



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

“Evidencias psicométricas de la escala de depresión de Reynolds
en una muestra adolescente, Nuevo Chimbote”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA:

Shila Lixfé Castillo Rentería (ORCID: 0000-0001-8172-8703)

ASESORES:

Mg. Manual Antonio Alva Olivos. (ORCID: 0000-0001-7623-1401)

Dr. Hugo Martín Noé Grijalva. (ORCID: 0000-0003-2224-8528)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Psicometría.

Chimbote - Perú

2020

DEDICATORIA

Dedico mi presente investigación, a mis padres, quienes han sido mi apoyo incondicional y mayores motivadores para lograr cada una de mis metas, desde el día en que me convertí en su hija; esta investigación es una muestra más de amor y agradecimiento que les brindare, por el duro trabajo de ser padres. A mis hermanos, quienes han sido mi inspiración en cada meta que me he propuesto y he logrado. Y como olvidarme de mi abuela Sabina, quien siempre anhelo verme llegar a mi meta profesional, y aunque hoy no esté a mi lado, ¡Lo logré mamita!

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi casa de estudios “Universidad César Vallejo” por contribuir con mis metas y aprendizajes. Asimismo a mis asesores de investigación, Mg. Manuel Alva Olivos y Dr. Hugo Noé Grijalva por su dedicación y enseñanza para desarrollar una investigación de calidad. De igual manera a todos mis docentes universitarios, familia, pareja y amigos por haber sido parte de mi desarrollo profesional y brindarme aprendizajes tanto para mi vida personal como académica.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice.....	iv
Índice de tablas.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. METODOLOGÍA.....	15
2.1 Tipo de investigación.....	15
2.2 Operacionalización de las variables.....	16
2.3 Población, muestra y muestreo.....	17
2.4 Técnicas e instrumentos.....	17
2.5 Procedimiento.....	19
2.6 Método de análisis de datos.....	20
2.7 Aspectos éticos.....	20
IV. RESULTADOS.....	21
V. DISCUSIÓN.....	22
VI. CONCLUSIONES.....	25
VII. RECOMENDACIONES.....	26
VIII. REFERENCIAS.....	27
ANEXOS.....	32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Comparación de los criterios diagnósticos de depresión según el DSM III y el DSM V.....	9
Tabla 2. Operacionalización de las variables.....	16
Tabla 3. Media, desviación estándar, asimetría y curtosis de homogeneidad.	21
Tabla 4. Estadísticos de consistencia interna según el coeficiente Alfa.....	22

RESUMEN

El presente estudio psicométrico tuvo como objetivo evidenciar las propiedades psicométricas de la Escala de Depresión para adolescentes de Reynolds, en la ciudad de Nuevo Chimbote, en adolescentes de entre 13 a 18 años. El estudio fue de tipo instrumental y utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a la situación actual del país por la pandemia covid-19, logrando aplicar la prueba a 193 adolescentes de forma virtual. Se determinó la validez de constructo a través de la correlación ítem-test, obteniendo como resultado 28 ítems aceptables; y la confiabilidad a través del análisis de consistencia interna del alpha de cronbach, evidenciando un α .91, es decir que la escala es elevadamente confiable. En base a los resultados, se concluye que la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds es válida y confiable para la población evaluada.

Palabras claves: Sintomatología depresiva, EDAR, depresión adolescente, confiabilidad, validez.

ABSTRACT

This psychometric study aimed to demonstrate the psychometric properties of the Reynolds Adolescent Depression Scale in the city of Nuevo Chimbote in adolescents between the ages of 13 and 18. The study was instrumental in type and I use non-probabilistic sampling for convenience, due to the current situation in the country due to the pandemic covid-19, managing to apply the test to 193 adolescents virtually. The validity of construct was determined through the item-test correlation, resulting in 28 acceptable items; and reliability through the internal consistency analysis of the cronbach alpha, showing a .91, i.e. the scale is highly reliable. Based on the results, it is concluded that the Reynolds Adolescent Depression Scale is valid and reliable for the evaluated population.

Keywords: Depressive symptomatology, EDAR, teen depression, reliability, validity.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad la depresión es la enfermedad psicológica que más afecta a nuestra sociedad. La Organización Panamericana de Salud (2019) evidencia en sus estadísticas que cada medio minuto se suicida un individuo, por padecer un diagnóstico de depresión. Asimismo se ha demostrado que perjudica la salud mental de más de 299 millones de ciudadanos en el mundo y coadyuva en la incrementación de la tasa de morbilidad mundial, y es el primordial factor de incapacidad (Organización mundial de la Salud, 2018). En nuestra región Ancash, los casos de depresión registrados en hospitales estatales equivalen al 5% de la población (Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de enfermedades, 2018).

En cuanto a la depresión adolescente e infantil, la OMS (2018) refiere que el 15% de la población mundial presenta este diagnóstico entre las edades 9 y 17 años. En el Perú más del 69% de niños y adolescentes presenta depresión con ideación suicida, según las investigaciones del doctor Rolando Pomalina del Instituto Nacional de Salud Mental (Ministerio de salud, 2014). Las cifras del MINSA (2018) obtenidas en las diversas regiones del país de los 31 Centros de Salud Mental Comunitarios, demostró que 1 millón 400 mil niños y adolescentes, presentan cuadro depresivos y como causa principal se encontró al maltrato intrafamiliar, asimismo presentaron ideas suicidas el 20% o 25% de los entrevistados, y 10% a 15% de esta población intentó suicidarse. En la ciudad de Nuevo Chimbote, el presente año se registró que más del 30% de pacientes que asisten al Centro de Salud Mental Comunitario “Nuevo puerto” padecen un cuadro depresivo, entre los 15 y 40 años de edad (Radio Santo Domingo, 2019).

Las evidencias estadísticas demuestran que el diagnóstico de depresión es recurrente en nuestra sociedad en los adolescentes, dificultando su desenvolvimiento en su entorno, acompañado de sentimientos de rabia, susceptibilidad y sensaciones desagradables, provocadas posiblemente por factores sociales, familiares y/o

personales (Álvaro, Garrido y Schweiger, 2010). Es un cambio duradero en el comportamiento, presenta anhedonia, poca comunicación verbal, bajo rendimiento escolar y conductas impulsivas o de reclamo constante (Del barrio y Carrasco, 2002).

