
Desesperanza	8	.770
Baja Autoestima	11	.772
Ansiedad	11	.783

En la tabla 9, se aprecia una confiabilidad muy buena en ambas dimensiones, evidenciando una adecuada consistencia interna de la escala.

Tabla 10*Baremos General*

Nivel	Pc	Factor 1	Factor 2	Factor 3	TOTAL	Pc
Muy Bajo	1		17	20	45	1
	2		18-21		46-47	2
	3		22	21	48-50	3
	4	0-8		22		4
	5		23		51	5
	6					6
	7	9			52	7
	8			23		8
	9				53	9
Bajo	10	10	24	24	54-55	10
	15		25			15
	20	11		25	56-58	20
Promedio	25	12	26		59	25
	30	13	27	26	60-61	30
	35					35
	40	14	28	27	62-63	40
	45					45
	50	15	29	28	64-65	50
	55					55
	60	16	30	29	66-67	60
	65			30		65
	70	17		31	68-70	70
75			32		75	
Alto	80	18	31-32	33	71-73	80
	85					85
	90	19-21	33		74-75	90
Muy alto	91		34			91
	92	22	35		76	92
	93		36	34	77	93
	94		37			94
	95	24	38	35	78	95
	96	25	39	36	79	96
	97	27	40	37-40	80	97
	98	28	41-42	41-42	81-83	98
	99				84-102	99
	Media		30.41	11.18	10.89	84.41
DS		6.166	2.481	2.166	11.190	DS

En la tabla 10, se presenta los baremos General de Depresión

IV. DISCUSIÓN

Para llevar a cabo este trabajo de investigación, se ha estudiado las propiedades psicométricas de la escala de Depresión, se realizó un estudio teniendo como muestra una base de datos de 200 pacientes de un hospital público, la muestra incluye hombres y mujeres.

La depresión un trastorno del estado de ánimo. El concepto de trastorno de estado de ánimo (TEA) se refiere a una diversidad de condiciones clínicas caracterizadas, fundamentalmente, por cambios del estado de ánimo y del afecto. El estado de ánimo es el estado emocional subjetivo de la persona y el afecto es lo objetivo o lo observable del estado de ánimo (Friedman y Thase,1995).

Los TEA constituyen el conjunto de trastornos más frecuentes por los que los individuos buscan ayuda bien en los especialistas de la salud mental o bien en los médicos generales (Blacker y Clare,1987).

La investigación fue determinar la validez de la escala, la cual se define según Martínez y otros (2014) como el grado en que la evidencia y la teoría soportan la interpretación de las puntuaciones de los test, para el propósito con el que estos son usados, es decir, es la consideración más importante y fundamental al desarrollar y evaluar un test. El estudio de la validez de la escala se realizó a través de la correlación ítem-test y del análisis factorial.

Se analizó la correlación ítem-test, la cual consiste en correlacionar cada ítem con el puntaje total de la prueba; donde se halló un índice de validez ítem-test muy bueno en todos los ítems, con valores entre 0,629 y 0,99, indicando un buen grado de relación entre lo que mide el ítem y lo que se pretende medir en toda la escala de Depresión.

El análisis factorial se define según Hernández, Fernández y Baptista (2010), como un método para determinar la validez del constructor y que busca reducir un amplio conjunto de datos obtenidos de variables que se correlacionen entre ellas, denominadas variables latentes, porque no son directamente observables, de esta manera, la carga factorial correspondiente al factor que el test pretende medir se denomina validez factorial.

Al realizar el análisis factorial exploratorio, se optó por recoger los pesos superiores a 0.30, para verificar los factores latentes ocultos que están explicando el constructo psicológico, se identificó 3 factores correlacionados, indicando que los dos factores se agrupan a partir de los ítems que los describen a cada uno.

En cuanto a la dimensión Desesperanza (Factor 1), la cual teóricamente está compuesto de 8 reactivos, las cuales saturan en la dimensión teórica. Así como también en la dimensión Baja Autoestima (Factor 2), la cual está compuesto de 11 reactivos, las cuales saturan en la dimensión teórica; Por último en la dimensión Ansiedad (Factor 3), la cual está compuesto por 11 reactivos, las cuales saturan en la dimensión teórica confirmando de esta forma su estructura factorial.

