



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Primeras evidencias psicométricas de la escala de activación conductual para la depresión (BADs) en adultos peruanos LGTBI con síntomas depresivos

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciada en Psicología

AUTORA:

Villegas Gomez, Enma Isabel (ORCID: 0000-0001-9644-2564)

ASESOR:

Mg. Concha Huarcaya, Manuel Alejandro (ORCID: 0000-0002-8564-7537)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Psicométrica

LIMA – PERÚ

2020

Dedicatoria

Gracias a cada una de las personas que estuvieron al inicio de este camino, gracias por las primeras palabras (¡Tú puedes!) que fueron de impulso y fuerza para llevar hasta este momento; me quedo eternamente agradecida a ustedes.

Agradecimiento

Parece un sueño el estar escribiendo estas líneas, hoy puedo darme cuenta que la vida da grandes lecciones y enseñanzas, pero no solo la vida, sino también los padres, por ser grandes maestros; hoy quiero agradecer ante todo a dios, y a mis padres Isabel Gómez Quintanilla y Oswaldo Villegas Sullon, por ser unos padres ejemplares, por ser dos seres humanos con el corazón lleno de amor, que a pesar de mis equivocaciones y certezas han estado ahí sujetándome para no caer; así mismo agradecer a mi hermanos Héctor Manuel y Walter Oswaldo, por haber participado de forma entusiasta en todo este camino, a mi tío Oreste Zapata por darnos todo ese cariño y apoyo de forma incondicional, por haber estado con nosotros en los momentos más difíciles sin dejarnos solos ni un minuto, sin duda alguna el apoyo de cada uno de ustedes ha generado un logro para mí.

Índice de contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas.....	v
Índice de gráficos y figuras	vi
Índice de anexos	vii
Índice de abreviaturas.....	viii
Resumen	x
Abstract.....	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. MÉTODO	11
3.1. Tipo y Diseño de Investigación	11
3.2. Variable y operacionalización.....	11
3.3. Población (criterios de selección), muestra, muestreo y unidad de análisis	11
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	12
3.5. Procedimiento	14
3.6. Métodos de análisis de datos.....	15
3.7. Aspectos éticos	17
IV. RESULTADOS.....	18
V. DISCUSIÓN.....	26
VI. CONCLUSIONES.....	29
VII. RECOMENDACIONES.....	30
VII. REFERENCIAS	31
ANEXOS.....	39

Índice de tablas

Tabla 1. Criterios de selección de los participantes	12
Tabla 2. Descripción general de la escala	13
Tabla 3. Proceso de Traducción directa e inversa del BADS	18
Tabla 4. Evidencias de validez basadas en el contenido de la prueba (n= 6).....	19
Tabla 5. Análisis de las variables sociodemográficas (N = 203).....	20
Tabla 6. Análisis preliminares de los ítems del modelo 5 (N = 203)	21
Tabla 7. Índices de bondad de ajuste por AFC (n = 203)	23
Tabla 8. Confiabilidad por consistencia interna modelo 5 (N = 203).....	25
Tabla 9. Baremos de la escala BADS por orientación sexual (N = 203)	25
Tabla 10. Interpretación de resultados del BADS según género.....	55
Tabla 11. Cuadro comparativo de resultados con otras investigaciones	56
Tabla 12. Variables sociodemográficas (n = 30) piloto	57
Tabla 13. Modelos del instrumento por AFC (n = 30) piloto	58
Tabla 14. Cargas y correlación del BADS Modelo 1 (n =30) piloto	59
Tabla 15. Evidencias de fiabilidad del instrumento (n = 30) piloto	59

Índice de gráficos y figuras

Figura 1. Modelos mediante el AFC de primer y segundo orden	22
Figura 2. Evidencia de validez convergente por AFC	24
Figura 3. Operacionalización de la variable activación conductual para la depresión.....	39
Figura 4. Protocolo del BADS para la depresión	40
Figura 5. Protocolo del BADS (traducción directa)	41
Figura 6. Protocolo del BADS (traducción inversa)	42
Figura 7. Traducción certificada (Directa)	43
Figura 8. Traducción certificada (Inversa).....	44
Figura 9. Carta de presentación para los jueces expertos	45
Figura 10. Consentimiento informado virtualizado.....	46
Figura 11. Primer juez experto	47
Figura 12. Segundo juez experto	48
Figura 13. Tercero juez experto	49
Figura 14. Cuarto juez experto	50
Figura 15. Quinto juez experto	51
Figura 16. Sexto juez experto.....	52
Figura 17. Permiso del autor de la escala.....	53
Figura 18. Baremos del HADS	54
Figura 19. Dos modelos de AFC mediante AMOS del piloto	58

