

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

Rev Med Hered. 2013; 24:26-32.

Validación de un instrumento para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en médicos de atención primaria en Chiclayo, Perú

Validation of an instrument to measure the level of knowledge about major depression in general practitioners in Chiclayo, Peru

Aldo Ríos-Flores¹, Wilder Leonardo-Olivera¹, José Carlos Ballena-López¹, Jaime Peralta-Villegas¹, Pedro Fanzo-González¹, Cristian Díaz-Vélez², Franco Ernesto León-Jiménez²

RESUMEN

Objetivo: Diseñar y validar un instrumento para evaluar el nivel de conocimientos sobre Depresión mayor en médicos de atención primaria en Chiclayo. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, tipo validación de un instrumento. El primer constructo se desarrolló en el 2010 en base al marco teórico y sometido a juicio de expertos. En el 2011 nuevamente se sometió el cuestionario a 12 expertos según la metodología Delphi, obteniéndose un constructo de 14 preguntas: 7 de diagnóstico y 7 de tratamiento; se realizó un estudio piloto para evaluar la inteligibilidad y pertinencia del instrumento. Se evaluó la confiabilidad con el coeficiente de Kuder-Richardson y el Alfa de Cronbach. La validez de constructo se realizó mediante análisis factorial. Se utilizó SPSS v. 15. **Resultados:** Se entrevistaron 34 médicos generales (90%) y 6 alumnos (10%) que habían terminado el curso de Salud mental: 36 (90%) fueron varones; la media de edad fue de $37,5 \pm 15$ años. Los percentiles 25, 50 y 75 de la puntuación total del instrumento fueron: 4, 6 y 9, respectivamente. El Coeficiente de Kuder-Richardson fue 0,62; el Alfa de Cronbach de cada una de las preguntas fue mayor de 0,55. Las pruebas de Kaiser Meyer Olkin y de esfericidad de Bartlett mostraron que el instrumento era unidimensional. **Conclusiones:** Se obtuvo un instrumento válido, confiable y unidimensional para determinar el nivel de conocimientos sobre depresión mayor en médicos de atención primaria.

PALABRAS CLAVE: Trastorno depresivo Mayor, atención primaria, conocimiento, validación (**Fuente:** DeCS BIREME)

SUMMARY

Objective: To design and validate an instrument to assess the level of knowledge of major depression in general practitioners in Chiclayo. **Methods:** A descriptive, cross sectional study for instrument validation. The first construct was developed in the year 2010 based on the theoretical framework and was subject to expert judgment. During the year 2011, the questionnaire was subjected again to 12 experts according to the Delphi methodology, yielding a construct of 14 questions: 7 for diagnosis and 7 for treatment. A pilot study was conducted to evaluate the relevance and understandability of the instrument. The reliability of the instrument was evaluated with the Kuder-Richardson coefficient and the Cronbach's Alpha. Construct validity was performed by factorial analysis. We used the statistical software SPSS v. 15. **Results:** We interviewed 34 general practitioners (90%) and 6 students (10%) who had completed the courses of Mental Health: 36 (90%) were male and the mean age was 37.5 ± 15 years. The percentiles

¹ Alumno de la Escuela de Medicina, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, Perú.

² Docente de la Escuela de Medicina, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, Perú.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

25, 50 and 75 of the total score of the instrument were: 4, 6 and 9, respectively. The Kuder-Richardson coefficient was 0.62, the Cronbach's alpha for each questions was greater than 0.55. The Kaiser Meyer Olkin test and Bartlett's sphericity showed that the instrument was one-dimensional. **Conclusions:** We obtained a valid, reliable and one-dimensional instrument to determine the level of knowledge of major depression in general practitioners.

KEY WORDS: Major depressive disorder, primary care , knowledge, validation. (Source: MeSH-NLM)

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es la cuarta causa mundial de carga de enfermedad y representa el 12% del total de años vividos con discapacidad a nivel mundial (1). En el estudio World Health Survey realizado por la OMS en el 2007 en más de 60 países con participación de 245 404 personas, se encontró una prevalencia anual de depresión de 3,2% (2). Además, aproximadamente 5-10% de pacientes con enfermedades crónicas en atención primaria la sufren (3); el riesgo de no adherencia a los tratamientos en éstos pacientes es de 3:1 (4).