Los adolescentes con depresión presentan afectación en su proceso madurativo, psicológico y social, en lo referente a su desarrollo psicológico se ha comprobado que el 20 al 32 por ciento de los adolescentes con cuadros depresivos, al llegar a la etapa de la adultez pueden presentar trastorno de bipolaridad (Kochman, Hantouche y Akistal, 2003).

Por otro lado Bruke, Hipwell y Loeber (2010) en su investigación "Dimensiones del trastorno de oposición desafiante como predictores de depresión y trastorno de conducta en niñas preadolescentes" mostraron como la depresión con trastornos de oposición desafiante se relacionan; los niños que presentaron conductas desadaptativas pueden desarrollar depresión en las etapas futuras de su desarrollo, asimismo para la elaboración del diagnóstico de depresión infantil no se debe quitar de la lista de síntomas a las conductas desadaptativas, debido que a esa edad es un mecanismo común de demostrar su depresión.

Correspondiente a su afectación social, existe evidencia que este tipo de pacientes se inclinan a escoger amistades por afinidad de características sintomatológicas (características en común con las que se sienten comprendidos), lo que aumenta la posibilidad de establecer su sintomatología depresiva (Del Barrio, 2010).

En latinoamerica han sido mínimos los estudios psicométricos dirigidos a la función de adaptar y/o crear instrumentos, que posibiliten la evaluación y efectividad de las intervenciones, programas y procesos diagnósticos de la depresión en adolescentes; en Perú de igual forma son escasas las pruebas adaptadas para evaluar esta variable (Ugarriza y Escurra, 2002).

Las escalas e inventarios más conocidos concernientes a la depresión en adolescentes son Children's Depression Inventory de Maria Kovacs (1992); su versión corta, Kovacs Inventory Children's – Short (1992); por otro lado Children's Depression Scale (CDS) de Lang y Tisher (1978), y Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) de Reynolds (1987). Sin embargo no todos están adaptados en las diversas ciudades de nuestro país.

Es así, que debido a todo lo expuesto anteriormente, la investigación pretende conocer, ¿Cuáles son las evidencias psicométricas de la escala de depresión para adolescentes de Reynolds?

Lo cual permitirá al nivel práctico, que los resultados adquiridos sirvan como antecedentes para futuros estudios psicométricos y como instrumento de evaluación para la planeación y aplicación de programas preventivos referentes a la depresión adolescente.

Asimismo la investigación al nivel teórico permitirá el estudio de teorías ligadas a la variable estudiada, que permita comprender más a fondo la depresión en adolescentes de Nuevo Chimbote.

Al nivel metodológico, la investigación brindará en base a los resultados, una escala válida y confiable para su aplicación en el ámbito educativo y de la salud.

En cuanto al nivel social, se otorgará un instrumento que permita conocer la realidad problemática de la depresión en población adolescente de Nuevo Chimbote.

Estas aportaciones se brindaran a partir de los objetivos de la investigación, siendo el objetivo general: Determinar las evidencias psicométricas de la escala de depresión para adolescentes de Reynolds. Y los objetivos específicos: Determinar la validez de constructo a través del análisis Ítem- Test y determinar la confiabilidad a través de la consistencia interna del alpha de Cronbach de la escala de depresión de Reynolds, en adolescentes de Nuevo Chimbote.

II. MARCO TEÓRICO

Las investigaciones psicométricas sobre la escala de depresión en mención, son escasas en especial en latinoamérica; a pesar de ser una de las más usadas para evaluar depresión adolescente (Figueras, Amador y Perú, 2008). Sin embargo algunos autores realizaron sus investigaciones psicométricas con este instrumento permitiendo a ciertas poblaciones contar con una escala válida y confiable, como por ejemplo:

Walker, Merry, Watson, Robinson, Crengle y Schaaf (2005), en su investigación “La escala de depresión adolescente de Reynolds en adolescentes de Nueva Zelanda”, con una población de 9699 estudiantes de secundaria, teniendo como resultado un α de Cronbach de 0,90 lo cual indica alta confiabilidad y una validez de concurrencia de 0,69 con otras pruebas que evalúan depresión infantil.; El estudio psicométrico “Reynolds Adolescent Depression Scale en población comunitaria y clínica” de Figueras, Amador y Perú (2008), aplicó la RADS, en muestra clínica de 217 participantes y muestra comunitaria de 1384, con participantes de 11 y 18 años, demostrándose una confiabilidad de consistencia interna por test-retest elevados en las dos muestras (muestra comunitaria= 0,88 y muestra clínica de 0,9), asimismo la validez convergente de la RADS se analizó a partir de las correlaciones con el CDI y el YSR, encontrándose correlaciones elevadas de $r = 0,81$ $p < 0,001$ (CDI) y $r = 0,51$ $p < 0,001$ (YRS).; Por otro lado, en el norte de España en la universidad de Oviedo, se realizó el estudio “Measurement Invariance of the Reynolds Depression Adolescent Scale Across Gender and Age” por Fonseca, Wells, Paino, Lemos, Villazón, Sierra, García, y Bobes (2010) el cual trabajó con población no clínica escolar, obteniendo los resultados siguientes: El puntaje fue mayor en los participantes de 14 – 16 años que los de 17 – 19 años, asimismo los puntajes variaron entre 33 y 120 puntos, y el análisis factorial obtuvo estadísticas significativas (0,7 – 5,1).; Otra investigación realizada en Estados Unidos por Krefetz,

Steer, Gulab y Beck (2002) denominada Convergent Validity of the Beck Depression Inventory- II With the Reynolds Adolescent Depression Scale in Psychiatric Inpatients, administro los instrumentos a 56 mujeres y 44 varones de edades entre 12 a 17 años (pacientes psiquiátricos) encontrando para ambos instrumentos un coeficiente de Cronbach de 0,92 y 0,91 respectivamente y 0,84 / $p < 0,001$ en cuanto a su correlación, indicando que ambos instrumentos eran comparativamente eficaces, en la diferenciación de los pacientes hospitalizados que fueron y no fueron diagnosticados con un trastorno depresión mayor.; En Puerto Rico se realizó la primera traducción y adaptación en latinoamerica de la escala RADS, estudio que fue realizado por Lauzurique y Martínez (1999), quienes trabajaron con dos grupo: muestra clínica (43 niños) y muestra comunitaria (96 niños), entre las edades de 8 y 13 años, del 4to, 5to y 6to grado de un colegio privado, adquiriéndose coeficiente de confiabilidad equivalente a α 0,87 y validez concurrente de 0,70 probada con el CDI.; En Perú Ugarriza y Ecurra (2002), adaptaron por primera vez la RADS en Lima Metropolitana con alumnos de entre 13 a 18 años del nivel secundario, de instituciones educativas nacionales y particulares de los diferentes distritos de Lima; demostrándose confiabilidad interna de α 0,87, asimismo adecuada validez de contenido y constructo, entre ellos la correlación ítem-test que evidencio 26 ítems con puntuación altas, concluyendo que el instrumento es adecuado para evaluar depresión en adolescentes peruanos.