Índice de anexos

Anexo 3. Operacionalización de la variable activación conductual para la depresión.....	39
Anexo 4. Protocolo del BADS para la depresión	40
Anexo 5. Protocolo del BADS (traducción directa)	41
Anexo 6. Protocolo deL BADS (traducción inversa) continuación.....	42
Anexo 7. Traducción certificada (Directa).....	43
Anexo 8. Traducción certificada (Inversa).....	44
Anexo 9. Carta de presentación para los jueces expertos	45
Anexo 10. Consentimiento informado virtualizado.....	46
Anexo 11. Primer juez experto	47
Anexo 12. Segundo juez experto	48
Anexo 13. Tercer juez experto.....	49
Anexo 14. Cuarto juez experto	50
Anexo 15. Quinto juez experto	51
Anexo 16. Sexto juez experto.....	52
Anexo 17. Permiso del autor de la escala.....	53
Anexo 18. Baremos del HADS	54
Anexo 19. Interpretación de resultados del BADS según género	55
Anexo 20. Cuadro comparativo de resultados con otras investigaciones	56
Anexo 21. Variables sociodemográficas (n = 30) piloto	57
Anexo 22. Dos modelos de AFC mediante AMOS del piloto	58
Anexo 23. Modelos del instrumento por AFC (n = 30) piloto.....	58
Anexo 24. Cargas y correlación del BADS Modelo 1 (n =30) piloto.....	59
Anexo 25. Evidencias de fiabilidad del instrumento (n = 30) piloto	59

Índice de abreviaturas

Organizaciones:

OMS = Organización Mundial de la Salud

APA = Asociación Americana de Psicología

AERA = Asociación Americana de Investigación Educativa

NCME = Consejo Nacional de Medición en Educación

ITC (Siglas en inglés) = Comisión internacional de los test

ONU = Organización de las Naciones Unidas

MAP = Movement Advancement Project

RENATI = Registro Nacional de Trabajos de Investigación

INEI = Instituto Nacional de Estadística e Información

Variable:

LGTBI = Lesbianas, Gay, Transexuales, Bisexual e Intersex

BADS (Siglas en inglés) = Escala de Activación Conductual para la Depresión

AC = Activación Conductual

VIH = Virus de Inmunodeficiencia Humana

Estadística:

AFC = Análisis Factorial Confirmatorio

AFE = Análisis Factorial Exploratorio

χ^2 = Chi Cuadrado

df = Grado de libertad

CFI = Índice de Ajuste Comparativo

TLI = Tucker-Lewis Index

RMSEA = Error Medio cuadrático de Aproximación estándar

SRMR = Raíz Media Cuadrática Residual estándar

AIC = Información de Akaike

n = Muestra

KMO = Kaiser, Meyer y Olkin

WLSMV = Mínimos Cuadrados Robustos

% = Porcentaje

SPSS = Paquete Estadístico para Ciencias Sociales

Resumen

La investigación fue de diseño instrumental, siendo su objetivo principal adaptar la escala de Activación conductual para la depresión BADS en adultos peruanos LGTBI con síntomas depresivos. La muestra estuvo conformada por 203 personas de condición LGTBI (de 18 a 65 años). La evaluación se realizó mediante una encuesta virtual de 25 ítems. Se determinó valores adecuados en las evidencias de validez de contenido a través de jueces expertos y experienciales con puntuaciones óptimas en la V-Aiken $>.80$. Se obtuvo un modelo respecificado de segundo orden de 9 ítems en 2 dimensiones, con valores óptimos en los índices de bondad de ajuste por medio del AFC (CFI = .983; TLI = .977) y en los errores (SRMR = .014; RMSEA = .044; AIC = 74). Se realizó las evidencias de validez basada en la convergencia con la escala hospitalaria de ansiedad y depresión mediante el análisis factorial confirmatorio, presentando relación directa con una puntuación (.920). La confiabilidad mediante la consistencia interna (α , ω) presento óptimos valores ($>.70$). En conclusión, las primeras evidencias psicométricas de la escala de activación conductual para la depresión (BADS) en adultos peruanos LGTBI evidencia óptimos resultados para un modelo respecificado coherente con el modelo teórico.