La gran mayoría de pacientes con depresión son vistos en atención primaria, siendo los médicos generales los primeros en tener contacto con ellos (5,6), pero sólo 50-70% de éstos pacientes, son reconocidos (7). En una revisión sistemática de 31 estudios observacionales, Mitchell AJ et al (8), hallaron que los médicos generales tan sólo diagnosticaban 47,3% de los casos de depresión en ancianos y sólo 39,7% de los casos de depresión en jóvenes.

El reconocimiento de pacientes con alteraciones mentales en la consulta externa está asociado a mejor pronóstico en relación a la mejora del entorno social del paciente (9); se sabe que 60% de pacientes con depresión se presentan en atención primaria con síntomas somáticos inespecíficos (10-12), o más recientemente denominados "síntomas sin explicación médica" (10). Según esta nueva perspectiva, los pacientes con depresión y con síntomas somáticos inexplicados, con frecuencia están insatisfechos con las interpretaciones que reciben de su enfermedad y por ello consultan a un gran número de especialistas; sin embargo, éstos pacientes confían más en sus "médicos de cabecera" que en médicos de diferentes especialidades.

La relación médico paciente en éste punto, es crítica (13); la personalidad del médico y las actitudes de éste en relación a los síntomas del paciente son factores que determinan el reconocimiento de la

depresión en atención primaria. Por otro lado, la insuficiente enseñanza de tópicos de salud mental en el pregrado y post grado (especialidad) serían otro factor que determinaría la falta de reconocimiento de la depresión en establecimientos del primer nivel de atención (14); el desarrollo de ésta competencia en los médicos generales es fundamental para el reconocimiento temprano de ésta patología.

Según los registros del Consejo Regional VIII del Colegio Médico del Perú (CMP), actualmente existen 1520 médicos inscritos y aproximadamente 1,312 son médicos generales. Los psiquiatras colegiados son 10 y los médicos internistas, 43 (15). En el año 2010 había 15 psicólogos trabajando en establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) en Lambayeque (16). Considerando los datos de un estudio piloto realizado en 2011 en el distrito de Lambayeque, en el que se halló una frecuencia de síndrome depresivo de 4,2% (17), la cantidad de profesionales a cargo de la salud mental de la población, es inadecuada.

Es importante que el recurso humano en salud, en particular los médicos generales tengan un conocimiento suficiente en la prevención, tratamiento, pronóstico y rehabilitación del síndrome depresivo. La importancia de ésta investigación radica en que la línea de salud mental es una prioridad de investigación nacional y regional (18).

El objetivo del trabajo fue diseñar y validar un instrumento para evaluar el nivel de conocimientos sobre depresión mayor en médicos de atención primaria de Chiclayo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, trasversal para validar un instrumento. La población objetivo fueron médicos generales de la provincia de Chiclayo; la población accesible médicos de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (puestos y centros de salud) de la provincia de Chiclayo, médicos captados en una capacitación del CMP y alumnos de medicina que habían terminado el curso de salud mental.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Criterios de inclusión:

1. Médicos generales con registro del CMP sin restricción de edad.
2. Laborar en la provincia de Chiclayo.
3. Alumnos de medicina que habían terminado el curso de Salud mental el año anterior.

Criterios de exclusión:

Médicos que sufran de alguna enfermedad neurodegenerativa o realicen labor exclusivamente administrativa.

Proceso de validación

Validación cualitativa

El primer constructo fue elaborado por los autores en el 2010 en base a la guía de la National Institute for Health and Clinical Excelente (NICE)(19) actualizada en el 2009; se diseñó un instrumento con preguntas tipo viñeta clínica de 5 alternativas, con una alternativa verdadera y fue evaluado por un Psiquiatra-Internista del Johns Hopkins Hospital. En la figura 1 se muestra la secuencia de la validación del instrumento.