Al nivel teórico, el constructo de la depresión en la adolescencia en los años pasados, fue un tema controversial, que hoy en día posee teorías que respaldan su existencia.

Se han suscitado diversos acontecimientos para que la depresión se pueda diagnosticar en adolescentes y no solo en población adulta. Ha sido un proceso largo para aceptar su existencia y generar una definición acorde a sus características. Como refiere Del Barrio y Carrasco (2002), las ideas coloquiales y algunas teorías negaron la

existencia de este diagnóstico, etapas antes de la adultez, creyendo en el mito de una infancia y adolescencia feliz que la evidencia empírica desafortunadamente contradice.

En los años setenta se celebró en Estocolmo el IV Congreso Europeo de Paidopsiquiatría, siendo el tema principal los estados depresivos en el infante y adolescente, asimismo el National Institute of Mental Health (NIMH) defendió el existir de la depresión infantil y el Group For The Advancement of Psychiatry añadió el trastorno en el procedimiento diagnóstico de su grupo investigativo (Shapiro, 2002). Esto permitió que las investigaciones de diversos autores, como Spitz y Bowly, se centraran en los adolescentes, con características depresivas que se diagnosticaban en un adulto, encontrando dificultad para generar una definición acorde a la población y sus características (Del Barrio, 2010). La American Psychiatry Association (1980) reconoció formalmente la depresión adolescente en el DSM III, precisando que las sintomatologías esenciales del cuadro de depresivo mayor son similares en la adultez, adolescencia e infancia.

La escala que se pretende investigar, esta teóricamente fundamentada en la tercera edición del DSM, en cuanto a sus criterios de depresión, y toma ciertos aportes del modelo cognitivo de Aaron Beck (Reynolds, 2004).

En cuando al modelo cognitivo es la teoría y terapia más ilustre para la depresión, donde se interpreta este diagnóstico en base a la información deformada del entorno al momento de adquirir la información (Rondón, 2006).

Beck, Rush, Shaw y Emery (2005) Las técnicas del modelo cognitivo van en dirección a reconocer y reformar ideas deformadas, y las irracionales convicciones del paciente; las investigaciones del modelo cognitivo demandan concepciones particulares para demostrar la base de la depresión.

En primer lugar tenemos a la triada cognitiva con tres componentes: a) Componente centrado en la autopercepción negativa, es decir autogenerarse características defectuosas, por ejemplo: soy un tonto, no valgo, etc.; b) Componente centrado en interpretación negativa de las propias experiencias del depresivo, interpretando todo los sucesos como derrota y fracaso al momento de interactuar con el entorno.; c) Componente centrado en la percepción negativa del futuro, se auto-observa y ejecuta sus planes a futuro con anticipación negativa. En conclusión el modelo cognitivo determina la sintomatología depresiva como resultados de los modelos autodestructivos o autocríticos de cada paciente depresivo (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2005).

En segundo lugar la organización estructural del pensamiento depresivo, en el cual se describen los tipos de patrones psíquicos instaurados en estos individuos, dando a entender las actitudes autodestructivas y contraproducentes de estos pacientes, incluso demostrándoles circunstancias adecuadas y/o buenas en su existir, por ello se concluye que la estructura mental de estos pacientes alcanza a ser neutral ante los acontecimientos externos, por ello la persona no da respuesta a las modificaciones que se producen a su alrededor (Beck, Rush, Shaw y Emery,2005).

Y en tercer lugar tenemos al error en el procesamiento de la información: a) Interferencia arbitraria, suponer acontecimiento negativos antes que sucedan en ausencia o no de una evidencia concreta; b) Abstracción selectiva, seleccionar un estímulo de un determinado acontecimiento, interpretándolo fuera de la situación, e ignorando las otras características del acontecimiento que pueda contradecir la creencia ya establecida del estímulo seleccionado; c) Generalización excesiva, es concerniente a la respuesta del depresivo, en la elaboración de una regla absoluta en base a varios sucesos apartados, y de ejecutar la regla en eventos relacionados y/o a eventos sin conexión de esta; d) Maximización y minimización, se trata de reducir o aumentar las cosas de forma desproporcionada ante un

hecho determinado, en especial los errores; e) Personalización, hace referencia a la inclinación del depresivo para asignarse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe evidencia de ello; f) Pensamiento absolutista y dicotómico, es la clasificación mental que el paciente depresivo genera ante situaciones con conceptos extremos y absolutos, como por ejemplo: es santo o es pecador (Beck, Rush, Shaw y Emery ,2005).

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) (1980) en su tercera edición mencionan los siguientes criterios diagnóstico para un trastorno depresivo: Tristeza constante (en niños y adolescente puede darse irritabilidad), anhedonia, cambios notorios en el peso y sueño, pensamientos negativos y autodestructivos, ideación suicida y no está ligada a otras afectaciones medicas ni otros trastornos psicóticos.

En la actualidad el DSM ha producido su quinta edición, presenciándose cambios en los criterios diagnósticos (Tabla 1). El cambio más notable en la publicación del DSM V ha sido la división de los trastornos del ánimo en dos apartados distintos: a) Trastorno Bipolar y trastornos relacionados, b) Trastornos depresivos; lo que ha permitido separar estas entidades para un mejor diagnóstico diferencial (Muñoz y Jaramillo, 2015). Asimismo se añadió a las notas de los criterios, que los síntomas provocados por las etapas de duelo, se puedan considerar para un diagnóstico depresivo; por otro lado para la evaluación de depresión infantil y adolescente, se considera los trastornos de regulación del estado del ánimo disruptivo en el diagnóstico diferencial, que equivale al mismo tipo de diagnóstico con los trastornos bipolares que se haría en la edad adulta; y el último cambio, es la terminología y especificación de la duración o presentación de los síntomas (Echeburúa, Salaberría y Cruz, 2014).