Así mismo en esta investigación, se determinó la fiabilidad del instrumento, la cual se define según Aragón (2011) como la exactitud o precisión con que un instrumento mide un objeto, a través del método de consistencia interna, utilizando el estadístico alfa de cronbach, cuyos resultados en ambas dimensiones de la escala fueron muy buena. Se obtuvo una fiabilidad de 0,770 para la dimensión de desesperanza un 0,772 para la dimensión de baja autoestima y 0.783 para la dimensión de desesperanza. Se denota que los resultados guardan cierta similitud con el modelo teórico.

Para elaborar los baremos, en primer lugar, se procedió a realizar el análisis de normalidad mediante la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, obteniendo puntuaciones que indican que las dimensiones (Desesperanza, Baja autoestima y Desesperanza) de la escala de Depresión se ajustan a la distribución normal.

Finalmente se generó un baremo total. En las tablas 8 se muestran los puntajes para determinar si la persona tiene un alto o bajo nivel de Depresión.

En conclusión, los establecimientos de las propiedades psicométricas fueron válidas y confiables por lo tanto el constructo podría ser utilizado en la medición de la Depresión en poblaciones con las características mencionadas.

V. CONCLUSIONES

PRIMERA: Los resultados obtenidos sugieren que la escala Reynolds es un instrumento válido para medir el nivel Depresión en un Hospital Público 2017 de ambos sexos, cuyas edades fluctúen entre los 18 y 65 años. Se determinó la validez de la escala de depresión al mediante la correlación ítem – test y mediante la validez factorial con resultados aceptables y significativos.

SEGUNDA: La escala de Depresión se ha mostrado fiable para ser utilizado en el contexto de un hospital público, donde la fiabilidad fue medida a través del método de consistencia interna, utilizando el coeficiente Alpha de Cronbach.

TERCERA: La Depresión en la población de un hospital público podrá ser medido y evaluado gracias a que, después de este trabajo de investigación, se construyó su respectivos baremos desde una perspectiva referencial (ver baremos, tabla 8).

VI. RECOMENDACIONES

1. Profundizar el estudio con investigaciones similares en otras Entidades Públicas del Perú para obtener mayor información acerca de las propiedades psicométricas de la escala de depresión la cual ayudará a tener mejor conocimiento del fenómeno en nuestro país.
2. Emplear un mayor tamaño muestral para obtener resultados con mayor representatividad en nuestro país.
3. Dar a conocer los resultados encontrados con el fin de que el campo psicológico los utilice para beneficiar y contribuir a la evaluación y diagnóstico organizacional, con pruebas estandarizadas y baremos de acuerdo a nuestro país.

VII. REFERENCIAS

- Abad, P.(2005). Baremacion de un test. Madrid: Universidad Autonoma de Madrid
- Apa (2005) «PsychiatryOnline | APA Practice Guidelines | Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, Third Edition».
- Aycardo,Moreno y De Leon.(2006) Depresion, Adolescente y Familia.Mexico.Universidad Autonoma de Mexico-Facultad de Psicología.
- Botto, Acuña, y Jiménez (2014) Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Rev. méd. Chile vol.142 no.10 Santiago oct. 2014
- Barrientos, (2010) Depression and Family Features in a Group of Mexican Adolescents
- Beck, A. (1979) Terapia Cognitiva de la Depresión (Susana del Viso Pabón, trad).
- Beck,A.T.(1967) Depression: clinical,experimental and therapeutic aspect.Nueva York. Harper and Row.
- Beltrán, Freyre y Hernández (2012) El inventario de Depresion de Beck: Su validez en población adolescente. Santiago: Terapia Psicologica. 30 (1) España: Editorial Desclee de Brower, S.A. (obra original Publicada en 1979).

