



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

Propiedades psicométricas del Inventario de depresión de Beck II, en pacientes atendidos  
en Hospital I la Esperanza – Essalud.

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

**DOCTOR EN PSICOLOGÍA**

**AUTOR:**

Mg. AEDO BENITES, Rafael Tadeo (ORCID: 0000-0001-6392-9376)

**ASESOR:**

Dra. ARAUJO ROBLES, Dany (ORCID: 0000-0002-9875-6097)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Psicométrica

**Trujillo - Perú**

**2020**

## **DEDICATORIA**

A mi madre, que encaminó mi vida y me sigue guiando para cumplir con todas y cada una de mis metas con espíritu de lucha y amor por lo que hago.

A Leny y mi hijo Sebastian, por darme tranquilidad y comprensión así mismo ser perseverante y motivarme cada día a ser mejor persona.

A mi hermana Yuly y mis sobrinas por ser parte de este proyecto llamado familia, quienes con su comprensión y dedicación día a día denotan actitud.

A todas las personas que apoyaron en la realización de esta investigación, por sus palabras de aliento y motivación para no desmayar en el camino.

Aedo Benites Rafael

## **AGRADECIMIENTO**

A mi madre Eulalia por esforzarse y preocuparse cada día en darme la mejor educación y apoyarme en ser como soy.

A mi familia Leny y mi hijo sebas por ser el apoyo día a día , por tener esa paciencia y estar en los buenos y malos momentos conmigo.

A mi hermana Yuly y mis sobrinas Yueliza y damna, por ser parte de mi familia y saber comprender y a la vez apoyarme.

A la Universidad Cesar Vallejo, mi Alma Mater, que me acogió para formarme como profesional y ser parte de esta familia estudiantil.

A todas las personas que de un modo u otro han apoyado en la realización de este estudio.

Muchas Gracias.

## PÁGINA DEL JURADO

## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Rafael Tadeo Aedo Benites, estudiante de la Escuela de Posgrado, Doctorado en Psicología de la Universidad Cesar Vallejo declaro que el proyecto académico presentado titulado: “PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II, EN PACIENTES ATENDIDOS EN HOSPITAL I LA ESPERANZA – ESSALUD.ESSALUD”, presentando en IV capítulos, es de mi autoría.

Por lo tanto, declaro lo siguiente:

He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando las citas textuales y los parafraseos de acuerdo con lo establecido en las normas de elaboración de trabajos académicos.

No he utilizado ninguna fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.

Este proyecto de investigación no ha sido previamente presentado, completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.

Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.

De encontrar uso de material ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Por último, declaro además el reporte de Referencias Bibliográficas de mi proyecto de investigación:

Total de Referencias	: 46 (100%)
Referencias en inglés	: 31 (67%)
Referencias en Castellano	: 15 (33%)



.....

Rafael aedo Benites

## ÍNDICE

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento .....	iii
Página del Jurado.....	iv
Declaratoria de Autenticidad.....	v
Índice .....	vi
Índice de Tablas.....	vii
Índice de Figuras .....	viii
RESUMEN .....	ix
ABSTRACT .....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MÉTODO .....	14
2.1 Tipo y diseño de investigación.....	14
2.2 Variables y operacionalización.....	14
2.3 Población y muestra.....	16
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad .....	16
2.5 Procedimiento.....	17
2.6 Método de análisis de datos.....	17
2.7 Aspectos éticos .....	18
III. RESULTADOS .....	19
IV. DISCUSIÓN.....	31
V. CONCLUSIONES.....	35
VI. RECOMENDACIONES .....	36
REFERENCIAS .....	37
ANEXOS .....	42

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 .....	15
Tabla 2 .....	19
Tabla 3 .....	21
Tabla 4 .....	22
Tabla 5 .....	24
Tabla 6 .....	25
Tabla 7 .....	26
Tabla 8 .....	27
Tabla 9 .....	28
Tabla 10 .....	29
Tabla 11 .....	30
Tabla 12 .....	53
Tabla 13 .....	54
Tabla 14 .....	55

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama path del modelo bidimensional del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I del distrito de La Esperanza-Es .....	23
---	----



## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar las Propiedades psicométricas del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en Hospital I la Esperanza - Essalud, utilizando una muestra de 343, siendo 79 de sexo masculino y 264 al sexo femenino, con edades de 18 a 80 que son atendidos en el servicio de psicología del Hospital I La Esperanza EsSalud, entre los meses de Setiembre a Diciembre de 2019. Se trabajó la validez de contenido por juicio de 10 expertos y se obtuvieron índices V de Aiken altamente significativos ( $p < .01$ ). En cuanto a la validez basada en la estructura interna a través del análisis factorial confirmatorio, se analizó los índices de ajustes ( $\chi^2/df = .363$ ; RMR = .029; AGFI = .986; NFI = .985; RFI = .983; PRATIO = .895; PNFI = .88.2) y cargas factoriales. Asimismo, la confiabilidad se trabajó con el Coeficiente Omega, estimándose así la consistencia interna de .93. Asimismo se elaboraron los baremos Percentilares generales, con niveles y puntos de corte. En conclusión, se hallaron adecuadas propiedades psicométricas para el inventario analizado.

**Palabras claves:** Depresión, validez y confiabilidad.

## ABSTRACT

The objective of this research was to determine the psychometric properties of the Beck II Depression Inventory in patients treated at Hospital I la Esperanza - Essalud, using a sample of 343, 79 being male and 264 female, aged 18 to 80 who are treated in the psychology service of the Hospital I La Esperanza EsSalud, between the months of September to December 2019. Content validity was worked out by trial of 10 experts and highly significant Aiken V indexes were obtained ( $p < .01$ ). Regarding the validity based on the internal structure through the confirmatory factor analysis, the adjustment indices were analyzed ( $\chi^2/df = .363$ ; RMR = .029; AGFI = .986; NFI = .985; RFI = .983; PRATIO = .895; PNFI = .88.2) and factor loads. Likewise, reliability was worked with the Omega Coefficient, thus estimating the internal consistency of .93. Likewise, the General Percentillary scales were prepared, with levels and cut-off points. In conclusion, adequate psychometric properties were found for the analyzed inventory.

**Keywords:** Depression, validity and reliability.

## I. INTRODUCCIÓN

Dentro de las comorbilidades de enfermedades de salud mental se encuentra la depresión siendo esta una enfermedad frecuente a nivel mundial, esta enfermedad que puede ser de diferentes factores; se estima que involucra a más de 300 millones de seres humanos. La depresión siendo una enfermedad del estado de ánimo y de cómo el ser humano responde emocionalmente a las dificultades de la vida cotidiana, esta a su vez se convierte en un problema de salud delicado, teniendo en cuenta que puede tener una duración e intensidad tanto moderada a grave, y esta a su vez causa sufrimiento y alteración en las mayorías de las áreas tanto laborales, escolares y familiares, conllevándoles al suicidio.

Actualmente hay una tendencia en la cual la gente aproximadamente se suicida, alrededor de 800000 individuos, siendo así el suicidio una de las causas de la muerte entre las edades de 15 a 29. Teniendo en cuenta que hay procedimientos terapéuticos eficaces y directos para la depresión, pero aun así es en donde más involucrados en todo el mundo (aproximadamente el 90% en la mayoría de países) algunos no reciben tratamientos terapéuticos (Organización Mundial de la Salud, 2018). Esta situación conlleva a plantearse una serie de alternativas que no están siendo útil o eficaz en la atención de esas personas con esta enfermedad (depresión), como puede ser una atención eficaz, escases de recursos y de personal profesional de la salud capacitados, además de la estigmatización de las enfermedades del estado de ánimo, así mismo una evaluación desde el punto de vista clínica inexacta, por lo que conlleva a una evaluación y diagnóstico erróneo del caso.

Así que en la gran mayoría de países, aquellos sujetos que padecen del trastorno del estado de ánimo, siendo la depresión no están adecuadamente diagnosticadas, siendo equivocadamente llevadas a tratamiento con antidepresivos a aquellas personas que no padecen depresión, es por esta causa de un mal diagnóstico en los padecimientos de la salud mental especialmente en la depresión, por ende, vemos un incremento de dicha enfermedad (OMS, 1999).

Para la OMS (2008) refiere, que esta enfermedad llamada (depresión) es parte de las falencias principal en los programas de salud mental, teniendo como objetivo apoyar a amplificar los servicios a todos los países, para individuos con depresión, consumo de

sustancias psicoactivas, alteraciones mentales y neurológicas, en relación a la prestación de la asistencia de profesionales sanitarios sin ser especialistas en salud mental. Es así que, se da un proceso de atención que sea adecuada, con la finalidad de ayuda en el ámbito psicosocial así mismo en el ámbito de medicación, teniendo en cuenta que los trastornos mentales entre los cuales figura la depresión, tendría un mejor resultado en su propia vida y en su entorno y con sus propios recursos (sean estos adecuados o inadecuados).

Por otro lado, a nivel mundial, la OMS (2018), refiere que la depresión altera a 300 millones de personas aproximadamente, afectando al sexo femenino con mayor medida.

En cuanto a la realidad de la depresión en nuestro país, se realizó una investigación en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2014), arrojó cifras estadísticas alarmantes en cuanto al problema, puesto que, un 80% de los casos de suicidio presentó depresión, de las cuales fueron mayores a 15 años 20 sujetos, donde un sujeto suele deprimirse al año; así mismo de 20 personas que presentan episodios de depresión, son propensos de tener un intento de suicidio; y también por cada 20 intentos de suicidarse, un sujeto suele realizarlo.

Además, se calcula que un millón 700 mil individuos aproximadamente presentan un trastorno depresivo en el Perú y sólo el 20% de ellos acude a consulta para recibir algún tipo de tratamiento (Perú 21, 2014). Así mismo con respecto a los tratamientos que se dan en la enfermedad de la depresión, se deben considerar algunos aspectos como: psicosociales y factores etiológicos del estrés, de igual manera se debe ver las propias situaciones económicas como aquellas dificultades laborales, maltrato psicológico o físico, los entes de soporte, familia y amistades. Un tema también importante es observar el uso, mantenimiento o la reparación de las redes de internet, los cuales para este tiempo son de suma importancia en la vida diaria.

Así mismo, es necesario que en el Hospital I la Esperanza, distrito de la Esperanza, se cuente actualmente con instrumentos que nos puedan ayudar, en este caso como son: test, escalas valorativas, pruebas psicométricas e inventarios en el área de psicología, que nos den la facilidad de dar un diagnóstico preciso y objetivo de cómo se presenta la depresión; ya que en el hospital a diario llegan diferentes pacientes con diferentes enfermedades ya sean físicas como psicológicas y tienden a cambiar sus estados de ánimos, por el cual es

necesario tener un instrumento que pueda medir la depresión de pacientes que se atiendan en el Hospital I La Esperanza- Essalud, que sea a la vez dicho instrumento real a nuestra población y de uso sencillo para así poder realizar un diagnóstico preciso y práctico para la ayuda en la atención oportuna de pacientes que acuden al hospital ya mencionado anteriormente.