Es por ello, que a pesar que la prueba este basada en los criterios del DSM III, aún se mantiene en esencia la sintomatología descrita en este manual diagnóstico y estadístico, y los cambios no afectaría los

resultados, debido a que la prueba evalúa sintomatología, mas no da un diagnostico depresivo en adolescentes.

Tabla 1.

Comparación de los criterios diagnósticos de depresión según el DSM III y el DSM V.

Criterios Diagnósticos – DSM III	Criterios Diagnósticos – DSM V
<p>A. Cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante el periodo de mínimo dos semanas. Síntomas principales: Estado de ánimo deprimido y pérdida de interés o capacidad de placer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del tiempo (Nota: En niños y adolescente, el estado de ánimo puede ser irritabilidad, rabietas). 2. Pérdida de interés o capacidad de placer a sus actividades diarias cotidianas. 3. Aumento o disminución en el apetito y el peso. 4. Insomnio o hipersomnia, casi todos los días. 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor. 6. Fatiga o pérdida de energía, casi todos los días. 7. Sentimientos de inutilidad y culpabilidad. 8. Disminución de la concentración y capacidad de pensar. 	<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida del interés o de placer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas (Nota: En niños y adolescente, el estado de ánimo puede ser irritable). 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días. 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta (5% en un mes). 4. Insomnio o hipersomnia todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.

<p>9. Ideas suicidas recurrentes.</p>	<p>6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todo los días.</p> <p>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o tomar decisiones casi todo el día.</p> <p>9. Pensamiento de muerte recurrentes, ideas suicidas sin plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p>
<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>	<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>C. Exclusión: una causa orgánica, la alteración no es reacción a la muerte de un ser querido.</p>	<p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p> <p>Nota: Las respuestas ante una pérdida significativa pueden incluirse en el criterio A.</p>
<p>D. En el episodio de depresión mayor no ha habido ideas delirantes ni alucinaciones, no está superpuesto a una esquizofrenia, a un trastorno delirante o a un trastorno psicótico no especificado.</p>	<p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizofrénico, esquizoafectivo, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p>
	<p>E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.</p>

Fuente: DSM III (1980), DSM V (2014).

La depresión en la adolescencia es una afectación compleja originada en la interacción de componentes ambientales, físicos, sociales, personales, biológicos y psicológicos. Becoña, Bermejo, Bornas, Caballo, Cantón, et al. (2001) mencionan en su libro cuatro modelos etiológicos de la depresión en adolescente: 1) Modelo socio-ambiental, 2) Modelo de indefensión aprendida, 3) Modelo cognitivo y 4) Modelo Biológico.

El modelo socio-ambiental toma como hipótesis que los refuerzos positivos escasos y/o la pérdida importante de un refuerzo positivo (ej. Fallecimiento de un padre), provoca depresión en los adolescentes, asimismo concluye que los niños con pocas habilidades sociales desarrollan posiblemente un cuadro depresivo en la pre adolescencia; por otro lado menciona como factor importante, el rechazo maternal y el poco apoyo paternal, refiriendo que los adolescentes que no han crecido en un ambiente familiar amoroso, reforzador, y sin violencia presentan cuadros depresivos; finalmente explica la intensidad de los síntomas depresivos, a causa del poco refuerzo social que es producido por las conductas aversivas de un adolescente depresivo, por ejemplo, si un alumno con depresión es invitado tres veces a jugar con sus compañeros pero no acepta porque presenta anhedonia, a los días sus amigos ya no lo invitarán porque saben que dirá que no (abandono del refuerzo social) lo que produce un incremento de la sintomatología depresiva debido a sus creencias y percepción negativa de él mismo (Becoña, et al., 2001).

Referente al modelo de indefensión aprendida, hace referencia a las reacciones que tiene el adolescente ante situaciones incontrolables, donde la oportunidad de conseguir un refuerzo positivo si manifiesta una respuesta operante es equivalente a la posibilidad de adquirir un refuerzo si no manifiesta dicha respuesta, manifestándose en reacciones motivacionales, cognitivas y emocionales, con características deficientes atribuidas de tres formas: a) A. interna o externa, el resultado negativo de una situación se atribuye a deficiencias propias reales o imaginarias al exterior/contexto; b) A. global o específica, se refiere a la generalización de las situaciones con resultados negativos en un determinado evento (ej. Un alumno que

desaprueba comunicación, atribuye que no es inteligente y por eso desaprobara todas las materias); c) A. Estable o inestable, es el manifiesto de la permanencia de la indefensión, que se atribuye a un resultado percibido como negativo y generalizado para diversos eventos relacionados (Becoña, et al., 2001).

Por otro lado el modelo cognitivo, tiene base teórica de Aaron Beck, y describe a las creencias irracionales o esquemas negativos de los adolescentes depresivos que han desarrollado dichas características a través de vivencias tempranas negativas, que a futuro da lugar a la triada cognitiva descrita anteriormente, ejemplo: un padre que cada vez que corrige a su hijo le dice que es un tonto y no sirve para nada, causa que su hijo a futuro tenga la creencia irracional que en realidad lo es, en diversas situaciones de su vida, causando percepciones negativas y autocríticas de él mismo, teniendo mayor posibilidad de padecer sintomatología depresiva (Becoña, et al., 2001).

El cuarto modelo biológico, evidencia las deficiencias neurológicas y fisiológicas del individuo que afectan en su estado emocional y afectivo, pudiendo causar cuadros depresivos, las investigaciones han demostrado y generado hipótesis de que el déficit funcional de noradrenalina, y dopamina permiten la manifestación de trastornos del ánimo, asimismo la herencia genética, de padres o abuelos diagnosticados con este tipo de trastornos (Becoña, et al., 2001).

Nardi (2004) explica que la adolescencia es una crisis que aparece desde los últimos años de la infancia que permite que el logro de cada individuo sea único y diferente de los otros, y está lleno de cambios, de necesidades internas y externas, cambios fisiológicos, se pone a prueba el auto concepto y autoestima, aparece la resistencia a la influencia social; todos estos son factores que pueden ocasionar características depresivas en la adolescencia si no se cuenta con redes de apoyo adecuadas y estimulación en etapas anteriores a la adolescencia; asimismo refiere que por factores sociales, las mujeres presentan un nivel mayor de características depresivas.