- Beck, A. y Rush, A. (1979) Cognitive approaches and suicide. Serban Edition, Cognitive defects in the development of mental illness. New York: Brunner-Mazel.
- Blazer, D. (2009). Religion, Spirituality, and Mental Health: What We Know and Why This Is a Tough Topic to Research. The Canadian Journal of Psychiatry. Vol. 54 N.5
- Cervera, G. (2011) Guia para el tratamiento de los Trastornos Depresivos o ansioso. Recuperado en: [http:// clínica-snc.com/files/2011/02/Libro_depresion_y_ansiedad_2aED.pdf](http://clínica-snc.com/files/2011/02/Libro_depresion_y_ansiedad_2aED.pdf)
- CIE 10,(1992) International Classification of Diseases for Oncology (ICD-0), segunda edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Fernandez, F. (1997) Nuevas Aportaciones sobre la Depresion. Barcelona: Editorial Edika Med.
- Garza, F. (2004). Depresión, Angustia y Bipolaridad: Guía para pacientes y familiares. México: Editorial Trillas.
- Fernandez, M., Cayssials, A. y Perez (2010). Curso Básico de Psicometría: Teoría Clásica. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P., Kennedy, S., &
- Mayberg, H. (2004). Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: Treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. Archives of General Psychiatry, 61, 34-41. doi:10.1001/archpsyc.61.1.34.
- Haye, T. y Salesman, E. (1997) ¿Cómo vencer la depresión? Perú: Editorial Salesiana.
- Hernandez, R., Fernandez, C. y Baptista, P. (2010) Metodología de la Investigación, México: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana.

- Hernangomez,L.(2000) ¿Por qué Estoy Triste? Madrid: Ediciones Aljibe.
- Hiceto P, Pompili M, Lester D, Gonda X, Niolu C, Girardi N. (2011) Relationship between temperament, depression, anxiety and hopelessness in adolescents; a structural equation model. Italia.
- La Organización Mundial de la Salud (2012) La adolescencia .Recuperado en http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- Lewinsohn y Shaffer (1971). The use of home observation as an integral part of the treatment of depression: preliminary report and case studies. Journal of consulting and clinical Psychology ,37,87-94
- Mondimore, F. (2006) Depression, the Mood Disease. Baltimore: The John Hopkins University press.
- Maestre, (2005) Depression prevalence in adolescents.
- Martinez, R.(2005). Psicometria Teoria de los Test Psicologicos y Educativos.España. Editorial Sintesis S.A.
- Nathan, P.,Gorman,M y Salkind,J.(1999) Tratamiento de trastorno Mentales Una guia de Tratamiento que funcione.Madrid:Alianza Editorial,S.A.
- Nilton Custodio , Eder Herrera-Pérez , David Lira , Depresión en la tercera edad como factor de riesgo y su posible rol como pródromo de demencia - Revista de Neuro-Psiquiatría, 2014, 77(4)
- Ramirez F. Sintomatología depresiva en adolescentes mujeres prevalencia y factores de relación interpersonal asociados [Revista Virtual], Lima, Perú Redalyc 210; 14 (1) 65-71. Disponible en :<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2031/203119805009.pdf>

Rosas, Yampufé, López, Carlos y Sotil de Pacheco (2011) Niveles de depresión en estudiantes de Tecnología Médica.

Organización Mundial de la Salud (2003). La Depresión. Recuperado en <http://www.who.in/topics/depression/es/>

Ospina F, Hinestrosa M, Paredes M, Guzman Y, Granados C. Symptoms of anxiety and depression in adolescents between 10 to 17 years old attending schools in chia [Revista Virtual]. Bogota , Colombia: Salud Publica.2011;13(6) ISSN0124-0064.

Santisteba, C.(2009) Principios de Psicometria. Madrid: Editorial Sintesis. S.A.

Saenz M. Relacion entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes [Tesis para optar el grado Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2010.Disponible en <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/677>.

Rita, N y Allen.(1997) Psicopatología del Niño y del Adolescente Madrid : Editorial Pearson Education, S.A.

Vargas H, Tovar, Valverde J,(2010) Prevalencia y Factores Asociados con el Episodio Depresivo en Adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. Perú:Revista Peruana de Epidemiología.