Respecto a los instrumentos que miden la depresión, se encuentra la Escala de Hamilton – Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS), es una evaluación para el uso a los pacientes con depresión, así misma ejecutada para ser evaluada solamente en pacientes que ya tienen un diagnóstico previo de depresión, teniendo como finalidad medir o evaluar el peligro de los síntomas y observar las reacciones del paciente. Asimismo, consta de 17 ítems y de 3 a 5 opciones de respuesta por cada ítem. La puntuación total es de 52, la misma que se ubica en diferentes puntos de corte para formar el nivel de la depresión.

De igual modo, se encuentra la “Escala de Autoevaluación para la depresión de Zung”, permite evaluar el grado en el que un paciente se encuentra deprimido a través de 4 áreas comunes de la depresión. Se aplica en pacientes diagnosticados con algún tipo de depresión. Tiene 10 preguntas descritas en forma positiva y 10 en negativa, con puntuaciones de 1 a 4. La puntuación total oscila entre 20 a 80.

Finalmente el Inventario de Depresión de Beck – II es aquel autoinforme destinado a descubrir, estimar el peligro de pacientes con depresión, a adolescentes desde 13 años hasta adultos. Por lo que, es uno de los 5 instrumentos más empleados. De igual manera, no está elaborado en teorías concretas, sino que describe síntomas clínicos de los pacientes con depresión. Además, se encuentra compuesto de 21 ítems indicativos de los síntomas clínicos según las pautas del DSM IV y el CIE 10. Las puntuaciones para cada ítem van de 0 al 3, siendo como puntuación máxima 63 y para crear sus niveles de depresión están los puntos de corte.

En base a todo ello y luego de una revisión de aquellos instrumentos mencionados, el Inventario de Depresión de Beck II, tiende a ser el más adecuado para ser trabajado en población clínica, dado que el modelo planteado por el autor concuerda a la realidad y en comparación con otros modelos, es el más sólido, esto se debe a que al ser elaborado

teniendo en cuenta los criterios de los manuales diagnósticos, hace más preciso el diagnóstico del paciente. Asimismo, porque los ítems están descritos de manera funcional, permitiendo que el paciente identifique con facilidad los síntomas que presenta.

Por todo lo mencionado anteriormente es necesario la utilidad de un instrumento evaluativo estandarizado en nuestro medio para su uso correcto y ayuda oportuna en el diagnóstico de la depresión en los pacientes que acudan al Hospital I La Esperanza-Essalud.

Con la finalidad de profundizar la variable se han analizado diferentes investigaciones psicométricas realizadas anteriormente, la cual Carranza (2013) en su estudio su objetivo fue determinar las “Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck (BDI-IIA) para universitarios de Lima”, compuesta por 2005 universitarios entre el rango de 16 – 36 años. La cual analizó la validez de contenido por el criterio de jueces (AFE), asimismo la validez de constructo, mediante el método de análisis de ítems mostrando correlaciones significativas, asimismo, en varianza explicada obtuvo con un 38.099% y la confiabilidad encontró un ( $\alpha=0.878$ ), aportando así validez y confiabilidad.

Aportando también, Rodríguez y Farfán (2015) analizaron las propiedades psicométricas del Inventario de depresión de Beck en estudiantes de 5° año de secundaria de Huancayo”, en 300 adolescentes de ambos sexos, oscilando las edades de 16 – 18 años en 10 colegios estatales. Puesto que, estudiaron la validez de constructo según el AFE Y AFC, referente al análisis de homogeneidad entre las dimensiones muestra correlaciones significativas ( $p<.001$ ) y ( $r=>0.5$ ). Para el análisis confirmatorio obtuvo puntuaciones bajas en dos ítems por las cuales decidieron eliminarlo (ítem 6 y 21), en los índices de ajuste obtuvo valores para GFI UN .931, un .036 para RMSEA, un .875 en NFI, para CFI un .961. Referente a la consistencia interna alcanzó una aproximación de .891 mediante el “Alfa de Cronbach”, indicando adecuadas evidencias de validez y confiabilidad.

Melillipán, Cova, Rincón y Valdivia (2008) analizaron las propiedades psicométricas del Inventario de depresión de Beck-II en adolescentes chilenos donde lo trabajó en tres muestra que conforman 737 estudiantes en total entre las edades de 14 a 20 años. Donde exploraron el análisis factorial exploratorio y confirmatorio, encontrando una estructura

bifactorial, los índices de ajuste alcanzaron para CFI un 0.927, en RMSEA 0.051 y sus cargas factoriales de (.33 a .70), en cuanto a la confiabilidad obtuvieron un Alfa de Cronbach de 0.91 demostrando una adecuada consistencia interna.

Asimismo, Vega, Coronado y Mazzotti (2014), realizaron la investigación de validez de una versión en español del Inventario de depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. Esta investigación tuvo como muestra a 136 pacientes de ambos sexos hospitalizados en el Centro Médico Naval de la ciudad de Lima. Los resultados arrojaron como índices de confiabilidad según el alfa de Cronbach .88. Además, el análisis de la sensibilidad y especificidad, valor predictivo (+)(-) para los puntos de corte, fue de 87.5% y 98.21% respectivamente. Finalmente hallaron que a excepción de los demás ítems, “pérdida de peso”, todas las puntuaciones fueron significativamente altas en aquellos pacientes con depresión.

Del mismo modo, Contreras, Hernández y Freyre (2015), estudiaron la validez de constructo de Beck II para adolescentes, realizado en México, en una muestra de 1010 de adolescentes de ambos sexos, escogida aleatoriamente. La muestra se dividió en dos grupos con la finalidad para comparar el modelo unidimensional y el de dos factores propuestos de Beck. El procedimiento se llevó a cabo a través de AFC. Los resultados arrojaron valores aceptables de validez para el modelo de 2 factores ( $\chi^2/df = 1.52$ ; RMSA = .03; CFI= .94; IFI=.94; NFI= .85, NNFI= .94). Además el análisis de invarianza no determinó diferencias entre ambos sexos.

Al referirse a los aspectos teóricos del concepto “trastornos del estado de ánimo” (TEA) los autores Friedman y Thase (1995), hacen referencia una serie de indicadores clínicos que se especifican, por cambios en el estado de ánimo, en el afecto; teniendo como principal punto el estado emocional subjetivo del individuo. Además, por otra parte está el estado afectivo como parte objetiva del estado de ánimo.

Por otro lado para Blacker y Clare (1993), refiere que los TEA vendrían hacer uno de los trastornos con mayor prevalencia en las personas que están en constante búsqueda de servicio de profesionales de salud mental y también especialistas en medicina.

Para el DSM-IV (APA, 1994), indica que los trastornos depresivos tienden a dividirse por tipos estándares, estos a su vez en formas subsindrómicas y algunas en atípicas. Así mismo, refiere que la forma estándar (que es llamado el episodio depresivo mayor) consiste en uno solo o varios episodios depresivos (estos a la vez son recurrentes). Que la distimia es un trastorno de la depresión de manera crónica, sub sindrómica de la depresión y que no es bipolar. Por otro lado, hay formas atípicas de la depresión que no son consideradas en otras categorías, estas a la vez se incluyen como de presión no especificada.

En el caso del episodio depresivo mayor, se basa en parte del “trastorno bipolar” o de un “trastorno unipolar”, siendo este a su vez como parte del trastorno del estado de ánimo, lo cual tiende a identificarse por un estado de ánimo persistente (teniendo un criterio de tiempo este a su vez debe ser de mayor de 2 semanas consecuentes). Así mismo el paciente tiende a revivir experiencias como sentimientos de tristeza, irritabilidad, disminución generalizada de placer o interés, las cuales deben estar acompañados por otros 4 síntomas. Éstas manifestaciones deben abarcar alteraciones del sueño, así también, falta de apetito, pérdida del peso, actividad psicomotora, fatiga, sentimientos de culpa, dificultad en la concentración o ideaciones suicidas constantes. Dichos indicadores se manifiestan en la parte de la vida propia o cotidiana de la persona. También se refiere que la sintomatología no tienen que ser producidos por enfermedades físicas, por consumo de sustancia psicoactivo, por respuestas de un duelo normal ya sea por muerte o desaparición de un familiar. Es así que, en el “DSM-IV” mencionan algunas áreas que son características primordial de la “depresión”; de carácter “cognitivo” (aquí tenemos a los pensamientos o ideas suicidas), “emocional” (tristeza), “conductual” (disminución de conducta) y “fisiológicos” (agotamiento).

Para Jhonson, Weissman y Klerman (1992), quienes refieren que la depresión no solo es un proceso de sufrimiento a nivel personal y familiar, que tiene a la vez repercusiones tanto sociales sumamente importantes, dando mayor uso de los sistemas de salud como son los servicios médicos y sociales. Por otro lado se conllevan a seguir tratamientos (Conwell,



1996) teniendo una desventaja en la productividad generado por la ausencia de trabajo (Greenberg, Stiglin, Finkelstein y Berndt, 1993).

El paciente que tiene “depresión” manifiesta diferentes sintomatologías como son: sentimientos de tristeza, disminución del interés y de disfrutar, sentimientos de culpa, trastornos en el sueño, en el apetito, y dificultad en la atención-concentración”. Así mismo suele presentarse muchos síntomas físicos, sin una supuesta causa orgánica, con una duración larga o constante, además, afecta abundantemente las capacidades siendo laborales, académicas, y de afrontamiento a la vida diaria. Teniendo en cuenta la gravedad, la cual conlleva al suicido OMS (2018).

Cabe señalar que la depresión que se manifiesta en la persona, no suele ser el centro o punto del problema. La depresión tiende a detectarse en los diferentes trastornos psicológicos como: esquizofrenia, ansiedad trastornos somatomorfos y bipolares. Es así que, la manera correcta de identificar la depresión es primordial.

Para Ormel (1994) la depresión es aquel trastorno que es muy simple y que se ve en las enfermedades médicas, por lo tanto se da más en atenciones primarias y está asociado a una discapacidad funcional significativa.

Winokur (1997) propuso que el concepto de la enfermedad de la depresión, no solo es de tipo unipolar y que es visto desde la óptica clínica, sino que también es mencionada como una etiología heterogénea; mencionando así a la depresión como parte del problema de diferentes características que pueden presentar una persona, así mismo no todas las depresiones manifiestan las mismas causas, siendo así que se distinguen una variedad de hipótesis o teorías que tratan de darle una causa a la depresión.

Por otro lado, a Lewinsohn (1975), Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss (1986) y Lewinsohn, Youngren y Grosscup (1979), refieren que la depresión es la respuesta de un esfuerzo de la persona para reducir las conductas inapropiadas o también llamadas conductas depresivas. Este a su vez es el total de refuerzo positivo que consigue un ser humano a raíz de: 1) los números de hechos que son altamente reforzadores a los individuos; 2) dicho número son altamente reforzadores y tienen un sitio; y 3) la persona presenta una serie de habilidades (como por ejemplo las propias habilidades blandas), estas

conlleven a una mejor estimulación para un mayor refuerzo de sus propias conductas que se obtienen de su contacto social o ambiental.

Así mismo, todos estos resultados a nivel cognitivo de la depresión tales como las manifestaciones de: autopercepción baja, sentimientos de inutilidad, sentimientos de culpabilidad, pesimismo, etc.