La sintomatología depresiva ha sido investigada en cuanto a sexo, dando resultados positivos de mayor incidencia en el sexo femenino, por ejemplo en la investigación psicométrica de Segura, Posada, Ospina y Ospina (2010) y Figueras, Amador, Gómez y Del barrio (2010), muestran en sus resultados diferencias importantes en los puntajes femeninos de sintomatología depresiva en especial entre los 14 y 16 años. Por otro lado Del barrio, Roa, Olmedo y Colodrón (2002) en su estudio hacen referencia a mayor sintomatología depresiva en las niñas que en los niños, hasta la etapa de la pubertad, en especial donde comienzan los cambios físicos. En Perú la autora Cano (2013) evidencia en su investigación que las adolescentes femeninas obtienen puntajes mayores en los niveles leves y moderados de la sintomatología depresiva comparada con los varones de la misma edad, a pesar que su muestra femenina era inferior. Sin embargo Vinaccia, Gaviria, Atehortúa, Martínez, Trujillo y Quinceno (2006) tuvieron un resultado fuera de lo común en población antioqueña, donde la población masculina presentaba mayor prevalencia de depresión (14,4%) a comparación de la femenina (10,8%), estos autores recomiendan investigaciones más profundas para conocer la casuística de los resultados de la depresión según sexo.

La escala RADS que pretende adaptar esta investigación presenta 4 dimensiones: a) Disforia, es lo opuesto a euforia, se caracteriza por sensaciones desagradables, molestas, como la tristeza constante, la irritabilidad, ideas suicidas, rabietas, no tener control de los impulsos, etc., es un síntoma que se evidencia en los trastornos del ánimo (Figueras, 2006).; b) Anhedonia, es la incapacidad de sentir placer a experiencias antes disfrutadas, tanto en el aspecto físico, psicológico o social, se caracteriza por ser un síntoma de un trastorno y no un trastorno por si solo (Pérez, 2014).; c) Autoevaluación negativa, es la percepción errada de uno mismo, aprendida a través de experiencias tempranas negativas, que se relacionan con nuevos estímulos, va de la mano con una baja autoestima (Arias, 2014).; d) Queja somáticas, son síntomas como consecuencias de trastornos o deficiencias afectivas, que generan desarreglos en el organismo causando

enfermedades, desde leves hasta crónicas, que no son sanadas con medicamentos (Di silvestre, 2000).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación es instrumental, como objetivos tiene confirmar las características psicométricas de la EDAR, a través del análisis de la validez y/o confiabilidad del instrumento (Ato, López, Benavente, 2013).

3.2. Operacionalización de variables

Tabla 2.

Operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Escala de medición
Depresión adolescente.	La depresión adolescente es un trastorno del ánimo, que afecta y genera un desenvolvimiento no adecuado en el entorno inmediato y para su edad, además de no contribuir a la aceptación positiva de los cambios físicos y psicológicos que ocurren en esta etapa (Nardi, 2004).	Puntuaciones obtenidas de la escala de depresión para adolescente de Reynolds.	Sintomatología depresiva.	Ordinal.

Fuente: Ficha técnica de la escala de depresión de Reynolds (Ugarriza y Escurra, 2002).

3.3. Población, muestra y muestreo

Población:

Conformada por adolescentes de la ciudad de Nuevo Chimbote, entre 13 y 18 años de edad.

Muestra y muestreo:

193 adolescentes de la ciudad de Nuevo Chimbote, conformaron la muestra y fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia; muestreo que permite elegir participantes accesibles para la investigación y que hayan brindado su consentimiento para participar (Otzen y Manterola, 2017).

La selección de esta muestra respondió a un criterio de posibilidad, debido al estado de aislamiento social que atraviesa el país por la pandemia covid-19, que ha provocado el cierre de instituciones educativas y centro juveniles durante el presente año. Imposibilitando la aplicación del instrumento de forma presencial y directa a los jóvenes de Nuevo Chimbote.

Criterios de inclusión:

- Adolescentes de entre 13 y 18 años.
- Adolescentes de la ciudad de Nuevo Chimbote.

Criterios de exclusión:

- Protocolos no respondidos en su totalidad por los adolescentes.
- Participantes con discapacidades cognitivas.

3.4. Técnicas e instrumentos

Técnica

La evaluación psicométrica se utilizó como técnica en el estudio, según Aragón (2015) es una técnica científica psicológica que

pretende estudiar y analizar variables en diversos grupos, con el objetivo de: diagnosticar, describir, etc. utilizando instrumentos psicológicos.

Instrumento

Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR).

William Reynolds creó la EDAR en 1987; y para el 2002 Ugarriza y Ecurra la adaptaron para ser aplicada en Perú; evalúa sintomatología depresiva, y se encuentra fundamentada en los criterios del DSM III y toma ciertos aportes de la teoría de Aaron Beck. Cuenta con 30 ítems, y 4 opciones de respuestas, de 1 a 4 puntos (escala Likert: Casi nunca, rara vez, algunas veces y casi siempre), los ítems se encuentran redactados en presente, permitiendo identificar la sintomatología actual del adolescente, asimismo la escala lleva el nombre "Sobre sí mismo" en la hoja de respuesta para evitar sugerencias en las respuestas del adolescente, siete de los ítems son inconsistentes con la depresión (1, 5, 10, 13, 23, 25 y 29), y se califican de forma inversa (Reynolds, 1987). Si el evaluado obtiene 76 a más puntos, presenta sintomatología depresiva y la administración puede ser individual o grupal (Reynolds, 1987).

Para considerar no válido un protocolo se considera lo siguiente (Ugarriza, y Ecurra, 2002):

- Omisiones en un protocolo (de seis a más).
- Un mismo patrón de respuestas.
- En los pares de ítems 1 y 7 y 9 y 12, respuestas no consistentes.

Confiabilidad

El autor obtuvo esta propiedad psicométrica, por el análisis de consistencia interna, en 2402 participantes, obteniendo un α 0,939. Asimismo se realizó la división por mitades alcanzando un coeficiente de 0,91. En cuanto al estudio de test retest, se exploró

en tres diferentes estudios, el primero de 6 semanas con 104 adolescentes, con un coeficiente de 0,80; el segundo estudio con muestra de 415 adolescentes obteniendo un coeficiente de 0,70 y finalmente el tercer estudio aplicado a 601 adolescentes con un resultado de 0,3 (Reynolds, 1987).