Palabras Claves: Activación Conductual, Evidencias psicométricas, LGTBI, Depresión, Análisis Factorial Confirmatorio.

Abstract

The research was instrumental in design, its main objective being to adapt the BADS Behavioral Activation Scale for Depression in LGBTI Peruvian adults with depressive symptoms. The sample consisted of 203 people of LGTBI condition (from 18 to 65 years old). The evaluation was carried out through a virtual survey of 25 items. Adequate values were determined in the content validity evidences through expert and experiential judges with optimal scores on the V-Aiken > .80. A respecified second order model of 9 items in 2 dimensions was obtained, with optimal values in the goodness of fit indices by means of the CFA (CFI = .983; TLI = .977) and in the errors (SRMR = .014; RMSEA = .044; AIC = 74). Evidence of validity based on convergence with the hospital anxiety and depression scale was performed using confirmatory factor analysis, presenting a direct relationship with a score (.920). Reliability through internal consistency (α , ω) presented optimal values (> .70). In conclusion, the first psychometric evidence of the Behavioral Activation Depression Scale (BADS) in LGBTI Peruvian adults shows optimal results for a respecified model consistent with the theoretical model.

Keywords: Behavioral Activation, Psychometric Evidence, LGTBI, Depression, Confirmatory Factor Analysis.

I. INTRODUCCIÓN

La homosexualidad ha sido documentada en diferentes culturas y épocas históricas (National Institutes of Health, 2011). Un antecedente controversial fue la psicopatologización de la homosexualidad en los principales manuales diagnósticos como en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM II y III entre 1973 a 1980, el cual fue formulada bajo juicios de valor sobre la heterosexualidad, en lugar de una disputa objetiva de la homosexualidad (Spitzer, 1981). Que posteriormente fue excluida del DSM debido a que las investigaciones no encontraron relación entre la orientación sexual y la psicopatología, ya que son aspectos normales de la sexualidad humana (American Psychology Association [APA], 2019).

Actualmente, existen poblaciones minoritarias de lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex que son reconocidas bajo el término de personas LGBTI (Naciones Unidas de los derechos Humanos [ONU], 2019). A nivel mundial en diferentes países y sobre todo en Estados Unidos, Reino Unido e Inglaterra se han propiciado constantes avances en esta población minoritaria, como en (a) la protección frente a la discriminación; (b) reconocimiento de familias LGBTI; (c) protección frente al odio; (d) Ambiente escolar más seguro y aceptable; (e) aceptación social (Government Equalities Office, 2018; Movement Advancement Project [MAP], 2009). Sin embargo, a pesar de los avances legislativos en algunos países, aún se evidencia poca aceptación social hacia las personas LGBTI, y propiciando diferencias sociales, económicas y de salud; conllevando a la lucha contra la pobreza, aislamiento social y mayor riesgo de problemas de salud mental (Elliott, 2016). Uno de esos problemas psicológicos es la depresión que está catalogada como una de las principales causas de discapacidad y suicidios en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Las personas LGBTI no son ajenas a ella, debido a que existen evidencias que los hombres homosexuales tienen más probabilidades de presentar depresión que los hombres heterosexuales, además, siendo la depresión un factor de riesgo para propiciar conductas suicidas (Lejuez, Hopko & Hopko, 2017). La conducta suicida originada por la depresión acarrea el aumento de conductas de riesgo en

población LGBTI, como: abuso de alcohol y drogas, nulo o uso inadecuado del preservativo contra la enfermedad infecciosa del VIH (Cox, 2012; Ferlatte, Dulai, Hottes, Trussler & Marchand, 2015). Posibles causas a ello serían la homofobia, la no aceptación de la familia y de la condición homosexual, discriminación y estigmas sociales (Haas et al., 2010; Plöderl, Häusermann & Weiss, 2015).