Dichos sustentos originarios por Lewinsohn siendo luego replanteados (Lewinsohn, Hoberman, Teri, y Hautzinger, 1985). Uno de los autores en replantear fue Lewinsohn y colaboradores en las teorías cognitivo-conductuales, las cuales fueron estudiadas con ciertas limitaciones o de manera simples. Estos autores refieren que la depresión es solamente el resultado de diferentes factores tanto ambientales como situacionales y que se debe tener en cuenta en la asociación de la conducta. El afecto y la cognición, como respuesta de la de presión. A esto se le llama la teoría de reducción del refuerzo (+), a su vez se produce una respuesta; cada vez que hay un aumento de la autopercepción de sí mismo. Que por otro lado esta las expectativas negativas, que son solo el resultado de manifestaciones deprimidas con consecuencia en las siguientes áreas: conductual, cognitiva, relaciones personales, etc.

Lewinsohn et al. (1985) formularon diferentes factores , una de ella es la que incrementaría la probabilidad de la depresión (a esto se le llamo los factores de vulnerabilidad):este hecho se da en el caso de la figura femenina, la cual debe presentar las siguientes características: como oscilar las edades entre 20 y 40 años de edad, tener antecedentes previos de melancolía o tristeza, ser sensible ante los acontecimientos adversos, baja percepción de sí misma. A estas características se les asocia factores de protección, los cuales tienen la finalidad de apoyar ante diferentes situaciones que se presenten. Es así que, para Lewinsohn et al. (1985) refiere los tipos de factores asociados podrían afectar en los diferentes estadios de la vida.

Seligman (1975) se refirió acerca de la depresión, la cual ante la falta de discernimiento entre discriminar (su propio comportamiento) y luego a su propio respuesta, ya sean estas positivas o negativas. Aquí se produce una consecuencia lo cual el autor lo definió como indefensa aprendida. Por lo cual cada persona que para dicho proceso va tener algunas

características como la pasividad y la falta de relación entre la conducta y sus propias consecuencias.

En la gran mayoría de aquellos trabajos empíricos que se hacen acerca de la depresión tienen un principio básico que es la teoría cognitiva propuesta por Beck et al. (1979), teniendo énfasis en la depresión, el producto de la interpretación equívoca y así mismo una situación de afrontamiento erróneo.

### Teoría de Beck

Aaron Beck (2016) define a la Terapia Cognitiva como un diseño de varios trabajos de investigación que están enrumados a medir o ver si la suposición sobre “los principios básicos psicoanalíticos” están en relación a la “depresión”, teniendo en cuenta la suposición de Freud de la causa de la “depresión” parte de un “sentimiento de agresividad y hostilidad regida así mismo. Beck finalizó su teoría refiriéndose, que las personas con depresión no indagan el fracaso sino desfiguran la realidad acogiendo negativos puntos de vista sobre uno mismo y a su potencial para obtener la tranquilidad. Estas indagaciones se dieron por su “autoobservación” las cuales le facilitaban información en una misma dirección: hace hincapié los pensamientos en su proceso y sostenimiento del sufrimiento emocional.

Es así que, Beck a través de sus trabajos que practicó con los pacientes se dio cuenta de que cada vez que realizaba sesiones de asociaciones libres, observó que aparte de los pensamientos señalados en sesiones de asociación libre, seguían manteniendo una serie de comportamientos que ocasionaban malestar emocional. Estos pacientes no eran capaces de darse cuenta hasta que no se les preguntaba, a pesar de ser expresados de forma voluntaria, lo entendían como plausibles e inmediatos. Aquí se le consideraban como charlas o imágenes relacionadas a la experiencia personal. Es a esto que, Beck designó pensamientos automáticos los cuales eran negativamente sesgados.

Esta formulación acerca de su propia auto-observación de sus pensamientos automáticos colaboro aún más en la definición de la Terapia Cognitiva. Weishaar (1993) describe un pasaje de la vida de Beck, cuando este ingresa a un hospital por una dolencia en la cual le derivó una “depresión moderada”, lo cual con el tiempo que llevo supo comprender y experimentar el ciclo de depresión teniendo en cuenta los pensamientos negativos, esto

hace referencia a su ansiedad, fobia (sangre, alturas, hablar en público) y su profundo miedo a ser abandonados.

Teniendo en cuenta el modelo cognitivo da a entender que los individuos ante un hecho estimular pueden responder o no automáticamente, si no que primero o antes de dar una “respuesta emocional o conductual”, percibe, distingue, relaciona, evalúa y designa el significado al estímulo, esto se da en relación a esquemas cognitivos.

Estos “esquemas cognitivos” abarcan conjuntos de hechos o creencias relacionadas a la perspectiva del universo, de los demás, de sí mismo y su relación con su entorno. Dichos esquemas son establecidos de acuerdo a sus funciones. Tenemos “esquemas cognitivos” hacen referencia a la abstracción, interpretación y el recuerdo de hechos; también están los “esquemas afectivos” encargados de generalizar los sentimientos, por otro lado están los “esquemas motivacionales” que mantienen relación a los deseos, así también los “esquemas instrumentales” se encargan de la preparación para la acción y finalmente los “esquemas de control” implicados en la autoobservación y la regresión de acciones.

Beck refiere que la depresión no es endógena, sino que los seres humanos “tienen una vulnerabilidad cognitiva” manifestada en diferentes situaciones estresantes. Este tipo de “vulnerabilidad”, refiere a una serie de “esquemas negativos y desadaptativos”. Así que, el patrón en la “depresión” presenta un desempeño inadecuado del procesamiento de la información a causa de la activación de afirmaciones nucleares intensas por hechos significativos en la vida de la persona. Esto puede ser por una serie de resultados y diversos o numerosos factores, (como por ejemplo: bioquímicos, genéticos, evolutivos, de personalidad, ambientales”) la interacción entre ellos. Donde debemos estar atentos a la relevancia de la sintomatología, la activación de “esquemas negativos y las distorsiones cognitivas”.

Este planteamiento teórico se basa a tres puntos básicos, como son: el contenido cognitivo, los esquemas y la cognición. Dicho proceso explica como el pensamiento, la percepción se dan en el proceso y a la vez esto se almacena en nuestra mente. Haciendo ver un significado a nuestros pensamientos e imágenes relacionadas con la interpretación de la depresión.

Las teorías de la depresión ya propuestas por los autores mencionados, hacen referencia a la sintomatología de la depresión así misma como el mismo diagnóstico.

La Tríada Cognitiva pone énfasis a 3 “esquemas o patrones cognitivos” que involucran a los seres humanos a tener una percepción de sí mismos, de su contexto ambiental y de cómo ve hacia el futuro. Esta visión negativa de sí mismos hace que las personas se autoperciban como incompetentes, derrotado y desafortunado así mismo refleje en la idea de su propio mundo.

Teniendo en cuenta la formulación teórica de Beck (1967), en su triada cognitiva, es como la persona ve su estado deprimido, como observa su contexto ambiental y como percibe su futuro desde el punto de vista pesimista, negativo o disfuncional.

Por lo general, las personas con depresión poseen una percepción negativa de sí mismos, del contexto que los rodea así mismo del futuro. De manera que el individuo tiene un sesgo negativo sobre sí mismo, desvalorizándose, despreciándose y resaltando todos los aspectos negativos sobre sí mismo.

También, las personas con depresión remarcan los lados negativos sobre su contexto (medio ambiente y personas), manteniendo pesimismo sobre el futuro.

Otro de los puntos a tomar en cuenta es acerca de los pensamientos automáticos negativos, que vendrían hacer todas las percepciones( lado cognitivo) desde el punto de vista negativo que trae consecuencia una reacción emocional en la persona que presenta depresión.(Friedman y Thase, 1995). Para el autor principal de dicho trabajo de investigación refiere que aquellas personas que presentan dicho pensamientos automáticos se agregan el lado negativo de las cosas y son aquellos que están en la depresión (Beck, 1991).

Así mismo en la depresión hay otro tipo de pensamiento que es el pensamiento perturbado, que es la consecuencia de un proceso equivocado de la indagación que proviene del contexto ambiental (Beck, 1976; Haaga, Dick y Ernst, 1991). Dichos errores se procesan en la investigación con personas deprimidas (Beck et al., 1979).

La “Terapia Cognitiva” son procedimientos de intervención estructurados teniendo límites, que se utiliza a la vez como estrategia de intervención que son primordiales el razonamiento deductivo y la demostración de suposiciones, sirve para apoyar a los individuos, verificar, aprender, señalar y diferenciar las ideologías disfuncionales.

Es así que “Beck” designa técnicas cognitivas a aquellas técnicas que son utilizadas para favorecer el cuestionamiento socrático que ayuda a la identificación y al cambio de pensamientos negativos.

Teniendo dicho marco teórico y antecedentes, es necesario tener un instrumento que mida o que evalúe la misma depresión, por el cual va ser de beneficio para los Hospitales y centros de establecimientos de salud de Essalud; así mismo que estén vinculados a la población del distrito de la Esperanza de la provincia de Trujillo.

### **Formulación del problema**

¿Cuáles son las propiedades psicométricas del Inventario de depresión de Beck II, en pacientes atendidos en el Hospital I Distrito de La Esperanza-Essalud?

### **Justificación del estudio**

La investigación se explica de manera teórica, donde ésta aportará a darle solución a que sea un instrumento de evaluación, de diagnóstico y de guía, en casos de depresión con los pacientes que acudan a atenderse al Servicio de Psicología del hospital I La Esperanza-Essalud.

Así mismo, de manera metodológica ya que detallará con un inventario propiamente validado y con confiabilidad.

Además posee relevancia social al contar con un instrumento que brinde resultados objetivos de acuerdo con la realidad problemática del Hospital I La Esperanza-Essalud y a la vez pueda ser trabajada en otras poblaciones pero con las mismas características similares.

Finalmente a nivel práctico se justifica, debido a que al ser un instrumento de uso válido y a las ves confiables, podrá brindar información sobre la depresión en los pacientes y poder realizar intervenciones psicoterapéuticas que mejoren la salud mental.

### **Hipótesis**

Por tratarse de un trabajo de investigación de tipo tecnológico no se considera las hipótesis.

## **Objetivos**

### **- General**

- Determinar las propiedades psicométricas del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I Distrito de La Esperanza-Essalud.
- Determinar la validez de contenido por el método de criterio de jueces del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I Distrito de La Esperanza-Essalud.
- Determinar la validez basada en la estructura interna a través del análisis factorial confirmatorio del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I Distrito de La Esperanza-Essalud.
- Determinar la confiabilidad por consistencia interna del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I Distrito de La Esperanza-Essalud.
- Elaborar las normas equiparables del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I Distrito de La Esperanza-Essalud.

## **II. MÉTODO**

### **2.1 Tipo y diseño de investigación**

Para este estudio se utilizará la investigación Instrumental sustentado por Montero y León (2007), cuyos autores puntualizan como aquel estudio “orientado a elaborar pruebas, incluyendo; el diseño (o adaptación), asimismo el análisis de las propiedades psicométricas.

### **2.2 Variables y operacionalización**

Variable Depresión: La depresión es la visión negativa de uno mismo, del entorno y de su futuro. Aplicando cierto lado negativo sobre sí mismo, percibiéndose con baja autoestima. En lo que indica sus cualidades negativos y no percibe nada bueno de sí (Beck, 1979).

Variable:

Depresión (medida con el Inventario de depresión de Beck, a través de las dimensiones: Cognitivo afectivo, somático motor).