Wagner F, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo J.(2012) Enfocando la depresión como problema de salud pública en México

Vicente,B.(1999). Programa de Salud Mental. Chile: Programa de Salud Mental.
Zon, M. (2009) ¿Qué es la Depresión?: Guía para pacientes y familiares.
Buenos Aires: Editorial Lumen.

Anexo 1: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Escala de Autoevaluación para la depresión

Autor: William M. Reynolds Año:2002

Nombre: _____ Edad: _____
 Sexo: _____
 Colegio: _____ Grado: _____ Fecha: _____

Instrucciones

A continuación se presenta una lista de oraciones sobre cómo te sientes. Lee cada una y decide sinceramente cuán a menudo te sientes así: *Casi nunca*, *Rara vez*, *Algunas veces* o *Casi siempre*. Marca el círculo que está debajo de la respuesta que mejor describe cómo te sientes realmente. Recuerda, que no hay respuestas correctas ni equivocadas. Sólo escoge la respuesta que dice cómo te sientes generalmente.

	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre
1. Me siento feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me preocupa el colegio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Me siento solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Siento que mis padres no me quieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Me siento importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Siento ganas de esconderme de la gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Me siento triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento con ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Siento que no le importo a nadie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Tengo ganas de divertirme con los compañeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento enfermo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento querido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Tengo deseos de huir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Tengo ganas de hacerme daño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Siento que no les gusto a los compañeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento molesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Siento que la vida es injusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento cansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Siento que soy malo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Siento que no valgo nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Tengo pena de mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Hay cosas que me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Siento ganas de hablar con los compañeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Tengo problemas para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Tengo ganas de divertirme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me siento preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Me dan dolores de estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Me siento aburrido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me gusta comer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Siento que nada de lo que hago me ayuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RS	
TOTAL %	
%	

CI	

Gracias por su colaboración

Anexo 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Alumno:

.....

Con el debido respeto me presento a usted, mi nombre es **Cesar Humberto Peralta Vega**, interno de psicología de la Universidad César Vallejo – Lima. En la actualidad me encuentro realizando una investigación sobre **Aspectos Psicométricos de la Escala de Autoevaluación para la Depresión en pacientes de Neurología y Cardiología en un Hospital Público**, y para ello quisiera contar con su valiosa colaboración. El proceso consiste en la aplicación de una prueba psicológica: **Escala de Autoevaluación para la Depresión de Reynolds**. De aceptar participar en la investigación, afirmo haber sido informado de todos los procedimientos de la investigación. En caso tenga alguna duda con respecto a algunas preguntas se me explicará cada una de ellas.

Gracias por su colaboración.