A nivel mundial, aún no existe un porcentaje global de las personas LGBTI, solo se cuenta con estadísticas por países en comparación a su población total. En los Estados Unidos son un 4.5 % (The Williams Institute, 2016). En Europa (5,9%), en Alemania un 7,4%, en España (6,9%), en Reino Unido (6,5%), en Países Bajos (6,4%) y (5,4%) en Francia (Dalia Research, 2016). En el Perú el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2017) informó que 12, 026 personas LGBTI entre 18 a 29 años de edad respondieron la encuesta general, dilucidando una serie de problemáticas como (12%) sufrió discriminación en el trabajo, (39,2%) no asiste a la escuela y (2.7%) fue violentado por su género. Además, los principales agresores son los compañeros de la escuela (55,8%), y la propia familia (28%).

Debido a estos problemas psicosociales que son ejercidos contra las personas LGBTI, es importante realizar mayores investigaciones en dicha población, dado que el avance en la psicología es beneficiar a la sociedad y mejorar la vida de las personas (APA, 2019). Estas mejoras podrían darse también desde la psicometría, al realizar o revisar instrumentos más precisos, por ello, Kanter, Rusch, Busch y Sedivy (2008), construyeron la escala de activación conductual para la depresión (BADS, en adelante), que hasta la fecha ha evidenciado adecuados valores psicométricos en todas las revisiones realizadas en diferentes partes del mundo (Wagener, Van der Linden & Blairy, 2015; Teismann, Ertle, Furka, Willutzki & Hoyer, 2015; Manos, Kanter & Luo, 2014; Ji-Hye, Na-Ri, Yun-Ji, Eun-Byeol, Kee-Hong & Ho-Jun, 2017; González-Roz, Secades-Villa & Muñoz, 2018; Fuhr, Hautzinger, Krisch, Berking & Ebert, 2016).

La escala ha favorecido a diferentes tipos de problemática, como, por ejemplo, a la detección temprana o seguimiento psicoterapéutico de la depresión, sin embargo, aún no se ha realizado ninguna revisión de la escala en población LGBTI a nivel mundial y/o nacional (Registro Nacional de Trabajos de Investigación [RENATI], 2019).

Ante lo argumentado, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS) en adultos peruanos LGTBI con síntomas depresivos?

La investigación a nivel teórico, ya que el estudio proporcionará a otros investigadores o público en general mayores explicaciones sobre el constructo activación conductual para la depresión. Además, la investigación contribuye de manera práctica a los psicólogos clínicos, brindando una escala adaptada, válida y confiable para ser aplicada en poblaciones LGTBI. A su vez posee relevancia social, puesto a que, en las últimas décadas se ha evidenciado consecuencias de violencia contra las personas LGTBI, y en este sentido la investigación se orienta a generar estrategias y programas de ayuda y prevención con el fin de cooperar al desarrollo e igualdad de derechos. Por último, la investigación contribuye de manera metodológica, debido a que se ha revisado la escala bajo estándares y directrices de la comisión internacional de los test.

Es por esta razón, el objetivo principal fue determinar las propiedades psicométricas de la escala de Activación Conductual para la depresión (BADS) en adultos LGTBI con síntomas depresivos. Del mismo, se tiene como objetivos específicos:

Adaptar lingüísticamente la Escala de Activación Conductual para la depresión (BADS) empleando el método directo e inverso.

Obtener las evidencias de validez relacionadas al contenido de la Activación Conductual para la depresión (BADS) mediante jueces expertos y experienciales.

Obtener evidencias relacionadas a la estructura interna de la escala a través del análisis factorial confirmatorio.

Obtener evidencias de validez relacionadas a la convergencia.

Obtener evidencias de confiabilidad por el método de consistencia interna a través de los coeficientes alfa y Omega.

Realizar Baremos según género de la escala BADS.