## Operacionalización de las variables

Tabla 1

### *Operacionalización de las variables*

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Depresión	Cognitivo afectivo	Tristeza, Pesimismo, Fracaso, Pérdida de placer, Sentimiento de culpa, Sentimiento de castigo, Disconformidad con uno mismo: Ítem, Autocrítica, Pensamientos o deseos suicidas, Llanto, Pérdida de interés, Desvalorización, Cambios de apetito	Intervalo
	Somática motor:	Agitación, Indecisión, Pérdida de energía, Cambios de hábitos de sueño, Irritabilidad, Dificultad de concentración, Cansancio o fatiga, Pérdida de interés en el sexo	

**Variable Validez:** El autor en este caso Hernández, Fernández y Baptista (2014) refiere que es el grado en que un inventario realmente calcula dicha variable la que se pretende medir.

**Variable Confiabilidad:** En esta investigación cualitativa, según (Briones, 2000), se refiere que se puede aceptar teniendo en cuenta los resultados que se obtienen por un investigador basado en los procedimientos que se utilizan para efectuar su estudio.

**Variable Normas.** Aquí se define el uso uniforme de los elementos como son: márgenes, formato de documentos, puntuaciones y abreviaciones, tamaño de letra, figuras y citas de referencias según las normas APA.

## **2.3 Población y muestra**

### **Población:**

Se encuentra comprendida por 3200 pacientes oscilando entre los 18 y 80 años, de ambos sexos, con un grado de instrucción mínima de primaria completa, que son atendidos en el servicio de psicología del Hospital I La Esperanza Essalud, entre los meses de Setiembre a Diciembre de 2019.

### **Muestra:**

La muestra empleada que se utilizara es no probabilístico por conveniencia y está conformada por 343 pacientes teniendo un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5.

### **Criterios de Inclusión**

- Pacientes que asistan al servicio de psicología del Hospital I La Esperanza EsSalud entre los meses de Setiembre a Diciembre de 2019.
- Pacientes entre los 18 a 80 años.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que no contesten correctamente la prueba

### **Criterios de Exclusión**

- Pacientes con habilidades diferentes.
- Pacientes que presentan algún tipo de trastornos psicóticos y esquizofrenia
- Pacientes que no estén asegurados en el Hospital I La Esperanza EsSalud.

## **2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

### **Técnicas**

Según Gonzáles (2011) la evaluación psicológica se encarga de medir el comportamiento humano, a través de técnicas psicométricas, proyectivas, así también se hace uso de la observación, entrevista psicológica y autoinformes; dichos instrumentos solicitan rigurosas técnicas para la selección y para la aplicación y su calificación metódicas técnicas.

### **Instrumento**

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) está conformado por 21 ítems de una escala tipo Likert. Fue planteado por Beck y los ítems proceden de la teoría cognitiva de la

depresión, la cual propone que la depresión se basa en la triada cognitiva y en la distorsión cognitiva que presenta la persona, esta se plasma en el instrumento, describiendo la sintomatología clínica más usuales de pacientes psiquiátricos que presentan depresión siguiendo los pautas propuestas por el DSM IV y CIE 10. Su aplicación es individual o colectiva teniendo un tiempo de 5 a 10 min o puede tardar cuando la depresión sea grave, utilizando un lápiz y papel, o de manera oral. La puntuación por cada ítem es de 4 puntos, compuesto de 0 a 3 a excepción de los ítems 16 y 18 que está compuesta por 7 categorías, con un total máximo de 63 y un mínimo de 0. Los puntos de corte son para ver los niveles donde 0-13 es una depresión mínima, de 14-19 es una leve depresión; de 20-28, es una moderada depresión y 29-63 es una grave depresión.

Referente a sus propiedades psicométricas, su  $\alpha = 0,86$ , los índices de validez de constructo, correlaciones significativas con otros instrumentos que miden la variable,  $r = .68$  para Beck Hopelessness Scale; un  $r = .37$  para Scale for suicide ideation; un  $r = .60$  para Beck Anxiety Inventory; un  $r = .71$  para Revised Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression; un  $r = .47$  para Revised Hamilton Anxiety Rating Scale. Y su validez factorial con un índice de adecuación muestral de Kaiser de 0,95.

## **2.5 Procedimiento**

Para esta investigación primero se seleccionará el instrumento y se realizará la validez de contenido según el criterio de jueces facilitando un mejor entendimiento a los evaluados. Posteriormente para la aplicación a los pacientes se les brindará un consentimiento informado y luego se le explicará la resolución del instrumento. Por último, se vació los resultados adquiridos a una hoja de Microsoft Office Excel.

## **2.6 Método de análisis de datos**

En esta investigación se usará el cuestionario de Beck II, después se registrarán los resultados obtenidos de las pruebas, luego se realiza el vaciado de datos en Microsoft Excel, para así, cargarlo en el programa de SPSS versión 24.0, por consiguiente se ejecutará el análisis de datos según objetivos propuestos.

Por medio de lo inscrito se usará la estadística descriptiva para establecer la normalidad por medio de la asimetría y la curtosis

A continuación se realizará la validez de contenido por medio del criterio de jueces, usando la V de Aiken, asimismo se ejecutará la validez basada en la estructura interna por el análisis factorial confirmatorio, ubicando los índices de ajuste según (Akaike, 1987) son ( $>.90$ ), ( $<.05$ ), error de medición y sus cargas factoriales según (Kline, 2000) un ( $>.30$ ). Para la validez basada en la estructura interna del análisis factorial exploratorio, por medio del índice Kaiser, Meyer y Olkin (KMO), asimismo se comprobarán los índice de error y cargas factoriales. Para la confiabilidad se realizara la consistencia interna por medio del Omega, donde Campo-Arias y Oviedo (2008) señalan que desde el .70 es el puntaje apropiado y por encima del .90 son valores superiores.

## **2.7 Aspectos éticos**

De acuerdo al Código de Ética Profesional de Psicólogos del Perú (1980), teniendo como base los capítulos IV y X del código de ética del Colegio de Psicólogos del Perú. Es así que, se hará uso el consentimiento informado de manera individual a los pacientes, asimismo se explicará a cada participante la intención del estudio, haciendo uso de un lenguaje preciso, sin dañar o afectar su salud emocional. Además no se empleará el instrumento aplicado para otro fin que el que no sea la investigación. Finalmente, el participante podrá hacer preguntas en cualquier momento de la investigación y negarse a retirarse de la misma en el momento que lo desee.

### III. RESULTADOS

Tabla 2

*La Validez de contenido mediante el criterio de jueces sobre la claridad, relevancia y coherencia de los ítems del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*

Ítem	% de acuerdos					
	Claridad		Relevancia		Coherencia	
	V de Aiken	Sig.(p)	V de Aiken	Sig.(p)	V de Aiken	Sig.(p)
Ítem01	1,00	,001**	1,00	,001**	1,00	,001**
Ítem02	0,90	,001**	1,00	,001**	1,00	,001**
Ítem03	1,00	,001**	1,00	,001**	1,00	,001**
Ítem04	1,00	,001**	1,00	,001**	1,00	,001**
Ítem05	1,00	,001**	1,00	,001**	0,90	,001**
Ítem06	0,90	,001**	0,90	,001**	0,90	,001**
Ítem07	1,00	,001**	1,00	,001**	1,00	,001**
Ítem08	1,00	,001**	1,00	,001**	1,00	,001**
Ítem09	1,00	,001**	1,00	,001**	1,00	,001**
Ítem10	1,00	,001**	1,00	,001**	1,00	,001**
Ítem11	1,00	,001**	1,00	,001**	1,00	,001**
Ítem12	1,00	,001**	1,00	,001**	1,00	,001**
Ítem13	1,00	,001**	1,00	,001**	1,00	,001**
Ítem14	1,00	,001**	1,00	,001**	1,00	,001**
Ítem15	1,00	,001**	1,00	,001**	1,00	,001**
Ítem16	1,00	,001**	1,00	,001**	1,00	,001**
Ítem17	1,00	,001**	1,00	,001**	1,00	,001**
Ítem18	0,90	,001**	1,00	,001**	1,00	,001**
Ítem19	1,00	,001**	1,00	,001**	1,00	,001**
Ítem20	1,00	,001**	1,00	,001**	1,00	,001**
Ítem21	1,00	,001**	1,00	,001**	1,00	,001**

Nota: V: Coeficiente de validez Aiken

Sig.(p): Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

\*\*p<.01: Muy significativa

En la tabla 2, se exponen los valores de las evidencias de validez por contenido referente a claridad, relevancia y coherencia de los ítems que forman parte del Inventario de Depresión de Beck, tal evaluación fue realizada por diez jueces, observando que los índices de Aiken muestran índices sumamente significativos ( $p < .01$ ); indicando que preguntas son más específicas, importantes y están afines a lo que se está midiendo, donde corresponden en el Inventario.

Tabla 3

*Índices de bondad de ajuste según el Análisis factorial confirmatorio del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I del distrito de La Esperanza-Essalud*

Índices de ajuste del modelo	Valor
Índices de ajuste globales o absolutos	
$\chi^2/\text{gl}$	,363
RMR	,029
AGFI	,986
Índices de ajuste comparativos	
NFI	,985
RFI	,983
Índices de ajuste de parsimonia	
PRATIO	,895
PNFI	,882

*Nota*

RMR: Error cuadrático medio de estimación; GFI: Índice de bondad de ajuste; AGFI: Índice ajustado de bondad de ajuste; CFI: Índice de ajuste comparativo; PRATIO: Índice de parsimonia; PNFI: Índice de Parsimonioso ajustado

Los resultados del análisis factorial confirmatorio cuyo objetivo es evaluar el ajuste de dicho modelo bidimensional del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I del distrito de La Esperanza-Essalud, usando el método de los mínimos cuadrados no ponderados, evidenciando que los índices de ajuste absoluto: cociente entre chi-cuadrado entre los grados de libertad ( $\chi^2/\text{gl}$ ), igual .363, menor a 4, valor máximo referente de un adecuado ajuste del modelo; un error cuadrático medio (RMR) de .029, menor al valor referido a .08; un índice de bondad de ajuste ajustado AGFI de .986, un índice NFI con un valor de .985, índice de bondad de ajuste relativo RFI con un resultado de .983; presentando los índices AGFI y NFI valores superiores de 95, indicador de un adecuado ajuste; Finalmente el índice de ajuste parsimonioso ajustado alcanza el valor ,882, superando al mínimo señalado de .50.

Tabla 4

*Cargas factoriales de los Ítems del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I del distrito de La Esperanza-Essalud*

Ítem	
Ítem 01	0,64
Ítem 02	0,72
Ítem 03	0,71
Ítem 04	0,68
Ítem 05	0,58
Ítem 06	0,68
Ítem 07	0,78
Ítem 08	0,66
Item09	0,66
Item10	0,50
Item12	0,69
Item14	0,80
Item18	0,49
Item11	0,50
Item13	0,66
Item15	0,64
Item16	0,54
Item17	0,66
Item19	0,69
Item20	0,59
Item21	0,39

En la tabla 4, se exponen las cargas factoriales dichos Ítems de los Ítems del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I del distrito de La Esperanza-Essalud, de acuerdo el análisis factorial confirmatorio, observando que los veintiún ítems toman valores dentro del intervalo de .39 a .80, de los cuales solamente el ítem veintiuno muestra un valor menor a .40 fijado como valor mínimo aceptable; aunque algunos investigadores consideran como valor mínimo señal de buen ajuste a .30.