Atte. Cesar Peralta Vega

ESTUDIANTE DE LA EAP DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Yo

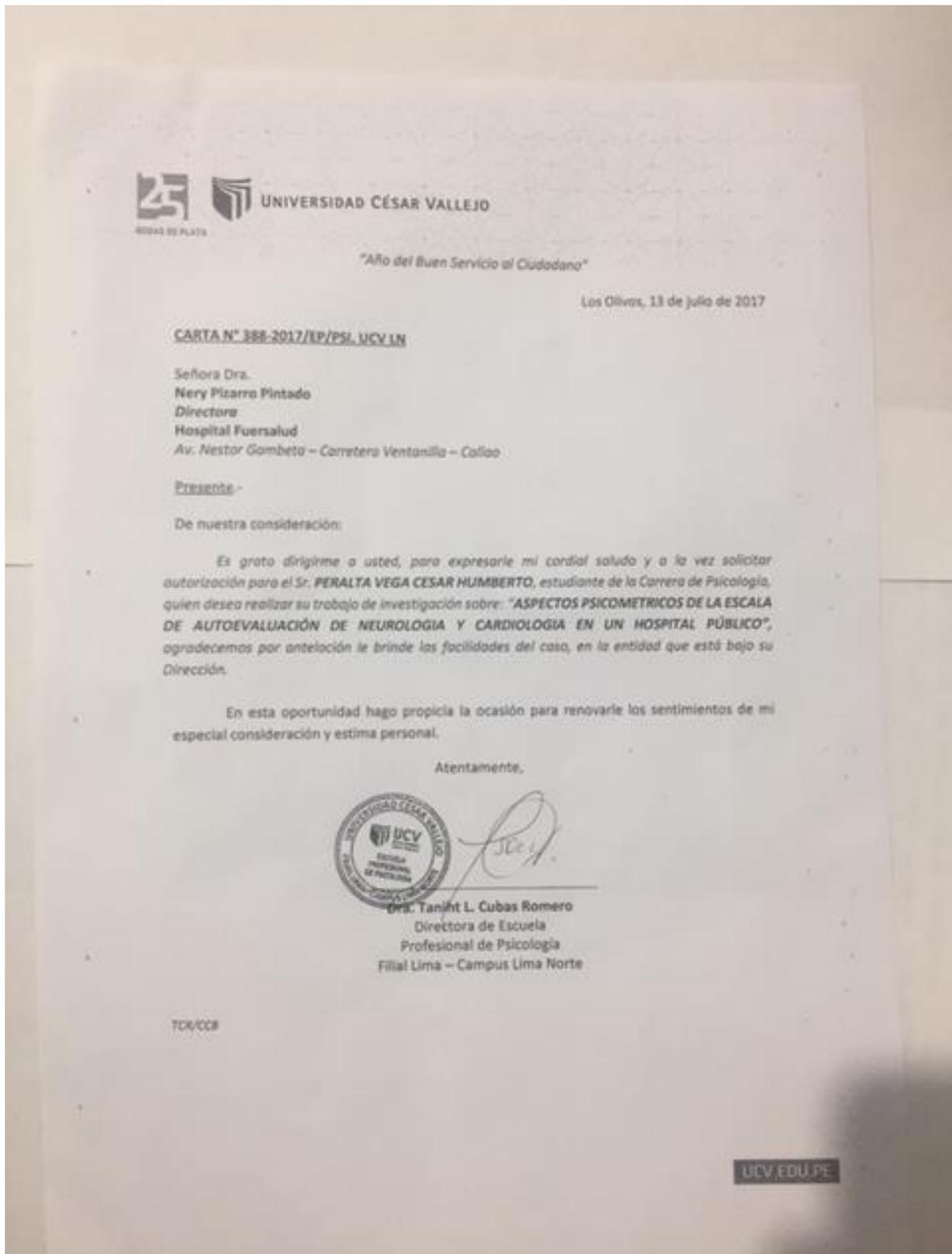
.....

con número de DNI: acepto participar en la investigación sobre **Aspectos Psicométricos de la Escala de Autoevaluación para la Depresión en pacientes de Neurología y Cardiología en un Hospital Público**, del estudiante Cesar Peralta Vega.

Día:/...../.....

.....
Firma

Anexo 3: CARTAS DE PERMISOS





UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Los Olivos, 13 de julio de 2017

CARTA N° 388-2017/EP/PSI. UCV LN

Señora Dra.
Nery Pizarro Pintado
Directora
Hospital Fuersalud
Av. Nestor Gambeta – Carretera Ventanilla – Callao

Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitar autorización para el Sr. **PERALTA VEGA CESAR HUMBERTO**, estudiante de la Carrera de Psicología, quien desea realizar su trabajo de investigación sobre: "**ASPECTOS PSICOMETRICOS DE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE NEUROLOGIA Y CARDIOLOGIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO**", agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso, en la entidad que está bajo su Dirección.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



[Firma]
Dra. **Tanjit L. Cubas Romero**
Directora de Escuela
Profesional de Psicología
Filial Lima – Campus Lima Norte