II. MARCO TEÓRICO

Debido a la problemática anteriormente explicada, la variable en estudio ha presentado investigaciones en diferentes contextos y participantes, solo a nivel internacional. Por ejemplo:

En España, González-Roz et al. (2018) realizaron una investigación instrumental, donde el objetivo fue revisar la validez y confiabilidad de las puntuaciones de la escala. La muestra estuvo conformada por 169 fumadores deprimidos, siendo el 72,29% mujeres y 27.01 % hombres. Los resultados mediante un AFE extrajeron dos factores (activación y evitación), con una varianza explicada de 54,9% y 26,2%, asimismo un modelo adecuado (GFI=.99; CFI = .98; RMSR = .06; RMSEA = .07). Además, se evidenció una relación positiva entre la Escala de Activación conductual para la depresión- forma corta e Inventario de depresión de Beck II, Escala de observación de recompensa ambiental y la Prueba de Fagerstrom para la dependencia de la nicotina. Por último, la fiabilidad de las puntuaciones de la escala bajo el método de consistencia interna por los coeficientes de Omega y Alfa fueron aceptables para Activación y Evitación ($\omega = .85$, $\alpha = .82$; $\omega = .70$, $\alpha = .66$). Todos los ítems mostraron cargas factoriales superiores a .40.

En Korea, Ji-Hye et al. (2017) realizaron una investigación instrumental, con el propósito de evaluar la validez y confiabilidad de la versión coreana K-BADS. La muestra estuvo constituida por 196 pacientes ambulatorios entre los 45 a 17 años de edad. Asimismo, 109 mujeres representaron al total de participantes. Los resultados concluyeron que la existencia de 4 factores el cual las correlaciones ítems-test fueron superiores a .28. Además, las puntuaciones de la escala mostraron relaciones con las puntuaciones de otras variables, el K-BADS se correlacionó con las puntuaciones de depresión del HADS ($r = .69$) y ansiedad ($r = .68$). Por último, la fiabilidad de las puntuaciones de la escala bajo el método de consistencia interna por el coeficiente Alfa fue aceptables ($\alpha = .84$).

En Alemania, Fuhr et al. (2016) realizaron una investigación instrumental, siendo su objetivo revisar la validez y confiabilidad de los factores de dicha escala. La muestra estuvo compuesta por 258 participantes, en las cuales 220 tenían

mayor episodio depresivo, la edad promedio fue de 44 años. Los resultados descriptivos de asimetría de -1.78 a -.02 y la kurtosis de -1.54 a 1.74, concluyen que no presentan distribución normal. Por otro lado, en las evidencias de validez de constructo los resultados mostraron que se realizó el análisis factorial confirmatorio (AFC) usando el método de máxima verosimilitud, el índice de ajuste mostró modelos aceptables, lo cual indica resultados significativos $\chi^2 (269) = 789.93$, $p < .001$ y el RMSEA de 0.087, CFI = .96 y el índice de ajuste fue de 0.759. Por último, la fiabilidad de las puntuaciones de la escala bajo el método de consistencia interna por el coeficiente Alfa fue aceptable entre .70 y .86.

En Francia, Wagener et al. (2015) realizaron una investigación instrumental, cuyo objetivo fue presentar la versión francesa de la escala BADS-SF. La muestra estuvo compuesta por 504 adultos de la población general (375 mujeres; 129 varones) entre 18 y 69 años de edad, no clínicos. Por otro lado, los resultados muestran que para los primeros 252 participantes la asimetría varió de -0.84 a -0.15 y que la kurtosis varió de -0.74 a -0.33, lo cual indica que no hubo una desviación de la normalidad y la prueba de esfericidad de Bartlett fueron adecuados para el análisis factorial (KMO = 0.84 y Bartlett's $\chi^2 = 765.20$, $pb < 0.0001$) y para los otros 252 participantes los resultados muestran que la estructura factorial del BADS -SF tiene un óptimo ajuste ($\chi^2 = 17.58$, $df = 13$, RMSEA = .03, SRMR = .04, ECVI = .19, GFI = .99, AGFI = .99, NNFI = .99, CFI = .99). Además, las puntuaciones de la escala mostraron relaciones con las puntuaciones de otras variables, el BADS-SF se correlacionó inversamente con las puntuaciones del BDI-II ($r = .69$), el Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos ($r = .71$) y Sistema de inhibición conductual / Escala del sistema de activación conductual ($r = .41$). Por último, la fiabilidad de las puntuaciones de la escala bajo el método de consistencia interna por el coeficiente Alfa fue aceptables, en el total ($\alpha = .81$) y por dimensiones activación y evitación ($\alpha = .85 - .75$), respectivamente.