Para la validación del contenido, durante el 2011 se sometió el instrumento a un panel de 12 expertos: un psiquiatra, dos epidemiólogos, un geriatra, tres psicólogos clínicos, un neurólogo pediatra, un antropólogo, un licenciado en Filosofía, un médico general y un médico internista; todos docentes universitarios.

Para determinar el grado de inteligibilidad y de pertinencia por pregunta se utilizó la siguiente escala Likert: 1:“Nada inteligible”, 2: “Poco inteligible”, 3: “Parcialmente inteligible”, 4: “inteligible” y 5: “muy inteligible” y 1: “Nada pertinente”, 2: “Poco pertinente”, 3: “Parcialmente pertinente”, 4: “pertinente” y 5: “muy pertinente”. Éste proceso se llevó a cabo mediante la Metodología Delphi (20) (envío por correo electrónico del instrumento para la validación por expertos y la modificación del mismo hasta el levantamiento de las observaciones), derivada a partir de estudios sociales y de marketing(21) con la que se obtuvo la primera versión del instrumento (7 preguntas de diagnóstico y 7 de tratamiento). No pudo realizarse la evaluación de validez de criterio al no contar con un instrumento que mida conocimientos en depresión para realizar la comparación.

Validación cuantitativa

El estudio piloto se hizo con 34 médicos generales y 6 alumnos de medicina: 15 encuestas fueron respondidas en sus lugares de trabajo y 19 obtenidos de médicos generales asistentes a una capacitación en el CMP.

La muestra fue no probabilística, y se eligieron consecutivamente a los médicos generales localizados a través del registro del Consejo Regional VIII del CMP.

La consistencia interna se evaluó con el Coeficiente de Kuder Richardson (KR) y el coeficiente



Figura 1. Secuencia de pasos en la validación del instrumento nivel de conocimientos en depresión mayor en atención primaria.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Alfa de Crombach (22). Se consideró la siguiente categorización del coeficiente de confiabilidad: 0,8-1 (elevado), 0,6-0,8 (aceptable), 0,4-0,6 (regular), 0,2-0,4 (bajo) y menor de 0,2, muy bajo (23). No se realizó correlación intraclase por tratarse de un resultado dicotómico para cada pregunta y además que en los instrumentos que miden conocimiento el “aprendizaje” de los encuestados puede interferir con esta medida (22). Para determinar la factibilidad de un análisis factorial, que permita determinar el número de factores (dimensiones) del instrumento, se utilizaron las pruebas estadísticas de Kaiser Meyer Olkin (K-M-O) y el test de esfericidad de Barlett (24).

El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

RESULTADOS

Validez

El promedio de inteligibilidad y pertinencia de cada pregunta fue 2,8 y 3, respectivamente. El tiempo promedio para responder las preguntas fue 10

Tabla 1. Frecuencia de acierto y confiabilidad de cada pregunta del instrumento para medir nivel de conocimiento de depresión mayor en atención primaria

Pregunta	n	%	α de Cronbach
P1	16/40	41,03	0,60
P2	24/38	64,10	0,61
P3	40/40	69,23	0,63
P4	28/40	23,08	0,58
P5	13/40	33,33	0,63
P6	23/39	58,97	0,65
P7	13/40	33,33	0,60
P8	23/38	61,54	0,58
P9	11/39	28,21	0,58
P10	14/40	35,90	0,63
P11	12/40	30,77	0,59
P12	20/39	51,28	0,62
P13	20/37	53,85	0,62
P14	17/38	43,59	0,60

n: número de participantes que respondieron correctamente cada una de las preguntas/número de participantes que respondieron dicha pregunta

minutos. Se consideró un puntaje máximo de 14. Los percentiles 25, 50 y 75 en relación con conocimiento fueron: 4, 6 y 9. La media de conocimiento fue $6,28 \pm 2,7$ (rango: 1 a 13).