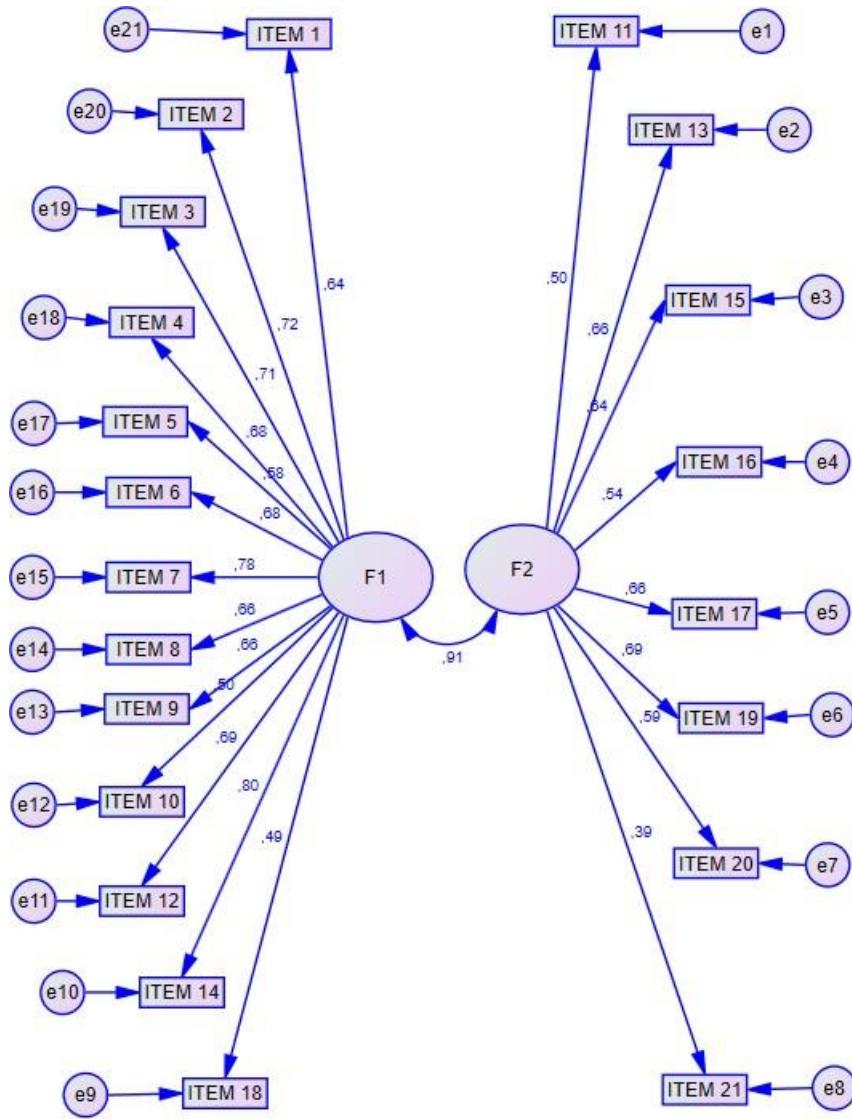


Figura 1. Diagrama path del modelo bidimensional del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I del distrito de La Esperanza-Es

Tabla 5

*Confiabilidad del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I del distrito de La Esperanza-Essalud*

	$\omega$	N° Ítems	IC al 95% <sup>(a)</sup>	
			LI	LS
Depresión	0,93	21	0,919	0,940
Cognitivo afectivo	0,91	13	0,895	0,923
Somático motor	0,81	8	0,778	0,839

*Nota:*  $\omega$ : Coeficiente de confiabilidad omega; (a): Intervalo de estimación del coeficiente omega

La tabla 5, se visualizan los coeficientes de confiabilidad mediante el Omega considerados de manera puntual y un intervalo del 95% de confianza, del Inventario de depresión de Beck II en los pacientes; presentando el coeficiente omega a nivel general en la depresión y en la dimensión Cognitivo afectivo estimaciones de ,93 y ,91; igualmente en la dimensión Somático motor este coeficiente toma un valor de .81, que corresponden a nivel de confiabilidad aceptable.

Tabla 6

*Correlación test-retest de las puntuaciones obtenidas en el Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I del distrito de La Esperanza-Essalud*

	Depresión	Cognitivo afectivo	Somático motor
Depresión	,85**		
Cognitivo afectivo		,81**	
Somático motor			,83**

*Nota:*

\*\*  $p < .01$

Los resultados en la tabla 6, pertenecen a la estimación de los coeficientes de correlación rho de Spearman, de la depresión en pacientes atendidos en el Hospital I del distrito de La Esperanza-Essalud, en dos aplicaciones del Inventario de Beck II, en las mismas condiciones a una muestra de los referidos pacientes, esperando un tiempo adecuado entre la primera y segunda aplicación, con la finalidad de establecer la confiabilidad por estabilidad de la mencionada escala, aplicando el método test-retest; evidenciando que las correlaciones entre la primera y la segunda aplicación son altamente significativas ( $p < .01$ ), directas de grado muy fuerte, y superando el valor de .60 recomendado como valor mínimo indicador de estabilidad de un instrumento; Es así como la correlación a nivel general en la Depresión es de ,85; para la dimensión Cognitivo afectivo de ,81 y par Somático motor de,83; resultados que corroboran la confiabilidad por estabilidad de la Escala de depresión de Beck II en la población en estudio.

Tabla 7

*Comparación de promedios según género, del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I del distrito de La Esperanza-Essalud*

	Género	N	Rango medio	Prueba	Sig.(p)	
Depresión	Masculino	79	196,7	Z= -2.53	0,011	*
	Femenino	264	164,6	U= 8474.5		
	Total	343				
Cognitivo afectivo	Masculino	79	204,2	Z= -0,40	0,001	**
	Femenino	264	162,4	U= 7880.5		
	Total	343				
Somático motor	Masculino	79	178,2	Z= -0,63	0,526	
	Femenino	264	170,2	U= 9940.5		
	Total	343				

*Nota:*

n: Tamaño de muestra, Z: Valor Z de la distribución normal estandarizada; U: Valor U de Mann Whitney  
\*p<.05; \*\*p<.01

La tabla 7, se observan el producto de la aplicación de la prueba no paramétrica U de Mann Whitney, comparando los promedios según género, del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I del distrito de La Esperanza-Essalud; la mencionada prueba estadística establece que existe diferencia significativa de ( $p < .05$ ), las valoraciones promedio en la Depresión a nivel general y diferencia sumamente significativa ( $p < .01$ ) en dichos promedios en la dimensión Cognitivo afectivo, en los pacientes involucrados en la investigación; mientras que no se halló evidencia de diferencia significativa ( $p > .05$ ), en los promedios obtenidos pacientes en la dimensión Somático motor.

Tabla 8

*Normas en percentiles según género del Inventario de depresión de Beck II a nivel general y en la dimensión Cognitivo afectivo en afectivo en pacientes atendidos en el Hospital I del distrito de La Esperanza-Essalud*

Pc	Depresión		Cognitivo afectivo		Pc
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	
99	47	51	28	35	99
98	47	44	28	28	98
97	46	42	28	26	97
95	43	40	26	25	95
90	36	32	24	19	90
85	32	25	21	16	85
80	30	22	19	13	80
75	23	19	16	11	75
70	21	17	12	9	70
65	20	16	12	8	65
60	19	14	12	8	60
55	17	13	10	7	55
50	16	12	10	6	50
45	15	11	8	5	45
40	13	10	8	5	40
35	12	10	7	4	35
30	11	9	6	4	30
25	10	8	5	3	25
20	9	8	4	3	20
15	8	7	4	2	15
10	7	6	2	2	10
5	4	4	2	1	5
3	4	4	0	1	3
2	4	4	0	1	2
1	3	3	0	1	1
N	79	264	79	264	N
Media	18,6	15,4	11,0	8,3	Media
DE	11,4	10,4	7,5	7,0	DE
CV%	61,0	67,4	68,6	84,7	CV%
Min.	3	3	0	0	Min.
Max.	49	59	29	36	Max.

*Nota.* DE: Desviación estándar; CV: Coeficiente de variación

En la tabla 8, se presentan los baremos en percentiles, por género, a nivel general y para la dimensión Cognitivo afectivo en pacientes atendidos en el Hospital I del distrito de La Esperanza-Essalud, contruidos a partir de una muestra por 79 pacientes varones y a 264 pacientes mujeres; observando que el paciente que obtuvo 30 puntos en la Depresión supera en este rasgo de conducta al 80.0% del total de pacientes involucrados en el estudio. Asimismo, se observa también, una puntuación media en esta dimensión de 18.6, con una dispersión relativa porcentual respecto al promedio de 61,0 %, una puntuación inferiorde 3 puntos y la puntuación superior de 49 puntos.

Tabla 9

*Puntos de corte en la puntuación directa según género, en el Inventario de depresión de Beck II a nivel general y en la dimensión Cognitivo afectivo en pacientes atendidos en el Hospital I del distrito de La Esperanza-Essalud*

Nivel	Puntuación directa						Puntuación percentilar		
	Varones			Mujeres					
Depresión									
Bajo		<	11		<	9	1	-	25
Medio	11	-	29	9	-	21	26	-	75
Alto		>	29		>	21	76	-	99
Cognitivo afectivo									
Bajo		<	6		<	4	1	-	25
Medio	6	-	18	4	-	12	26	-	75
Alto		>	18		>	12	76	-	99

En la tabla 9, se observan a los puntos de corte según género en el Inventario de depresión de Beck II a nivel general y para la dimensión Cognitivo afectivo en pacientes atendidos en el Hospital I del distrito de La Esperanza-Essalud, calculados en base a 3 niveles como: bajo, medio y alto, determinada por los baremos en percentiles

Tabla 10

*Normas en percentiles de la dimensión Somático motor del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I del distrito de La Esperanza-Essalud*

Pc	Somático motor
99	21
98	18
97	17
95	16
90	13
85	11
80	10
75	9
70	8
65	8
60	7
55	7
50	7
45	6
40	6
35	5
30	5
25	4
20	4
15	3
10	3
05	2
03	1
02	1
01	0
N	343
Media	7,3
DE	4,1
CV%	56,2
Min.	0
Max.	23

*Nota.* DE: Desviación estándar; CV: Coeficiente de variación

La tabla 10, se exponen las normas en percentiles de la dimensión Somático motor en pacientes atendidos en el Hospital I del distrito de La Esperanza-Essalud, observando que el paciente que alcanzó 10 puntos en la dimensión Somático motor, supera al 80.0% del total de los referidos pacientes. En cuanto a los estadísticos descriptivos mostrados al final de la tabla, se evidencia una puntuación media en esta dimensión de 7,3, con una dispersión relativa porcentual respecto al promedio de 52,6 %, la puntuación inferior es de 0 puntos y la puntuación superior de 23 puntos.