En Alemania, Teismann et al. (2015) realizaron una investigación instrumental, con el objetivo de evaluar las propiedades psicométricas en la versión alemana de la escala. Por otro lado, la muestra estuvo compuesta por 371 participantes estudiantes. Los resultados tuvieron buenos índices de ajustes ($\chi^2 = 879.652$; $df = 268$; $p < 0.001$, RMSEA = .07, SRMR = .081, CFI = .82) lo que indica

un ajuste moderado. Además, los ítems presentan cargas factoriales aceptables mayores a .16. Además, las puntuaciones de la escala mostraron relaciones con las puntuaciones de otras variables, el BADS-SF se correlacionó con las puntuaciones del BDI-II ($r = .53$), Inventario de ansiedad de Beck ($r = .43$), Escala de pensamiento perseverante ($r = .46$), Cuestionario de estilos de respuesta: escala de rumia ($r = .23$), Escala de distracción del cuestionario de estilos de respuesta ($r = .21$) y Escala de atención plena y conciencia ($r = .37$). Por último, la fiabilidad de las puntuaciones de la escala bajo el método de consistencia interna por el coeficiente Alfa fue aceptables, en el total ($\alpha = .85$) y por dimensiones: Activación, Evitación / Rumiación, Discapacidad laboral / escolar, Discapacidad social ($\alpha = 0.76, .79, .63, .81$), respectivamente.

En China, Li et al. (2014) realizaron una investigación instrumental, siendo su propósito evaluar las propiedades psicométricas de la escala BADS en el refuerzo positivo. Por otro lado, la muestra estuvo conformada por 480 estudiantes universitarios, se excluyeron a los participantes que no completaron los cuestionarios, siendo la muestra total fue de 440 estudiantes de ambos sexos. Los resultados del análisis ESEM indicaron que el modelo tiene un buen ajuste ($\chi^2 = .101$, $p < .001$, $RMSEA = .05$, $SRMR = .03$, $CFI = .91$, $TLI = .87$). Por último, la fiabilidad de las puntuaciones de la escala bajo el método de consistencia interna por el coeficiente Alfa fue aceptables, en el total ($\alpha = .79$) y por dimensiones: Activación, Evitación / Rumiación, Discapacidad laboral / escolar, Discapacidad social (.79, .73, .60 y .76.); respectivamente.

Los resultados de las investigaciones mencionadas guardan explicación en un marco teórico sólido, como es la teoría de la conducta. Para ello, se pasará a explicar cronológicamente el desarrollo de la Activación Conductual, desde sus inicios hasta hoy en día.

Skinner (1951) refirió que la conducta en el ser humano está relacionada con el ambiente externo, por lo tanto, estas variables están presentes fuera de nuestro organismo. De acuerdo a determinados estímulos externos que afectan a nuestro comportamiento o conducta, estos van a moldear y reforzarnos, pero a su vez harán que seamos capaces de controlarlo. Para Skinner (1965) era de suma importancia reconocer las variables externas porque estas moldean y refuerzan las conductas

ya sea por medio de un reforzamiento positivo o negativo, sin embargo, todas estas acciones también son necesarias para modificar actitudes influyentes del medio externo. Es por esa razón que Skinner enfatizó que, durante el ejercicio de condicionamiento, es necesario conocer los aspectos o hechos externos y condiciones que están influenciando o reforzando al individuo, en las cuales son llamados también programas de reforzamiento (Skinner, 1965).

El aprendizaje opera bajo cuatro aspectos operantes, como el (a) reforzamiento positivo que es un estímulo que tiene relación directa con la conducta, es decir al instaurarse un determinado estímulo después de una conducta realizada, esta ayuda a que aumente de manera frecuente o mantener dicho comportamiento a futuro (Skinner, 1981); (b) el reforzamiento negativo que es un estímulo aversivo, que ocurre cuando se quiere evitar o quitar un estímulo negativo de manera que esta no se dé o repita a futuro, ya que la evitación viene a ser un conducta negativa que se refuerza a través de la eliminación de situaciones emocionales que son aversivas para el individuo (Skinner, 1981); (c) el castigo que ocurre cuando algún estímulo luego de una conducta dada, este disminuye la frecuencia de determinado comportamiento a futuro. Si la evitación de un impulso o estímulo aumenta o se refuerza negativamente ciertas conductas o su presentación puede llevar a la disminución de la conducta por medio del castigo, lo cual sería llamado también estímulo aversivo (Skinner, 1981); (d) el estímulo discriminativo que es la conducta operante está relacionada con el estímulo discriminativo que tiene relación con el ambiente y lo vivido anteriormente por el individuo (Skinner, 1981); (e) la extinción que suele ocurrir cuando la continuidad de un comportamiento declina o desciende luego de una consecuencia para que una determinada conducta se haya apartado, y esto son los resultados de constantes refuerzos positivos ya que no ha sido deprimida sino extinguida (Skinner, 1981). Años después, estas consecuencias del aprendizaje sirvieron para la aplicación en el área clínica.