En la tabla 1 se muestra los porcentajes de acierto de cada una de las preguntas. Las de menor frecuencia de aciertos fueron la 4, 5, 9 y 11 y las de mayor frecuencia de aciertos, la 2, 3, 6 y 8.

La pertinencia del análisis factorial fue evaluada con las pruebas de Kaiser Meyer Olkin y el test de esfericidad de Bartlett. Los resultados de éstos fueron: $p < 0,05$ y $p = 0,12$, respectivamente. En el análisis de porcentajes de varianza explicada, 2 componentes o factores explican el 34,56% de la varianza en éste instrumento de 14 preguntas, lo que determina que el instrumento sólo tiene un factor, es decir es unidimensional.

Confiabilidad

La consistencia calculada mediante el coeficiente de Kuder-Richardson (KR) fue 0,62 para los 14 preguntas: 0,35 y 0,51 para la dimensión diagnóstico y tratamiento respectivamente. Además, se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach para cada pregunta (Tabla 1), donde se observa que los coeficientes de todas las preguntas fueron mayores de 0,5.

Características de la población del piloto

La edad promedio fue $37,5 \pm 15$ años (rango: 21 – 72); la mediana: 35 años. Treinta y seis (90%) fueron hombres. En los médicos generales el tiempo promedio de ejercicio profesional fue de $10,3 \pm 11,92$ años y la mediana de 6,5 años.

DISCUSIÓN

La muestra es representativa ya que el número de personas encuestadas supera el número de ítems, siendo el número final de preguntas en éste instrumento de 14. Argimón J (25) recomienda que para la elaboración de un constructo se debe usar mínimo 6 preguntas y máximo 90, de acuerdo a la complejidad del constructo y a las dimensiones del mismo. Cabe mencionar que el tiempo de administración del instrumento fue adecuado (se recomienda entre 30 y 90 minutos)(25), ello hace viable su aplicación.

El número de expertos fue de acuerdo a la literatura (28). La valoración del instrumento por los expertos

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

fue adecuada, llegando a formularse nuevas preguntas y eliminar aquellas que se consideraban innecesarias, aspecto reflejado en la validez de contenido. La validez de criterio, en la que se compara el instrumento en validación con otro en uso, no pudo hacerse pues no se encontró en la literatura ningún instrumento que mida este constructo (25).

La validez de constructo depende del análisis factorial. Esta es una técnica de reducción de la dimensionalidad de los datos; permite saber si un instrumento tiene una o más dimensiones; una dimensión del instrumento corresponde a un factor obtenido en el análisis. Para llevarlo a cabo se necesitan dos requisitos: que el valor de la adecuación muestral de K-M-O, se aproxime a 1 (un K-M-O menor de 0,5 indica que llevar a cabo un análisis factorial no sería adecuado) y que el test de esfericidad de Bartlett sea menor de 0,05 (24). Los resultados (Bartlett menor a 0,05 (aceptable) y el K-M-O de 0,12) indican que hacer un análisis factorial no sería lo más adecuado. Se halló además que si se considerasen dos dimensiones (diagnóstico y tratamiento) sólo el 34,56% de la varianza del Instrumento sería explicado con este número de factores. Por estos hechos el instrumento es unidimensional.

Un instrumento en salud debe tener validez (es decir que mida la variable para el cual fue diseñado, disminuyendo el error sistemático) y confiabilidad (es decir que en mediciones repetidas al mismo sujeto en diferentes momentos y por diferentes evaluadores se encuentre el mismo resultado, disminuyendo el error aleatorio) (22). Los coeficientes KR y Alfa de Cronbach encontrados demuestran una fiabilidad aceptable del instrumento, es decir, las respuestas son suficientemente coherentes entre sí y todos los ítem miden lo mismo y pueden sumarse en una puntuación total final (22); pero el cuestionario debe ser aplicado unidimensionalmente, debido a que los valores obtenidos del coeficiente de fiabilidad para la dimensión diagnóstica y tratamiento fueron bajo y regular, respectivamente (23).