TCR/CCB

UCV.EDU.PE

Anexo 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema de investigación	Objetivos	Variable	Diseño y tipo de investigación	Población y muestra	Instrumento	
¿Será válida y confiable la escala de Autoevaluación para la Depresión para un grupo de pacientes de Cardiología y Neurología en un Hospital público?	<p>Objetivo general: Dotar de validez y confiabilidad la escala de autoevaluación para la depresión en pacientes de neurología y cardiología en un hospital Público-2016.</p>	<p>DEPRESION</p> <p>La depresión es una tendencia a interpretar los sucesos cotidianos de manera negativa, ver las cosas como poco prometedoras en lugar de apreciarlas de manera positiva (Beck 1976)</p>	<p>Dado que el presente estudio de creación de instrumentos psicológicos no involucra manipulación de variables pero sí la observación de la información sobre las propiedades psicométricas del Cuestionario de depresión en dos momentos determinados, el presente trabajo de investigación posee un diseño de investigación no experimental – longitudinal</p>	<p>La población de esta investigación estará conformada por pacientes de Neurología y Cardiología, los participantes pertenecen a un Hospital público.</p> <p>El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico-Intencional, pues no todos tuvieron la misma posibilidad de ser escogido, sino dependió del investigador; por lo tanto, los resultados de este estudio solo son válidos en la muestra y no son generalizados a toda la población (Hernandez et al.,2014)</p>	<p>Escala psicométrica de Depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR)</p>	<p>síntomas psicopatológicamente positivos del desorden depresivo; de los 30 ítems siete son inconsistentes con la depresión</p> <p>1, 5, 10, 12, 23, 25 y 29</p>
	<p>Objetivos específicos: Determinar la validez de la escala de autoevaluación para la depresión en pacientes de neurología y cardiología en un Hospital público-2016.</p> <p>Determinar la confiabilidad de la escala de autoevaluación para la depresión en pacientes de neurología y cardiología en un Hospital público-2016.</p> <p>Establecer los baremos de la escala de autoevaluación para la depresión en pacientes de neurología y cardiología en un Hospital público-2016.</p>					<p>sin embargo los ítems más críticos</p> <p>6, 14, 20, 26, 29 y 30</p>

Anexo 4: FORMATO DE VALIDACIÓN POR JUECES EXPERTOS

FORMATO PARA EVALUAR CLARIDAD

No es claro	Es algo Claro	Es claro	Es muy claro	Es totalmente claro
1	2	3	4	5

NONBRE DE LA ESCLA O CUESTIONARIO

Escala de Autoevaluación para la depresión en pacientes de Neurología y Cardiología en un Hospital Público

N°	REACTIVOS	APROBADO		GRADO DE SENCILLEZ Y COMPRENSION				
		SI	NO	1	2	3	4	5
1	Me siento feliz	X						X
2	Me preocupa el colegio	X					X	
3	Me siento solo	X					X	
4	Siento que mis padres no me quieren	X					X	
5	Me siento importante	X					X	
6	Siento ganas de esconderme de la gente	X					X	
7	Me siento triste	X					X	
8	Me siento con ganas de llorar	X					X	
9	Siento que no le importo a nadie	X					X	X
10	Tengo ganas de divertirme con los compañeros	X					X	
11	Me siento enfermo	X					X	
12	Me siento querido	X					X	
13	Tengo deseos de huir	X					X	
14	Tengo ganas de hacerme daño	X					X	
15	Siento que no les gusto a los compañeros	X					X	
16	Me siento molesto	X					X	
17	Siento que la vida es injusta	X					X	
18	Me siento cansado	X					X	X
19	Siento que soy malo	X					X	
20	Siento que no valgo nada	X					X	
21	Tengo pena de mí mismo	X					X	
22	Hay cosas que me molestan	X					X	
23	Siento ganas de hablar con los compañeros	X					X	
24	Tengo problemas para dormir	X					X	
25	Tengo ganas de divertirme	X					X	
26	Me siento preocupado	X					X	
27	Me dan dolores de estómago	X					X	
28	Me siento aburrido	X					X	
29	Me gusta comer	X					X	
30	Siento que nada de lo que hago me ayuda	X					X	

APELLIDOS Y NOMBRES: García Pardo Luis D.