Después de los postulados del conductismo radical de Skinner en 1951, por primera vez se explicó la función de la depresión, el cual se caracterizaba por la reducción de ciertas actividades y el aumento de otros (Ferster, 1973). Sus prácticas estuvieron orientadas hacia la explicación de la huida y la evitación,

indicando que las personas con depresión no suelen realizar actividades placenteras con frecuencia y si las realiza podría deberse a conductas que tienen como objetivo deshacerse de sentimientos aversivos, de ese modo no reforzándose positivamente sino negativamente (Ferster, 1973). Además, Ferster (1973) señaló que las contingencias de la conducta se desarrollan de acuerdo a un contexto específico y viéndose reforzada por sus consecuencias. Es importante señalar que Ferster dio un marco conductual analítico sólido que sirvió de base a lo que hoy conocemos como activación conductual.

Un año después, estos postulados de Ferster tendrían concordancia con los postulados de Lewinsohn (1974) que conceptualiza por primera vez a la depresión como consecuencia de la disminución o falta de refuerzo positivo en el individuo. Lo que sería llamado respuesta contingente, que significa que los refuerzos dependerían de las acciones de la persona (Lewinsohn, 1974).

De esa manera brindando una hipótesis que la depresión sería la disminución o carencia de refuerzos positivos que tienen vínculo con las recompensas particulares de cada individuo, cuando ello sucede se produce en mayor medida emociones desagradables o molestas que suele ser llamado disforia, entonces cobran predominancia solo los acontecimientos negativos que reducen la probabilidad que la persona se adapte de una manera adecuada a su medio (Lewinsohn, Hoberman, Teri & Hautzinger, 1985).

La explicación y tratamiento de la depresión que brinda Lewinsohn ha tenido una influencia enorme en el desarrollo de otros teóricos que han brindado mayores explicaciones de la activación conductual, siendo uno de ellos Beck.

Los psicólogos Beck, Rush, Shaw & Emery (1979) editaron el libro terapia cognitiva de la depresión, que contenía 18 capítulos, en donde claramente predominaban las técnicas cognitivas sobre las técnicas conductuales. Sin embargo, brindaron formalmente las principales estrategias y masificación de la activación conductual a público en general (Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010). Según Beck et al. (1979) los casos más graves de depresión deberían comenzar con técnicas conductuales y no con las técnicas cognitivas, debido a que los pacientes con depresión se encuentran en un estado de confusión e

incapacidad de poder reformular algunas alternativas de solución a sus problemas desde el pensamiento. La terapia cognitiva formalizó las prácticas y métodos de monitorización y planificación de actividades que la persona con depresión debería de hacer para poder modificar a través de la conducta los pensamientos (Beck et al., 1979).

Es importante señalar que la activación conductual difiere de la terapia cognitiva, en el sentido que esta segunda se enfoca en el cambio de pensamiento que originaría el cambio conductual y las demás áreas de la persona, en cambio desde la activación conductual la explicación y tratamiento se enfoca en reforzar aquellas conductas agradables que refuerzan a la persona de forma positiva, de esa manera generando un cambio en el pensamiento y emoción (Martell et al., 2010).