Validez

Validez de contenido: Se evaluó la congruencia del ítems con los síntomas depresivos en una muestra de 2296 adolescentes, obteniéndose correlaciones altas entre 0,50 y 0,60 (Reynolds, 1987).

Validez concurrente: Reynolds (1987) comprobó la validez de concurrencia con la Escala de Índices Individuales de Hamilton con 11 participantes, con o sin depresión. La correlación entre las escalas fue de 0,83.

Validez de constructo: Los estudios realizados comprobaron una aceptada y alta validez de constructo, con la prueba CDI (0,73, $p < 0,001$, $n=3,2728$), con el CED-D (0,74; $p < 0,001$, $n= 722$) y con la BDI (0,68; $p < 0,001$, $n= 9,583$) (Reynolds, 1987).

3.5. Procedimiento

Después de haber investigado y expuesto los puntos teóricos de la investigación, se procedió a aplicar el instrumento en la muestra establecida. Para lo cual se creó la versión digital del instrumento en Formulario Google, de Google Drive, donde se redactó la presentación de la investigación, el consentimiento informado y la escala en mención. A continuación se envió el link de evaluación a los participantes y finalmente se examinó los protocolos virtuales para verificar que todos cumplan con los criterios de evaluación que se mencionan en la ficha técnica.

3.6. Método de análisis de datos:

En cuando al análisis de datos, el primer paso fue registrar las respuestas obtenidos de los adolescentes participantes en el programa estadístico IBM SPSS AMOSS versión 24. El segundo paso, fue utilizar la estadística descriptiva para conocer la mediana, moda, y desviación estándar de los resultados; el tercer paso fue analizar la validez de constructo a través del análisis ítem- test; y el cuarto paso y último paso, estudiar la consistencia interna para conocer la confiabilidad de la escala a través del coeficiente de alpha de Cronbach.

3.7. Aspectos éticos

El presente estudio selecciono aspectos éticos establecidos por el Colegio de Psicólogos del Perú (2017) para poner en práctica durante el proceso de la investigación:

Capítulo III, Artículo 24°: El profesional en psicología que realice investigaciones con seres humanos, debe tener en claro la necesidad e importancia de contar con el consentimiento informado de cada participante, y en caso especial del padre o tutor apoderado.

Capítulo III, Artículo 26°: Las publicaciones de las investigaciones, deben presentar resultados veraces y queda prohibido la falsificación y el plagio por interés.

IV. RESULTADOS

Análisis descriptivo e índices de homogeneidad

Tabla 3

Media, desviación estándar, asimetría y curtosis e índices de homogeneidad

Ítem	M	DE	g1	g2	Ítem - test
It1	1.58	.72	1.16	1.15	.64
It2	3.14	.93	-.80	-.34	.09
It3	2.10	.99	.34	-1.05	.57
It4	1.58	.86	1.38	.94	.29
It5	2.02	.94	.58	-.58	.48
It6	1.80	.96	.90	-.36	.60
It7	2.17	.97	.42	-.79	.64
It8	2.09	1.02	.53	-.88	.70
It9	1.72	.87	1.05	.27	.65
It10	1.48	.86	1.72	1.87	.26
It11	1.51	.78	1.52	1.67	.48
It12	1.59	.78	1.19	.77	.58
It13	1.69	.97	1.17	.13	.61
It14	1.24	.59	2.75	7.73	.51
It15	1.69	.89	1.11	.27	.49
It16	2.04	.94	.46	-.79	.57
It17	2.16	1.05	.44	-1.03	.55
It18	2.41	1.03	.10	-1.13	.56
It19	1.76	.96	1.03	-.06	.55
It20	1.72	.98	1.14	.08	.68
It21	1.69	.91	1.12	.25	.74
It22	2.62	.89	-.17	-.67	.47
It23	1.82	1.04	.94	-.47	.33
It24	2.08	1.11	.60	-1.02	.42
It25	1.39	.74	1.99	3.37	.26
It26	2.44	.98	.15	-.98	.58
It27	1.86	.93	.80	-.34	.29
It28	2.82	1.03	-.35	-1.07	.36
It29	1.59	.81	1.18	.50	.11
It30	1.95	1.03	.76	-.61	.66

Nota: M=media; DE=desviación estándar; g1=asimetría; g2=curtosis; r_{itic}=índice de correlación R corregido

En la tabla 3, se observa que la puntuación promedio alcanzada según los reactivos van de 1.24 (ítem 14) a 3.14 (ítem 2), con valores de dispersión que varían de .59 a 1.11, en lo que concierne a la normalidad se aprecia que los valores para la asimetría se ubican dentro del

intervalo ± 2 y en la curtosis dentro del intervalo ± 5 , a excepción del reactivo 14 que presenta valores por encima de los intervalos señalados, reflejando normalidad univariada a excepción del reactivo mencionado; referente a la correlación ítem – test, se aprecia que los valores van de .26 a .74 considerados como aceptables, sin embargo los valores de los ítems 2 y 29 son inferiores a .20 (.09 y .11) considerados como no aceptables (Kline, 2011).

Análisis de consistencia interna

Tabla 4

Estadísticos de consistencia interna según el coeficiente Alfa

Variable	Nº Ítems	M	DE	g1	g2	α	IC 95%	
							LI	LS
Depresión	30	57.75	14.85	.77	.21	.91	.90	.93

Nota: M=media; DE=desviación estándar; g1=asimetría; g2=curtosis; α =coeficiente de consistencia interna alfa; IC=intervalo de confianza; LI=límite inferior; LS=límite superior

En la tabla 2, se presenta el análisis de confiabilidad, obtenido un valor de 0.91 de coeficiente Alpha de Cronbach, realizado a través de la consistencia interna, y un intervalo de confianza del 95%, los valores son de .90 a .93, valores que según Campo y Oviedo (2008) son aceptables por ser mayor a .70.

V. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo principal demostrar las evidencias psicométricas de la RADS, en una muestra de adolescentes pertenecientes al distrito de Nuevo Chimbote, a través de la validez de constructo (Correlación ítem-test) y la confiabilidad por consistencia interna (alpha de cronbach).