DNI: 0158572

FIRMA DEL JUEZ
C.P.P.: 24928

FORMATO PARA EVALUAR CLARIDAD

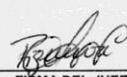
No es claro	Es algo Claro	Es claro	Es muy claro	Es totalmente claro
1	2	3	4	5

NONBRE DE LA ESCLA O CUESTIONARIO

Escala de Autoevaluación para la depresión en pacientes de Neurología y Cardiología en un Hospital Público

N°	REACTIVOS	APROBADO		GRADO DE SENCILLEZ Y COMPRENSION				
		SI	NO	1	2	3	4	5
1	Me siento feliz	X						X
2	Me preocupa el colegio	X					X	
3	Me siento solo	X					X	X
4	Siento que mis padres no me quieren	X					X	
5	Me siento importante	X					X	
6	Siento ganas de esconderme de la gente	X					X	
7	Me siento triste	X					X	
8	Me siento con ganas de llorar	X					X	X
9	Siento que no le importo a nadie	X					X	
10	Tengo ganas de divertirme con los compañeros	X					X	
11	Me siento enfermo	X					X	
12	Me siento querido	X					X	
13	Tengo deseos de huir	X					X	
14	Tengo ganas de hacerme daño	X					X	
15	Siento que no les gusto a los compañeros	X					X	
16	Me siento molesto	X					X	
17	Siento que la vida es injusta	X					X	X
18	Me siento cansado	X					X	
19	Siento que soy malo	X					X	
20	Siento que no valgo nada	X					X	
21	Tengo pena de mí mismo	X					X	
22	Hay cosas que me molestan	X					X	
23	Siento ganas de hablar con los compañeros	X					X	
24	Tengo problemas para dormir	X					X	
25	Tengo ganas de divertirme	X					X	
26	Me siento preocupado	X					X	
27	Me dan dolores de estómago	X					X	
28	Me siento aburrido	X					X	
29	Me gusta comer	X					X	
30	Siento que nada de lo que hago me ayuda	X					X	

APELLIDOS Y NOMBRES: FIGUEROA GARRIDO PATRICIA
 DNI: 09136589


 FIRMA DEL JUEZ
 C.P.P.: 6306

FORMATO PARA EVALUAR CLARIDAD

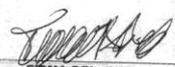
No es claro	Es algo Claro	Es claro	Es muy claro	Es totalmente claro
1	2	3	4	5

NOMBRE DE LA ESCALA O CUESTIONARIO

Escala de Autoevaluación para la depresión en pacientes de Neurología y Cardiología en un Hospital Público

N°	REACTIVOS	APROBADO		GRADO DE SENCILLEZ Y COMPRENSION				
		SI	NO	1	2	3	4	5
1	Me siento feliz	X					X	
2	Me preocupa el colegio	X					X	
3	Me siento solo	X					X	
4	Siento que mis padres no me quieren	X					X	
5	Me siento importante	X					X	X
6	Siento ganas de esconderme de la gente	X					X	
7	Me siento triste	X					X	
8	Me siento con ganas de llorar	X					X	
9	Siento que no le importo a nadie	X					X	
10	Tengo ganas de divertirme con los compañeros	X					X	
11	Me siento enfermo	X					X	
12	Me siento querido	X					X	
13	Tengo deseos de huir	X					X	
14	Tengo ganas de hacerme daño	X					X	
15	Siento que no les gusto a los compañeros	X					X	
16	Me siento molesto	X					X	
17	Siento que la vida es injusta	X					X	
18	Me siento cansado	X					X	
19	Siento que soy malo	X					X	
20	Siento que no valgo nada	X					X	
21	Tengo pena de mí mismo	X					X	
22	Hay cosas que me molestan	X					X	
23	Siento ganas de hablar con los compañeros	X					X	
24	Tengo problemas para dormir	X					X	
25	Tengo ganas de divertirme	X					X	
26	Me siento preocupado	X					X	
27	Me dan dolores de estómago	X					X	
28	Me siento aburrido	X					X	
29	Me gusta comer	X					X	
30	Siento que nada de lo que hago me ayuda	X					X	

APELLIDOS Y NOMBRES: TERESA DE JESÚS UTRILLA Z.
 DNI: 10284902


 FIRMA DEL JUEZ
 C.P.P.: 22164

FORMATO PARA EVALUAR CLARIDAD

No es claro	Es algo Claro	Es claro	Es muy claro	Es totalmente claro
1	2	3	4	5

NOMBRE DE LA ESCALA O CUESTIONARIO

Escala de Autoevaluación para la depresión en pacientes de Neurología y Cardiología en un Hospital Público