Tabla 11

Puntos de corte de la dimensión Somático motor del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I del distrito de La Esperanza-Essalud

Nivel	Puntuación directa	Puntuación en percentiles
Somático motor		
Bajo (NO)	< 5	1 -25
Medio(LEVE)	5 - 9	26 – 75
Alto	> 9	76 - 99

La tabla 11, se revelan los puntos de corte Puntos de corte de la dimensión Somático motor en pacientes atendidos en el Hospital I del distrito de La Esperanza-Essalud, involucrados en la investigación. Los puntos de corte estuvieron hechos a base de la escala en percentiles que ayudaron los niveles: 1-25 nivel bajo, 26-75 nivel medio y de 76-33 nivel alto.



#### IV. DISCUSIÓN

Para este punto se deben observar los resultados que se alcanzaron después de haber realizado el análisis de datos, obteniendo un adecuado resultado del objetivo general, el cual fue determinar las “Propiedades psicométricas del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I Distrito de La Esperanza-Essalud” trabajándose con 343 de muestra, oscilando las edades de 18 a 80.

Por ello, es relevante analizar la depresión dado que es una enfermedad frecuente de manera mundial, y se estima que perjudica a un aproximado de 300 millones de seres humanos. Siendo una enfermedad del estado de ánimo y de cómo el ser humano responde emocionalmente a las dificultades de la vida cotidiana, esta a su vez se convierte en un problema de salud delicado, teniendo en cuenta que puede tener una duración e intensidad tanto moderada a grave, y esta a su vez causa sufrimiento y alteración en las mayorías de las áreas tanto laborales, escolares y familiares, conllevándoles al suicidio.

Por otro lado, es importante tener en cuenta el mismo concepto de la tríada cognitiva (Beck, 1967) que involucran a los seres humanos a tener una percepción de sí mismos, de su contexto ambiental y de cómo ve hacia el futuro. Es como la persona ve su estado deprimido, como observa su contexto ambiental y cómo percibe su futuro desde el punto de vista pesimista, negativo o disfuncional. Así mismo con pocas esperanzas de vivir.

Tomando en cuenta los resultados de ( $p < .01$ ) altamente significativos en validez de contenido, garantiza la validez del instrumento lo que respaldado por Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008) quien define al instrumento de medida aquel que tiene un amplio dominio específico del contenido, lo cual permite calcular, esta medición se da sin supresiones y desequilibrio de contenido. Teniendo en cuenta que la validez de contenido se evalúa según el criterio de jueces; es así que el juicio de experto lo define la persona que estudia el tema, aquella que denota trayectoria y experiencia del tema, estos son a la vez especialistas, expertos y calificados del tema.

Por otro lado en las estimaciones de los diez jueces expertos examinados por la V de Aiken, en relación a la claridad, relevancia y la coherencia de los ítems que componen el Inventario de depresión de Beck II. Se realizó la evaluación en relación a la claridad

muestra los coeficientes de Aiken sumamente significativas ( $p < .01$ ), esto indica una “evidencia de semántica y sintaxis adecuada”. Referente a la relevancia, se denota que los veinte y uno ítems los coeficientes de Aiken son sumamente significativas ( $p < .01$ ), indicando a los ítems que son claros y significativos los cuales corresponden al Inventario de depresión de Beck II. En coherencia se alcanzan índices de Aiken sumamente significativos ( $p < .01$ ), indicando que dichos ítems corresponden de acuerdo a lo medido. Al discrepar la validez conseguida con el estudio de Carranza (2013) sobre la Construcción del Inventario de depresión de Beck II, ejecutó la validez de contenido, para medir los resultados se aplicó la V de Aiken, encontrando que dichos valores oscilan entre 1 y  $p < 0.01$ . Es así que, al contrastar los resultados de ambas investigaciones muestran resultados iguales indicando que el instrumento constituye apropiadamente todos los dominios de reactivos que involucra el constructo que se desea evaluar.

Teniendo en cuenta, los resultados superiores a .95 en la validez basada en la estructura interna por medio del análisis factorial confirmatorio, para ello se utilizó el método mínimos cuadrados no ponderados, en relación a la distribución asimétrica que evidencia la muestra. Se mostraron índices de ajuste globales de  $\chi^2/g.l = .363$ , teniendo el valor superior de un aceptable ajuste del modelo,  $< 4$ ; RMR= .029, encontrándose dentro de los términos aprobados,  $< .08$ , del mismo en el AGFI=.986, estimación superior a  $\geq .95$ . En relación al ajuste comparativo, los índice de NFI= .985 y RFI= .983, siendo superior a  $\geq .95$ , indicando un adecuado ajuste (Pérez et al., 2013). Así también, en el índice de ajuste parsimonioso de PRATIO= .895 y PNFI= .882, demostrando un adecuado ajuste del modelo, debido a que se encuentra superior a 0,50 (Escobedo et al., 2016).

De acuerdo a sus cargas factoriales, se observan que veinte de veintiuno ítems manifiestan estimaciones desde (.49 y .80), situándose  $> .40$  (Worthington y Whittaker, 2006); sin embargo, el ítem 21 mostró un valor de .39, encontrándose alrededor de lo esperado. Al analizar esto puede deberse a la manera de redacción del ítem siendo directo ocasionando igualdad en las contestaciones, teniendo en cuenta que, evaden el contenido del ítem cuando responden (Van Sonderen, Sanderman y Coyneet, 2013), así mismo pueda ser que haya una presencia de deseabilidad social, estos suelen mostrar una falsa imagen

(Edwards,1957), esto se debe a que sus respuestas están influenciadas por su medio para recibir aprobación (Fleming y Zizzo, 2011), es así que eligen por ser obligados (Brown, 2015).

En cuanto, a los resultados para la confiabilidad por consistencia interna se alcanzó de manera general un .93, siendo mayor a lo esperado es así que se obtuvo a causa de ello precisión y consistencia para el instrumento. Para ello, se utilizó el coeficiente de omega con un IC de 95%, mostrándose en las dimensiones estimaciones de .91 para Cognitivo afectivo y .81, para Somático motor, hallándose una confiabilidad aceptable, los cuales fueron estimaciones superiores de .70 (Campo-Arias y Oviedo, 2008); todo ello respaldado con los siguientes estudios, Carranza (2013) evidenció la consistencia interna del test ( $\alpha=0.878$ ), asimismo Rodríguez y Farfán (2015) un ( $\alpha=0.891$ ), Melillipán, Cova, Rincón y Valdivia (2008) un ( $\alpha=0.91$ ) y para Vega, Coronado y Mazzotti (2014) un ( $\alpha=0.88$ ).

Finalmente en la elaboración de las normas del Inventario de depresión de Beck II, se hicieron la prueba de normalidad de la prueba no paramétrica U de Mann Whitney en comparación de los promedios de acuerdo al género de los pacientes de la muestra, donde se encuentran diferencias altamente significativas, con la distribución normal. Es por ello, que los resultados adquiridos determinan, diferencia sumamente significativa ( $p<.01$ ) en los promedios de puntuaciones conseguidas por los pacientes masculinos y femeninos a nivel general, así también en la dimensión Cognitivo afectivo, mientras en la dimensión Somático motor no se encontró diferencia significativa ( $p>.05$ ), entre géneros.

Además, en esta investigación se obtuvo las normas desde el tipo de puntuaciones percentilares, éstas a la vez sitúan a los individuos dentro, por debajo o sobre el promedio de la variable. (Rojas, 2008); es así que se alcanzaron puntajes percentilares para las dimensiones según género, estableciendo puntos de corte para establecer 3 niveles “Bajo”, “Medio” y “Alto”. En cuanto a eso, en el test total los valores directos para los hombres estuvieron de 3 a 49 con un promedio similar a 18.6 y una DE = 11.4. En las dimensiones los promedios para Cognitivo afectivo un 11.0 y en Somático motor un 7.3, DE= 7.5 y 4.1

respectivamente. Tomando en cuenta tanto los valores de las puntuaciones directas se considera que todas aquellas personas que alcancen  $< 11$  puntos significa que se trata de personas que poseen un nivel bajo de depresión, los que se ubiquen entre 11 y 29 puntos son aquellas personas que tiene un nivel medio de depresión y los que alcancen  $> 29$  puntos, presentan un nivel alto de depresión.

Referentes a los baremos para las mujeres se tiene, en el test total los valores directos se obtuvieron de 3 a 59 con un promedio similar a 15.4 y una DE= 10.4. En las dimensiones los promedios para Cognitivo afectivo un 8.3 y en Somático motor un 7.3, DE= 7.0 y 4.1 respectivamente. Tomando en cuenta tanto los valores de las puntuaciones directas se considera que todas aquellas personas que alcancen  $< 9$  puntos significa que se trata de personas que poseen un nivel bajo de depresión, los que se ubiquen entre 9 y 21 puntos son aquellas personas que tiene un nivel medio de depresión y los que alcancen  $> 21$  puntos, presentan un nivel alto de depresión.

Teniendo en cuenta dichos resultados en la investigación se ha determinado las evidencias de validez y confiabilidad del inventario en pacientes atendidos en el Hospital I La Esperanza-Essalud, obteniendo una adecuada medición del constructo de depresión, ya que se consiguió resultados favorables al explorar la estructura del instrumento.

## V. CONCLUSIONES

- El presente trabajo de investigación psicométrica permite confirmar que el Inventario de Depresión de Beck II tiene validez y confiabilidad y presenta baremos generales, con sus relativos niveles y puntos de corte para pacientes atendidos en Hospital I La Esperanza-Essalud de la ciudad de Trujillo. Teniendo lo examinado se consiguió a lo siguiente:
- El Inventario de depresión de Beck II da resultados de la validez de contenido por el método de criterio de jueces, lo cual evidencia claridad y relevancia ( $p < .01$ ), y coherencia con niveles altos y significativos.
- Así mismo, se investigó la evidencia de validez por estructura interna mediante el análisis factorial confirmatorio, alcanzando resultados para las cargas factoriales estimaciones entre .39 a .80, sin embargo, un solo ítem obtuvo un valor inferior a lo deseado; siendo aceptables los índices de ajustes.
- En relación a la confiabilidad se corroboró la consistencia por medio del coeficiente omega, con estimaciones favorables de .93 de manera general y para las dimensiones de Cognitivo afectivo y Cognitivo afectivo, mostró un (.91 y .81), respectivamente.
- Así mismo, se obtuvieron las normas en percentiles generales con sus referentes niveles y puntos de corte del Inventario de Depresión de Beck II; en los pacientes atendidos en el Hospital I La Esperanza-Essalud.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- Mediante el trabajo de investigación realizado, se pide que los próximos estudios de propiedades psicométricas sobre el inventario se ejecute en poblaciones diversas de pacientes de diferentes Hospitales de la Ciudad de Trujillo, para así poder extender los datos estadísticos.
- Se propone dar uso del Inventario de Depresión de Beck II, de forma profesional para evaluaciones a personal administrativo y asistenciales que propiamente trabajan en los hospital de Essalud, ya que las dos dimensiones de dicho inventario que miden: dimensión somato motor y cognitivo afectivo, son útiles para arrojar diagnósticos clínicos del estado de ánimo y así mismo favorecerá través de su Diagnóstico clínico una mejor apreciación y realidad de dicho personal.
- Se recomienda que se construyan programas de intervención, teniendo en cuenta en el desarrollo del estado de ánimo tanto a manera de las dos dimensiones presentadas en el inventario de Depresión de Beck II, para la toma de decisiones, la flexibilidad y la adaptación al cambio, cuyo objetivo es optimar la calidad de vida y el propio estado de ánimo de los pacientes atendidos en el Hospital I La Esperanza-Essalud de la ciudad de Trujillo.