Referente a la validez de constructo que se analizó por la correlación ítem-test se evidencia que 28 de los ítems presentan puntuaciones estables, excepto el ítem 2 y 29 porque poseen puntuaciones menores a 0.20, considerados como no estables (Kline, 2011). Los valores obtenidos son similares al estudio de Ugarriza y Escurra (2002), quienes hallaron 4 ítems de los 30 de la escala RADS que presentaban valores inferiores, que oscilaban entre 0.78 y 2.93. El ítem 2 “Me preocupa el colegio” y el 29 “Me gusta comer”, redactados de forma afirmativa, posiblemente obtuvieron aquellos puntajes debido a que durante la adolescencia, las reacciones, conductas y pensamientos en un paciente depresivo varían de acuerdo a las causas del trastorno y el entorno o influencia social (Nardi, 2004), además de estar los ítems basados en los criterios diagnóstico del DSM III (Reynolds, 1987) es decir que para el diagnóstico de depresión en adolescentes no siempre se cumplirá con todos los criterios diagnósticos (Ugarriza y Escurra, 2002). Asimismo Beck, Rush, Shaw y Emery (2005) refieren que según la triada cognitiva de Beck, en la adolescencia los pensamientos negativos e irracionales y las conductas impulsivas son los síntomas con mayor presencia, es decir que el miedo al colegio o disminución del apetito, puede ser un síntoma secundario en algunos casos. Finalmente se puede corroborar que la RADS es un instrumento válido, que cumple su objetivo de evaluar sintomatología depresiva, cumpliendo una función claramente preventiva para dar inicio a una evaluación completa y un tratamiento psicológico personalizado a los pacientes que superen el puntaje de corte de la escala, evidenciándose de esta forma una de sus propiedades psicométricas que ofrece

beneficios sociales y de salud mental a los adolescentes de esta ciudad.

En cuanto al resultado de confiabilidad, realizado a través de la consistencia interna, se obtuvo un coeficiente de alpha de Cronbach de .91, con un IC de 95%, obteniendo un LI de .90 y un LS de .93; es decir que presenta un nivel de confiabilidad aceptable y elevada (Campos y Oviedo, 2008). Los resultados obtenidos se relacionan con otras investigaciones que estudiaron las evidencias psicométricas de la RADS, como por ejemplo los estudios de Walker, Merry, Watson, Robinson, Crengle y Schaat (2005) y Krefetz, Steer, Gulad y Beck (2002), los cuales obtuvieron un α .91 al igual que nuestra investigación; asimismo los estudios de Lauzarique y Martínez (1999) y, Ugarriza y Ecurra (2002) obtuvieron un α .87, menor a nuestra investigación, pero con un nivel aceptable de confiabilidad. Este resultado comprueba otra propiedad psicométrica de la RADS, permitiendo que aquellos profesionales de salud que apliquen este instrumento obtengan resultados totalmente confiables. Bruke, Hipwell y Loeber (2010) refieren que es de suma importancia una detección temprana de los síntomas depresivos, para prevenir trastornos psicológicos en las etapas vitales futuras, como por ejemplo el trastorno bipolar, asimismo Beck, Rush, Shaw y Emery (2005) refiere que una intervención psicológica temprana modifica con mayor eficacia los síntomas depresivos. Es por ello que este instrumento con confiabilidad elevada permitirá la evaluación y efectividad de las intervenciones, programas y procesos diagnósticos de la depresión en adolescentes (Ugarriza y Ecurra, 2002) beneficiando a la población, de Nuevo Chimbote, pudiendo contribuir con la detección y disminución de la incidencia de la depresión en adolescentes del mencionado distrito.

VI. CONCLUSIONES

- ✓ La validez de constructo basada en la correlación ítem-test determino la validez de la escala RADS, con 28 ítems aceptables y dos con puntajes bajos. Concluyéndose que es una escala valida.
- ✓ La confiabilidad obtenida a través del coeficiente de alpha de cronbach (α .91), determino que la RADS es una escala elevadamente confiable.

VII. RECOMENDACIONES

- ✓ Realizar otros estudios que evalúen los diferentes tipos de validez del instrumento, a través de diversos procedimientos como el análisis factorial o la correlación con otro instrumento que mida la misma variable.
- ✓ Desarrollar una investigación psicométrica con una muestra más grande para poder realizar la generalización de los resultados. Además de realizar otros estudios para seguir demostrando la confiabilidad del instrumento.

VIII. REFERENCIAS

- Álvaro, E., Garrido, L., y Schweiger, G. (2010). Una revisión crítica del modelo atributivo a la depresión. *Revista Internacional de Sociología*, 68(2), 333-348. doi:10.3989/ris.2008.06.08
- American Psychiatry Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM III*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatry Association (Ed. 5) (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. United States: Arlington.
- Aragón, L. (2015). *Evaluación Psicológica: Historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría. (2da ed.)*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Arias, N. (2014). La autoevaluación un proceso fundamental para la formación del ser humano en el contexto de la paz y la convivencia. *Itinerario Educativo*, (64), 83-101. doi: 10.21500/01212753.1427
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de la psicología*, 29 (3), 1038-1059. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2005). *Terapia Cognitiva de la depresión*. España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Becoña, E., Bermejo, R., Bornas, X., Caballo, V., Cantón, J. y otros (2001). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales*. Madrid, España: Editorial Pirámide.
- Bruke, J., Hipwell, A. y Loeber, R. (2010). Dimensions of oppositional defiant disorder as predictors off depresión and conduct disorden in preadolescent girls. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 49 (5), 484-492.

- Campos, A. y Oviedo, H. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista de salud pública*, 10 (05), 831-839.
- Cano, J. (2013). Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana. *Revista Minds*, 1 (1), 27-44.
- Centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades (2018). *Boletín epidemiológico del Perú*. 27 (34).
- Colegio de psicólogos del Perú (2017). *Código de ética y deontología*. Consejo directivo Nacional.
- Del Barrio, V. y Carrasco, M. (2002). *Depresión en niños y adolescentes*. Editorial: Síntesis, S.A. España.
- Del Barrio, V. (2010). La depresión infantil a la altura de nuestro tiempo. *Información psicológica*, 100, 49-59.
- Del Barrio, V., Roa, M., Olmedo, M. y Colodrón, F. (2002). First adaptation of the CDI-S for spanish population. *Acción psicológica*, 3, 263-272.
- Di silvestre, C. (2000). Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad. *Cinta de Moebio*, (4), 30-33.
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz, M. (2014). Contributions and limitations of DMS-5 from clinical psychology. *Terapia psicológica*, 32 (1), 65-74. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- Figueras A. (2006). *Evaluación multimedio y multi-informante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes* (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
- Figueras, A., Amador, J, y Però, M. (2008). Características psicométricas de la Reynolds adolescent depression scale en población comunitaria y clínica. *International Journal of Clinical and health psychology*, 8 (1), 247- 266.