N°	REACTIVOS	APROBADO		GRADO DE SENCILLEZ Y COMPRENSION				
		SI	NO	1	2	3	4	5
1	Me siento feliz	X				X		
2	Me preocupa el colegio	X				X		
3	Me siento solo	X				X		
4	Siento que mis padres no me quieren	X				X		
5	Me siento importante	X				X		
6	Siento ganas de esconderme de la gente	X				X		
7	Me siento triste	X					X	
8	Me siento con ganas de llorar	X					X	
9	Siento que no le importo a nadie	X					X	
10	Tengo ganas de divertirme con los compañeros	X				X		
11	Me siento enfermo	X				X		
12	Me siento querido	X				X		
13	Tengo deseos de huir	X					X	
14	Tengo ganas de hacerme daño	X						X
15	Siento que no les gusto a los compañeros	X					X	
16	Me siento molesto	X					X	
17	Siento que la vida es injusta	X					X	
18	Me siento cansado	X					X	
19	Siento que soy malo	X				X		
20	Siento que no valgo nada	X				X		
21	Tengo pena de mí mismo	X				X		
22	Hay cosas que me molestan	X				X		
23	Siento ganas de hablar con los compañeros	X				X		
24	Tengo problemas para dormir	X				X		
25	Tengo ganas de divertirme	X				X		
26	Me siento preocupado	X				X		
27	Me dan dolores de estómago	X				X		
28	Me siento aburrido	X				X		
29	Me gusta comer	X				X		
30	Siento que nada de lo que hago me ayuda	X					X	

APELLIDOS Y NOMBRES: CORRALES FELIPE, Hugo Alfredo
 DNI: 10530462


 FIRMA DEL JUEZ
 C.P.P. 4278
ALFREDO CORRALES FELIPP
 LIC. EN PSICOLOGIA
 C.P.P. 4278

FORMATO PARA EVALUAR CLARIDAD

No es claro	Es algo Claro	Es claro	Es muy claro	Es totalmente claro
1	2	3	4	5

NOMBRE DE LA ESCALA O CUESTIONARIO

Escala de Autoevaluación para la depresión en pacientes de Neurología y Cardiología en un Hospital Público

N°	REACTIVOS	APROBADO		GRADO DE SENCILLEZ Y COMPRENSION				
		SI	NO	1	2	3	4	5
1	Me siento feliz	X					X	
2	Me preocupa el colegio	X					X	
3	Me siento solo	X						X
4	Siento que mis padres no me quieren	X				X		
5	Me siento importante	X					X	
6	Siento ganas de esconderme de la gente	X						X
7	Me siento triste	X						X
8	Me siento con ganas de llorar	X						X
9	Siento que no le importo a nadie	X					X	
10	Tengo ganas de divertirme con los compañeros	X				X		
11	Me siento enfermo	X					X	
12	Me siento querido	X					X	
13	Tengo deseos de huir	X					X	
14	Tengo ganas de hacerme daño	X				X		
15	Siento que no les gusto a los compañeros	X				X		
16	Me siento molesto	X					X	
17	Siento que la vida es injusta	X					X	
18	Me siento cansado	X					X	
19	Siento que soy malo	X					X	
20	Siento que no valgo nada	X					X	
21	Tengo pena de mí mismo	X					X	
22	Hay cosas que me molestan	X					X	
23	Siento ganas de hablar con los compañeros	X					X	
24	Tengo problemas para dormir	X					X	
25	Tengo ganas de divertirme	X					X	
26	Me siento preocupado	X					X	
27	Me dan dolores de estómago	X					X	
28	Me siento aburrido	X					X	
29	Me gusta comer	X					X	
30	Siento que nada de lo que hago me ayuda	X					X	

APELLIDOS Y NOMBRES: Barboza Zuleta Luis A.
 DNI: 07068974

FIRMA DEL JUEZ
 C.P.P.: 5016