## REFERENCIAS

- Abramson, L., Seligman, M. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Akaike, H. (1987). Factor analysis and AIC. *Psychometrika*, 52, 317-332.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV. 4ed.* Washington: DC.
- Beck, A. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archivos de Psiquiatría General*, 9 (4), 324-333.
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1(2), 184-200.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Blacker, C. y Clare, A. (1987). Depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 150, 737-751
- Briones, G. (2000). Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales. Colombia: ARFO
- Campo-Arias, A. y Oviedo. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: La Consistencia Interna. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831-839. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/422/42210515.pdf>.

- Carranza, R. (2013). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck universitarios de Lima. *Revista psicológica*, 15 (2), 170-182. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/326302840\\_PROPIEDADES\\_PSICOMETRICAS\\_DEL\\_INVENTARIO\\_DE\\_DEPRESION\\_DE\\_BECK\\_PARA\\_UNIVERSITARIOS\\_DE\\_LIMA](https://www.researchgate.net/publication/326302840_PROPIEDADES_PSICOMETRICAS_DEL_INVENTARIO_DE_DEPRESION_DE_BECK_PARA_UNIVERSITARIOS_DE_LIMA)
- Colegio de Psicólogos del Perú (1980). Código de ética del psicólogo peruano. Recuperado de: <http://psicologosperu.blogspot.com/2009/06/codigo-de-etica-del-psicologoperuano.html>
- Conde, V., Esteban, T., y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del Cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 469-497.
- Contreras, J., Hernández, L. y Freyre, M. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia psicológica*, 3(33), 195 – 203. Recuperado de: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082015000300004](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082015000300004)
- Conwell, Y. (1996). Outcomes of depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 4, 34-44



- Escobar-Pérez, J. y Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de Contenido y Juicio de Expertos: Una Aproximación a su Utilización. *Avances en Medición*, 6, 27–36. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/302438451\\_Validez\\_de\\_contenido\\_y\\_juicio\\_de\\_expertos\\_Una\\_aproximacion\\_a\\_su\\_utilizacion](https://www.researchgate.net/publication/302438451_Validez_de_contenido_y_juicio_de_expertos_Una_aproximacion_a_su_utilizacion)
- Friedman, E y Thase, M. (1995). *Trastornos del estado de ánimo*: Madrid: Siglo XXI. pp. 619-681.
- González, M. (2011). *Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia. Aspectos Clínicos, Evaluación e Interpretación*. Madrid, España: Pirámide.
- Greenberg, P., Stiglin, L., Finkelstein, S. y Berndt, E. (1993). The economic burden of depression in 1990. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54(11), 405-418.
- Haaga, D., Dick, M. y Ernst, D. (1991). Empirical status depression. *Psychological Bulletin*, 110, 215-236.
- Hernández, S., Fernandez, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6 ed. Mexico: McGRAW-HILL
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2014). El suicidio es el desenlace fatal de un proceso de enfermedad mental y se puede prevenir tratando la depresión. Recuperado de: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/038.html>
- Johnson, J., Weissman, M. y Klerman, G. (1992). Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *The Journal of the American Medical Association*, 267 (11), 1478-1483
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing*. (2 ed). London:Routledge. pp.13
- Lewinsohn, P.M. (1975). *The behavioral study and treatment of depression*. Nueva York: Academic Press. pp. 19-65.

- Lewinsohn, P., Hoberman, H., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). *An integrative theory of depression*. Nueva York: Academic Press. pp. 291-315.
- Lewinsohn, P., Muñoz, R., Youngren, M. y Zeiss, A. (1986). *Control your depression*. Nueva York: Prentice-Hall. Recuperado de: <https://archive.org/details/controlyourdepre00pete/page/n5>
- Lewinsohn, P., Youngren, M. y Grosscup, S. (1979). *Reinforcement and depression*. Nueva York: Academic Press. pp. 291-315.
- López, I. y Pita, S (2001). *Medidas de concordancia: El índice de Kappa*. España: Fistera.
- Melillipán, R., Cova, F., Rincón, P., Valdivia, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia psicológica*, 26, 59-69. Recuperado de: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082008000100005](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100005)
- Montero, I., León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Muñiz, J., y Fernández-Hermida, J. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 31, pp. 108-12.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Depresión. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/9789242596205/es/](http://www.who.int/mental_health/publications/9789242596205/es/)
- Ormel, J., VonKorff, M., Ustun, B., Pini, S., Korten, A. y Oldehinkel, T. (1994). Common men-tal disorders and disability across cultures: Results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *The Journal of the American Medical Association*, 272 (22), 1741-1748

- Perris, C. (1989). *Cognitive therapy with the adult depressed patient*. Nueva York: Plenum. pp. 299-319.
- Perú 21 (06 de setiembre de 2014). La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero no es atendida. Recuperado de: <https://peru21.pe/lima/depresion-causa-80-suicidios-peru-atendida-183854>
- Regier, D., Narrow, W., Rae, D., Manderscheid, R., Locke, B. y Godwin, F. (1993). The facto U.S. mental and addictive disorders service system. Epidemiologic Catchmentarea prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50 (2), 85-94.
- Rodríguez, E., Farfán, D. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013. *Revista de Investigación Universitaria*, 4 (2), 71-78. Recuperado de: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPEU\\_10dbb5724fed7361c7efe676c021357f](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPEU_10dbb5724fed7361c7efe676c021357f)
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. New York: W H Freeman.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Vega, J., Coronado, O. y Mazzotti, G. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Revista de neuro – psiquiatría*, 2 (77), 95 -103. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ao2.pdf>
- Weishaar, M. (1993). *Key figures in counseling & psychotherapy series*. EE.UU: Sage Publications.
- Winokur, G. (1997). All roads lead to depression: Clinically homogeneous, etiologically hete-rogeneous. *Journal of Affective Disorders*, 45(2), 97-108.

## ANEXOS

### EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento “INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK II”. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa PSICOMETRICA de LA PSICOLOGÍA como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

#### 1. DATOS GENERALES DEL JUEZ

---

Nombre del juez:

---

Grado profesional:            Maestría (    )  
   Doctor (    )

---

Área de Formación    Clínica (    )                            Educativa (    )  
académica:                    Social (    )                            Organizacional(    )

---

Áreas de experiencia  
profesional:

---

Institución donde labora:

---

Tiempo de experiencia    2 a 4 años (    )  
profesional en el área :    Más de 5 años (    )

---

Experiencia en                    Trabajo(s) psicométricos realizados  
Investigación Psicométrica    Título del estudio realizado.

---

---

---

#### 2. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

- a. Validar el contenido de instrumento, por juicio de expertos.

## DATOS DEL INVENTARIO DE DEPRESION BECK II

<p>Nombre de la Prueba:</p> <p>Autor:</p> <p>Adaptación:</p> <p>Procedencia:</p> <p>Administración:</p> <p>Tiempo de aplicación:</p> <p>Ámbito de aplicación:</p> <p>Significación:</p>	<p>Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).</p> <p>Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown</p> <p>Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.</p> <p>Madrid, España</p> <p>Individual o colectiva</p> <p>Entre 05 minutos a 10 minutos</p> <p>Adolescentes y adultos</p> <p>El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El BDI-II es fácil de utilizar. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo. Las</p>
--	---

	<p>instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.</p>
--	---

### 3. SOPORTE TEÓRICO

Los datos internacionales indican un aumento importante de los trastornos depresivos, por lo que empieza a considerarse al siglo XXI como la era de la melancolía, cada generación ha tenido un riesgo mayor de sufrir una depresión importante en el curso de la vida misma. Este trastorno, que adopta diversas formas en función de características sociales y culturales, no se trata simplemente de la presencia de tristeza, sino que implica desinterés, desaliento y una abrumadora desesperanza vital (CNCG, 1993). A ello se añade el descenso en la edad de inicio para la aparición de este trastorno. De un tiempo a esta parte se ha constatado un aumento del diagnóstico de la depresión en personas jóvenes. Además, estudios realizados en todo el mundo muestran que en épocas de crisis sociales y políticas aumentan los índices de los trastornos depresivos y de ansiedad (Patel y Kleinman, 2003). Estas tendencias han promovido el estudio de la depresión tanto en investigaciones psicológicas (basadas y aplicadas), como sociológicas y biológicas. Es así que la elaboración del Inventario de depresión de Beck I se ha utilizado desde hace 35 años, siendo uno de los instrumentos más aceptados para evaluar la severidad de la depresión en pacientes diagnosticados y para detectar casos de depresión en poblaciones normales

(Archer, Maruish, Imhof y Piotrowski, 1991). A lo largo de los años se han realizado varios ajustes, Beck y sus colaboradores comenzaron el trabajo piloto para el Beck I-II en 1994. Los ítems específicos que se referían a los criterios de depresión del DSM-IV. Es así que el Inventario de depresión de Beck II, ha sido diseñado sobre la base y la experiencia clínica acumulada durante 35 años con el Beck I. La utilidad del Beck II será evaluada en un amplio espectro de poblaciones. El Beck II es fácil de utilizar, el administrador del test debe determinar con anticipación si el paciente puede leer y comprender los ítems, en caso de tener dificultad (paciente) el examinador puede leer en voz alta los ítems del test, además el tiempo que se requiere, es de 5 a 10 minutos aproximadamente. Aquí se debe indicar que el paciente o examinado debe responder a los enunciados pensando en dos semanas, incluso hoy; a fin de que concuerden con los criterios del DSM-IV para depresión mayor.