- Figueras, A., Amado, J., Gomez, J. y Del barrio, V. (2010). Psychometric Properties of the Children's Depression Inventory in Community and Clinical Sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 13 (2), 990-999.
- Fonseca, E.; Wells, C.; Paino, M.; Lemos, S.; Villazón, U.; Sierra, S.; Garcia, M; y Bobes, J. (2010). Measurement invariance of the Reynolds Depression Adolescent Scale across gender and age. *International Journal of Testing*, 10 (2) 133-148. doi: <https://doi.org/10.1080/15305050903580822>
- Kline, B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. (3ra ed.). New York: Guildford Press.
- Kochman, F.; Hantouche, E. y Akistal, H. (2003). Los trastornos bipolares en adolescentes. *Archivos de psiquiatría*, 66, 63 – 71.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory CDI Manual*. New York: Multi— Health Systems.
- Krefetz, D., Steer, R., Gulab, N. y Beck, A. (2002). Convergent Validity of the Beck Depression Inventory-II With the Reynolds Adolescent Depression Scale in Psychiatric Inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 78 (3), 451-460. doi: 10.1207/S15327752JPA7803_05
- Lang, M. y Tisher, M. (1978). *CDS. Children's Depression Scale*. Victoria, Australia: ACER.
- Lauzurique, C. y Martínez, A. (1999). Traducción y adaptación de la escala de depresión Reynolds para niños en muestra Puertorriqueña. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 12 (1), 111-144.
- Ministerio de Salud (MINSA) (23 de junio del 2014). *Niños y adolescentes con trastornos depresivos pueden presentar ideas suicidas*.

- Ministerio de Salud (MINSa) (07 de octubre del 2018). *1300 intentos de suicidio en lo que va del 2018*.
- Muños, F y Jaramillo, L. (2015). Significant Changes?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (125), 111-122. doi: 10.4321/S0211-57352015000100008
- Nardi, B. (2004). Depresión adolescente. *Psicoperspectivas*, 3 (1), 95-126.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (22 de marzo del 2018). *Depresión*.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (09 de septiembre del 2019). *Suicidio: una persona muere cada 40 segundos*.
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35 (1), 227-232.
- Perez, H. (2014). La anhedonia. *Revista latinoamericana de psicopatología fundamental*, 17 (4), 827-830. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n4p827.1>
- Radio Santo Domingo (RSD) (2019). *Alto índice de personas con problemas de depresión se registran en Nuevo Chimbote*.
- Reynolds, W. (1987). *Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS). Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Reynolds, W. (2004). Reynolds Adolescent Depression Scale – 2nd edition. *Comprehensive Handbook of psychological assessment*, 2, 224-236. New York: John Wiley y Sons.
- Rondon, M. (2006). Mental health: a public health problema in Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23 (4), 237-238.
- Segura, S., Posada, S., Ospina, M. y Ospina, H. (2010). Inventory standardization of children depression scale for adolescents

aged 12 and 17 years of age, the municipality of Sabaneta, Department, Colombia. *International Journal of Psychological Research*, 3 (2), 63-73. doi: <https://doi.org/10.21500/20112084.813>

Shapiro, E. (2002). *Salud emocional en los niños*. Madrid, España: EDAF. S.A.

Ugarriza, N. y Ecurra, M. (2002). Adaptación psicométrica de la escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana. *Persona*, (5), 83-130.

Vinaccia, S., Gaviria, A., Atehortúa, L., Martínez, P., Trujillo, C., y Quinceno, J. (2006). Prevalence of depression in school children between 8 and 12 years of Eastern Antioquia from the "Child depression inventory". *Revista Diversitas – Perspectivas en Psicología*, 2 (2), 217-227.

Walker, L., Merry, S., Watson, P., Robinson, E., Crengle, S., y Schaaf, D. (2005). The Reynolds Adolescent Depression Scale in New Zealand Adolescents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 (3), 136-140. doi: <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01534.x>

ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE AUTORIZACION

Surco, 08 de mayo de 2020.

Por la presente autorizo a **Shila Castillo**, estudiante de psicología de la **Universidad César Vallejo** de Chimbote, quien por motivo de desarrollar la tesis, de pregrado, desea hacer uso de la escala de depresión para adolescentes de Reynolds en Lima la que fue adaptada en Lima, por la que suscribe.

Tomo conocimiento de que la información que se recabará en la ciudad de Chimbote será confidencial y se utilizará de manera pertinente para fines de investigación, por lo que autorizo su uso.

Asimismo le solicitaría que cuando termine su tesis y la haya sustentado me envíe un ejemplar.

Cordialmente.

Dra. Nelly Raquel Ugarriza Chávez
Profesora Emérita de la UNMSM

Firma

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Escala para adolescentes de Reynolds (EADR), Adaptada en Perú, por Ugarriza y Escurra (2002)

¡Hola! Mi nombre es Shila Castillo Rentería, soy estudiante del último semestre de la carrera de psicología de la Universidad César Vallejo. Mi investigación pretende conocer las evidencias psicométricas de la escala de depresión para adolescentes de Reynolds, en la ciudad de Nuevo Chimbote, con la finalidad de brindar un instrumento válido y confiable para ser utilizado por profesionales de psicología, permitiendo así conocer la sintomatología depresiva de los adolescentes de esta ciudad. Con tu consentimiento y participación honesta podremos lograr los objetivos de mi investigación. Los únicos requisitos que necesitas para poder ayudarme son:

- Tener entre 13 y 18 años de edad.
- Ser de la ciudad de Nuevo Chimbote.

Correo de la investigadora para cualquier consulta:

Scastillorenteria@gmail.com

Tu consentimiento asegura la confiabilidad de tus datos personales y tus resultados, que serán utilizados solo con fines académicos e investigativos. ¡Muchas gracias por tu ayuda!

***Obligatorio**

Otorgo mi consentimiento para participar en esta investigación *

Sí

No

ANEXO 5

Sobre mí mismo

Por Willian M. Reynolds

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 cuan 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. Solo 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"/>