Una limitación en la validación del instrumento podría ser la heterogeneidad de los participantes al tener amplios rangos de edad; la experiencia por tener mayor cantidad de años ejerciendo la profesión médica o el reciente aprendizaje por parte de los médicos jóvenes y alumnos podría alterar el coeficiente de KR. La inclusión de 6 alumnos de medicina podría haber influenciado en los coeficientes. Se decidió incluir a 6 alumnos de medicina que habían aprobado

recientemente el curso de salud mental para aumentar el tamaño muestral y poder calcular el KR. La heterogeneidad de los participantes es un factor que aumenta la consistencia interna de los instrumentos (22)

Otro comentario es el uso de la metodología Delphi, que en su versión original contempla la presencia de “rounds”, es decir el acuerdo común de los expertos en la elaboración del constructo en varias etapas (20). En éste estudio se envió el cuestionario simultáneamente a todos los expertos, realizándose la corrección posterior con las correcciones de cada una de ellas en forma separada. Probablemente si se aumenta el número de entrevistados el K-M-O, podría aumentar y existir la posibilidad de hacer un análisis factorial.

Un comentario a resaltar es que 3 de las 7 preguntas de diagnóstico (preguntas 1, 4 y 9) evalúan el conocimiento en Depresión Mayor según los criterios del DSMIV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición) (27). Ciertamente esta clasificación facilita la comunicación entre clínicos e investigadores y una mejor categorización del cuadro; sin embargo en la consulta diaria muchos pacientes no cumplen estrictamente los criterios, siendo la aproximación diagnóstica de tipo sindrómico. Ésta es una aproximación aceptable en el contexto de atención primaria.

Según el enfoque de la Organización Mundial de la Salud por intermedio del World Organization of Family Doctors (WONCA), existe una pirámide en relación al abordaje de la atención de la Salud mental en las poblaciones en la cuales la descentralización de la misma es fundamental, como es el caso de los países del tercer mundo. La base de la pirámide se fundamenta en el autocuidado y en la educación en la comunidad en su salud mental; la complejidad de la atención pasa por la atención primaria por parte de médicos o enfermeras/os de los problemas más prevalentes: Depresión y Ansiedad. La pirámide se completa con los servicios de hospitalización de pacientes con problemas mentales, la formación de servicios de atención comunal de personas y los servicios de atención psiquiátrica de alta complejidad (28).

Está pendiente aplicar éste instrumento a un grupo de expertos (psiquiatras ó médicos internistas con experiencia en el manejo de pacientes con depresión) para establecer definitivamente los percentiles que

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

definen el nivel de conocimiento.

En conclusión, se obtuvo un instrumento fiable, válido y unidimensional para determinar el nivel de conocimientos en depresión mayor en médicos generales

Agradecimientos:

A la Escuela de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo por su apoyo en la ejecución del estudio.

A cada uno de los expertos que brindaron su apoyo para la revisión del constructo del instrumento.

Conflictos de intereses:

Los autores niegan tener conflictos de intereses.

Correspondencia:

Franco León Jiménez

Correo electrónico: francoernestole@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ustün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004; 184: 386-92.
2. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007; 370(9590): 851-8.
3. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry*. 2003; 54:216-26.
4. DiMatteo MR, Lepper H, Croghan T. Meta analysis of the Effects of Anxiety and Depression on patient Adherence. *Arch Intern Med*. 2000; 160: 2101-2107.
5. De la Grecca P, Zapata V, Vega J, et al. Manejo de pacientes con trastornos mentales en servicios ambulatorios de Medicina General en tres hospitales de Lima. *Rev Med Hered*. 2005; 16(4): 246-252.
6. Grecca R, Zapata M, Vega J, Mazzotti G. Patrones de tratamiento de pacientes con depresión en la consulta ambulatoria de medicina general. *Rev Neuro-Psiquiat*. 2005; 68(3-4):182-90.
7. Timonen M, Liukkonen T. Management of depression in adults. *BMJ*. 2008; 336:435-9.
8. Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. Do primary care physicians have particular difficulty identifying late-life depression? A meta-analysis stratified by age. *Psychother Psychosom*. 2010; 79(5): 285-94.
9. Ormel J, Van Den Brink W, Koeter MW, et al. Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychol Med*. 1990; 20(4): 909-23.
10. Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prim Care Companion. J Clin Psychiatry*. 2005; 7: 167-76.
11. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med*. 1999. 341:1329-1335.
12. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, et al. Somatisation and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry*. 1993; 150: 734-741.
13. Peters S, Rogers A, Peter Salmon P, et al. What do patients choose to tell their doctors? qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms. *J Gen Intern Med*. 2009; 24(4): 443-449.
14. Lipowski Z. Is the education of primary care physicians adequate? *Gen Hosp Psychiatry*. 1992; 14:361-362.
15. Colegio Médico del Peru, Colegio Regional VIII Chiclayo. Médicoscolegiados (Internet). Lambayeque, Chiclayo: Colegio Médico del Peru; 2012. (Citado el 17 de Julio del 2012) Disponible en: <http://www.cmpchiclayo.org.pe/paginas.php5?colegiados=colegiados>
16. Colegio Médico del Peru, Colegio Regional VIII Chiclayo. Personal del Ministerio de Salud y gobiernos regionales por grupos ocupacionales. Lima, Perú : Colegio Médico del Peru ; 2010.
17. Montoya J, Suárez F, León-Jiménez F. Fibromialgia en el distrito de Lambayeque: un estudio piloto en el 2011. *Rev Soc Perú Med Interna*. 2012; 25(3): 112-116.
18. Cabezas-Sánchez C, Yagui-Moscoso M, Caballero-Ñopo P. Prioridades de investigación en salud en el Perú 2010-2014: La experiencia de un Proceso participativo y descentralizado: sistematización de la experiencia (Internet). Lima, Perú: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud; 2011. (Citado el 28 de Febrero del 2012). Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/2/673/prioridades-nacionales-de-investigacion-en-salud-2010-2014>.
19. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression: The treatment and management of depression in adults (Internet). London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009. (Citado el 20 de Junio del 2012). Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45888/45888.pdf>
20. Ortega F. El método Delphi: prospectiva en ciencias sociales a través del análisis de un caso práctico. *Revista Escuela de Administración de negocios*

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

- (Internet). 2008; 64:31-54. (Citado el 31 de Enero 2013) URL disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/206/20612981004.pdf>.
21. Ortega F. El método Delphi: prospectiva en ciencias sociales a través del análisis de un caso práctico. *Revista Escuela de Administración de negocios*. 2008; 64:31-54. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/206/20612981004.pdf>. (Fecha de acceso: 31 de Enero 2013)
 22. Morales-Vallejo P. Estadística aplicada a las Ciencias Sociales: La fiabilidad de los tests y escalas (Internet). Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2007. (Citado el 31 de Enero 2013). Disponible en: [http://HYPERLINK "http://www.upcomillas.es/personal/peter/estadisticabasica/Fiabilidad.pdf"www.upcomillas.es/personal/peter/estadisticabasica/Fiabilidad.pdf](http://HYPERLINK%20%22http://www.upcomillas.es/personal/peter/estadisticabasica/Fiabilidad.pdf%22www.upcomillas.es/personal/peter/estadisticabasica/Fiabilidad.pdf)
 23. Hernandez R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación científica. 4º ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2006.
 24. Pardo A, Ruiz MA. SPSS 11: Guía para el análisis de datos. Madrid: MCGrawHill; 2002.
 25. Argimón J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 2da ed. Madrid: Harcourt Brace de España SA; 2000.
 26. Carvajal A, Centeno C, Watson R, et al. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Sis San Navarra*. 2011; 34(1): 63-72
 27. López-Ibor JJ, Valdés M, editores. DMS-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Harcourt Brace de España SA; 2008.
 28. World Health Organization; World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: A global perspective (Internet). Ginebra: WHO; 2008. (Citado el 13 de Agosto del 2012). Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintopriarycare2008_lastversion.pdf.

Recibido: 07/12/12 Aceptado: 04/02/2013
--