Escala/ÁREA	Sub escala (dimensiones )	Definición
COGNITIVA AFECTIVA	Tristeza	Sentimiento de dolor anímico producido por un suceso desfavorable que suele manifestarse con un estado de ánimo pesimista, la insatisfacción y la tendencia al llanto.
	Pesimismo.	Tendencia a ver y a juzgar las cosas en su aspecto más negativo o más desfavorable.
	Fracaso	Resultado adverso en una cosa que se esperaba sucediese bien.
	Pérdida del placer.	Es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades.
	Sentimiento de culpa.	Emoción inmovilizante y destructiva, que puede aparecer en cualquier momento de la vida. Emoción negativa ante un afecto doloroso que surge de la creencia o sensación de haber traspasado las normas éticas, personales o sociales especialmente si se ha perjudicado a alguien.
	Sentimiento de castigo.	Es una emoción dolorosa de arrepentimiento en el sujeto porque sabe que lastimó a un semejante o desobedeció una norma social sea familiar, educativa, social, legal, espiritual y mental
	Disconformidad uno mismo	Es comenzar a ser duros con nosotros mismos, cuestionando nuestra forma de ser, de pensar y de actuar.
	Autocrítica	Es la disposición que tienen las personas para admitir

		sus errores para su posterior corrección
	Pensamientos o deseos suicidas	Son ideas acerca de hacerse daño a uno mismo o quitarse la vida.
	Llanto	Acción de derramar lágrimas en señal de dolor, tristeza, alegría o necesidad, o de fluir lágrimas de los ojos.
	Pérdida de interés	Es la ausencia de emoción, motivación o entusiasmo, que se traduce en un estado de indiferencia del individuo hacia uno o varios aspectos de tipo emocional, social, laboral o afectivo.
	Desvalorización	Sensación de infravaloración que sufre una persona que no es capaz de observar todo su potencial tal y como es.
	Cambios apetito	La regulación del apetito es un mecanismo muy complejo en el cual intervienen el cerebro, el sistema digestivo, los depósitos grasos, factores genéticos, factores ambientales, factores psicológicos y las características de los alimentos. Es el deseo psicológico de ingerir alimentos.
SOMATICA-MOTOR	Agitación	Estado de excitación y nerviosismo que conlleva en ocasiones a moverse de forma brusca, inquieta y repetida o a respirar aceleradamente y con dificultad.
	Indecisión	La indecisión es la falta de determinación ante una situación, vivida como conflictiva, que nos impide tomar una decisión.
	Pérdida de energía	Es la disminución o debilitamiento de la fuerza tanto física como psicológica.
	Cambios hábitos de sueño	Son todos aquellos cambios en los estilos de vida, patrones y hábitos de conciliar el sueño.
	Irritabilidad	Es la capacidad homeostática que tienen los seres vivos de responder ante estímulos que lesionan su bienestar o estado. Es la propensión a irritarse (sentir ira). Puede definirse como la capacidad que posee un organismo vivo de reaccionar o responder de manera no lineal frente a un estímulo.
	Dificultad de concentración	Baja capacidad para concentrarse en un estímulo.
	Cansancio o fatiga	Debilidad o falta de fuerza física, generalmente provocada por la realización de un esfuerzo o trabajo.
	Pérdida de interés en el sexo	Es una disminución por el interés que nos suscita el sexo en sus diferentes dimensiones.



#### 4. PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:

A continuación a usted le presento el Inventario de Depresión de Beck-II, elaborado por Aaron T. Beck, adaptado por María Elena Brenlla en el 2006. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
<b>CLARIDAD</b> El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1 No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
<b>COHERENCIA</b> El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo )	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel )	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
<b>RELEVANCIA</b> El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1 No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

*Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente*

1 No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO:

- Primera dimensión : Cognitivo - afectivo
- Objetivos de la Dimensión: Medir los indicadores del área cognitivo-afectivo

INDICADORES	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones / Recomendaciones
Tristeza	No me siento triste				
	Me siento triste gran parte de tiempo				
	Estoy triste todo el tiempo.				
	Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.				
Pesimismo	No estoy desalentado respecto de mi futuro.				
	Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.				
	No espero que las cosas funcionen para mí				
	Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.				
Fracaso	No me siento como un fracasado.				
	He fracasado más de lo que hubiera debido.				
	Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.				
	Siento que como persona soy un fracaso total.				
Pérdida de placer	Obtengo placer como siempre por las cosas de las que disfruto.				
	No disfruto tanto de las cosas que solía hacerlo.				
	Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.				

	No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.				
Sentimientos de culpa	No me siento particularmente culpable.				
	Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.				
	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.				
	Me siento culpable todo el tiempo.				
Sentimientos de castigo	No siento que estoy siendo castigado.				
	Siento que tal vez pueda ser castigado.				
	Espero ser castigado.				
	Siento que estoy siendo castigado.				
Disconformidad con uno mismo	Siento acerca de mí mismo que siempre.				
	He perdido la confianza en mí mismo.				
	Estoy decepcionado conmigo mismo.				
	No me gusta a mí mismo.				
Autocrítica	No me critico ni me culpo más de lo habitual				
	Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.				
	Me critico a mí mismo por todos mis errores.				
	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.				
Pensamientos o deseos suicidas	No tengo ningún pensamiento de matarme.				
	He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.				
	Querría matarme.				
	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.				

Llanto		No lloro más de lo habitual.				
		Lloro más de lo que solía hacerlo.				
		Lloro por cualquier pequeñez.				
		Siento ganas de llorar pero no puedo.				
Pérdida de interés		No he perdido el interés en otras actividades o personas.				
		Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.				
		He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.				
		He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.				
		Me es difícil interesarme por algo.				
Desvalorización		No siento que yo no sea valioso.				
		No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.				
		Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.				
		Siento que no valgo nada.				
Cambios de apetito		No he experimentado ningún cambio en mi apetito.				
		Mi apetito es un poco menor de lo habitual.				
		Mi apetito es un poco mayor de lo habitual.				
		Mi apetito es mucho menor que antes.				
		Mi apetito es mucho menor de lo habitual.				
		No tengo apetito en absoluto.				

	Quiero comer todo el tiempo.				
--	------------------------------	--	--	--	--

- Segunda dimensión : Somática motor
- Objetivos de la Dimensión: Medir los indicadores del área somática motor

INDICADORES	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Agitación	No estoy más inquieto o tenso que lo habitual				
	Me siendo más inquieto o tengo que lo habitual				
	Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.				
	Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.				
Indecisión	Tomo mis decisiones tan bien como siempre.				
	Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.				
	Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.				
	Tengo problemas para tomar cualquier decisión.				
Pérdida de energía	Tengo tanta energía como siempre				
	Tengo menos energía que la que solía tener.				
	No tengo suficiente energía para hacer demasiado.				
	No tengo energía suficiente para hacer nada.				
Cambios en los hábitos de sueño	No he experimentado ningún cambio de mis hábitos de sueño.				
	Duermo un poco más que lo habitual.				
	Duermo un poco menos que lo habitual.				
	Duermo mucho más que lo habitual.				

	Duermo mucho menos que lo habitual.				
	Duermo la mayor parte del día.				
	Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.				
Irritabilidad	Estoy más irritable que lo habitual				
	Estoy más irritable que lo habitual				
	Estoy mucho más irritable que lo habitual.				
	Estoy irritable todo el tiempo.				
Dificultad de concentración	Puedo concentrarme tan bien como siempre.				
	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.				
	Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.				
	Encuentro que no puedo concentrarme en nada.				
Cansancio o fatiga	No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.				
	Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.				
	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.				
	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.				
Pérdida de interés en el sexo	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.				
	Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.				
	Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.				
	He perdido completamente el interés en el sexo.				

---

**Firma del evaluador**

Tabla 12

*Evaluación de la normalidad del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I La Esperanza-Essalud*

Ítem	Media	DE	Z <sub>As</sub>	Z <sub>Cs</sub>	K <sup>2</sup>
Ítem01	0,69	0,80	8,45	3,24	71,54
Ítem02	0,57	0,80	11,15	6,61	124,30
Ítem03	0,70	0,89	7,17	-1,08	51,52
Ítem04	0,79	0,75	4,98	-0,28	24,86
Ítem05	0,77	0,73	6,78	3,84	46,06
Ítem06	0,50	0,80	13,03	9,31	169,87
Ítem07	0,55	0,80	9,60	2,45	92,32
Ítem08	0,85	0,92	5,47	-2,17	30,02
Ítem09	0,34	0,65	16,12	17,84	260,07
Ítem10	1,03	1,05	4,64	-3,39	21,57
Ítem11	0,92	0,92	7,12	0,77	50,76
Ítem12	0,67	0,75	7,98	3,69	63,81
Ítem13	0,83	0,81	6,69	1,66	44,82
Ítem14	0,54	0,81	10,31	3,38	106,43
Ítem15	1,08	0,68	4,87	3,98	23,82
Ítem16	1,06	0,78	5,13	1,67	26,41
Ítem17	0,70	0,82	8,19	2,44	67,22
Ítem18	0,92	0,70	4,70	2,78	22,18
Ítem19	0,83	0,71	3,51	-0,83	12,40
Ítem20	1,01	0,68	5,07	4,42	25,75
Ítem21	0,85	0,91	6,83	0,07	46,68

*Nota:* DE: Desviación estándar; As: Coeficiente de asimetría; ZAs: Valor Z de la distribución normal asociado a As; Cs: Coeficiente de curtosis; ZCs: Valor Z de la distribución normal asociado a C; K2: Estadístico para contraste de normalidad

En la tabla 12, se muestran los coeficientes de asimetría y curtosis en los Ítems que constituyen el Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I La Esperanza-Essalud, observando que a puntuación media de los Ítems fluctúa entre 0,34 a 1.08 y la desviación estándar entre .65 a 1,05; De igual forma se observa que las distribuciones de todos los Ítems zona asimétricas ( $|Z_{As}| > 1.96$ ); y catorce Ítems difieren en curtosis de la distribución normal ( $|Z_{Cs}| > 1.96$ ). De la misma manera, se evidencia también que las distribuciones de los veintiún Ítems difieren de la distribución normal ( $K^2 > 5.99$ ).

Tabla 13

*Evaluación de la normalidad del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I La Esperanza-Essalud*

Ítem	Media	DE	$Z_{As}$	$Z_{Cs}$	$K^2$
Depresión	16,18	10,71	10,43	6,06	108,90
Cognitivo afectivo	8,91	7,22	10,07	5,27	101,48
Somático motor	7,27	4,09	8,44	5,45	71,34

*Nota:* DE: Desviación estándar; As: Coeficiente de asimetría;  $Z_{As}$ : Valor Z de la distribución normal asociado a As; Cs: Coeficiente de curtosis;  $Z_{Cs}$ : Valor Z de la distribución normal asociado a C;  $K^2$ : Estadístico para contraste de normalidad

En la tabla 13, se muestran los coeficientes de asimetría y curtosis en los Ítems que constituyen el Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I La Esperanza-Essalud, donde se aprecia que la puntuación promedio en la escala de Depresión a nivel general es de 16.18 puntos con una variabilidad respecto al promedio de 10.71 puntos. De igual forma se evidencia que la distribución de la Depresión y de sus las dimensiones: Cognitivo afectivo y Somático motor, no son simétricas ( $|Z_{As}| > 1.96$ ), que difieren en curtosis de la distribución normal ( $|Z_{Cs}| > 1.96$ ), y no presentan distribución normal ( $K^2 > 5.99$ ).



Tabla 14

*Evaluación de la normalidad según género del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I La Esperanza-Essalud*

	Género	n	Z <sub>As</sub>	Z <sub>Cs</sub>	K <sup>2</sup>
Depresión	Masculino	79	3,37	0,10	11,35
	Femenino	264	10,40	8,08	173,46
Cognitivo afectivo	Masculino	79	2,80	-0,60	8,21
	Femenino	264	10,41	7,94	171,45
Somático motor	Masculino	79	4,19	1,42	19,56
	Femenino	264	7,33	5,69	86,06

En la tabla 14, se presentan los resultados de la contrastación de la normalidad de la según género del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en el Hospital I La Esperanza-Essalud, basada en la evaluación de la asimetría y la curtosis evidenciando que las distribuciones de la Depresión y de sus las dimensiones: Cognitivo afectivo y Somático motor, no son simétricas ( $|Z_{As}| > 1.96$ ), que difieren en curtosis de la distribución normal ( $|Z_{Cs}| > 1.96$ ), y no presentan distribución normal ( $K^2 > 5.99$ ), tanto en pacientes varones como en pacientes mujeres. De los resultados obtenidos de la evaluación de la condición de normalidad de la distribución de las variables en estudio se deduce que para la comparación de promedios en Depresión y en las dimensiones: Cognitivo afectivo y Somático motor se usaría la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.