Después del éxito de la eficacia de las terapias cognitivas sobre los distintos trastornos psicológicos y/o psiquiátricos, llegaron los psicólogos estadounidenses (Jacobson, Martell & Dimidjian, 1996; Jacobson et al., 2006) e investigaron los diferentes paquetes de técnicas psicológicas de corte cognitivo conductual que el libro "Psicoterapia cognitiva para la depresión" ofrecía para tales casos; realizando la investigación llamada "Análisis de componentes", se dividió en tres grupos a personas con diagnóstico de depresión mayor, al primer grupo se le aplicó todo el paquete completo de la terapia cognitiva de Beck y colaboradores; al segundo grupo se aplicó solo el capítulo siete del libro llamada "técnicas conductuales" y al último grupo se aplicó un fármaco placebo (pastillas de azúcar); las conclusiones fueron las siguientes: el placebo producido por el fármaco había dado resultados nulos en los pacientes; a diferencia de los dos tratamientos, que fueron eficaces, sin embargo, el capítulo siete de técnicas conductuales fue más eficiente que el paquete completo, asimismo, reportó menos índices de recaídas a corto y largo plazo por parte de los pacientes.

Entonces, tales resultados produjeron tres situaciones en la comunidad científica, la primera creó varios debates sobre la eficacia de la terapia cognitiva en los casos de depresión; la segunda, produjo el nacimiento de un nuevo paquete psicoterapéutico eficaz y eficiente para la depresión, llamada Activación conductual acuñado por Christopher Martell; y la tercera fue la reincorporación de los

conceptos brindados por teóricos conductuales anteriormente olvidados o eclipsados por la terapia cognitiva (Pérez, 2014).

De esta manera, se produjo toda una base teórica propia para la activación conductual, explicada desde el conductismo radical y el contextualismo funcional (Barraca & Pérez, 2015). La activación conductual (AC, en adelante) tiene su propia conceptualización sobre la depresión, que decae en principios de conductismo operante y análisis funcional de la conducta (Maero & Quintero, 2016).

Hoy en día existen dos modelos de AC, el primer modelo es de Martell y el segundo modelo breve producido por Lejuez, las diferencias entre ellas son mínimas, una de ellas es que es un tratamiento más breve que el Martell, debido a que puede producirse cambios en 12 sesiones, asimismo, introduce técnicas de atención plena y las actividades que se realizan están dirigidas a conectar a las personas con los valores bajo los procedimientos de modificación de conducta (Lejuez, Hopko & Hopko, 2001).

Por otro lado, Martell et al. (2010) refiere que es un tratamiento que puede llevar entre 18 a 24 sesiones y se enfatiza más en los procedimientos del aprendizaje estrictamente operantes. Sin embargo, los dos modelos trabajan bajo la explicación que el análisis funcional de la conducta, basándose en técnicas de atención plena, registro de actividades, monitorización de las emociones y del desarrollo de las habilidades sociales, todo esto enmarcado dentro del aprendizaje operante, debido a que la persona depresiva evidencia una disminución de los refuerzos positivos y un aumento de los refuerzos negativos, asimismo de conductas de evitación hacia situaciones que antes le producían agrado.

Estas dos vertientes de la AC trabajan bajo un solo modelo que se suele presentar al cliente o paciente (Lejuez et al., Hopko & Hopko, 2001; Martell et al., 2010). Para Pérez (2014) el primer recuadro da lugar a la situación actual del paciente “que sucedió”, son situaciones identificables en la vida del paciente.

En conclusión, para la Activación Conductual la depresión se manifiesta como una situación donde uno se encuentra y no como una condición interna regulada por aspectos neuroquímicos o alguna esquema depresógeno, es decir, es la persona la que se encuentra dentro de situaciones depresivas (Pérez, 2014).

III. MÉTODO

3.1. Tipo y Diseño de Investigación

Los aspectos metodológicos de la investigación, se desarrollaron bajo el tipo de investigación no experimental y de tipo transversal, ya que en la investigación no se manipuló directamente la variable, asimismo, desarrollándose en un tiempo de específico. Por último, la investigación es de nivel básica, puesto que buscó explicar, detallar y expandir el conocimiento de dicho constructo (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Por otro lado, el diseño del estudio es instrumental, ya que se revisará y se evidenciará resultados psicométricos obtenidos de dicha escala en una población determinada (Ato, López & Benavente, 2013).

3.2. Variable y operacionalización

La variable Activación Conductual para la Depresión estuvo en una categoría cuantitativa. Por otro lado, una variable, constructo, variable latente es un fenómeno psicológico no observable y que es medible solo a través de la conducta, para su posterior cuantificación (McCoach, Gable & Madura, 2013). Por otro lado, la operacionalización de la variable es un proceso que permitió la descomposición de una variable latente o constructo para su posterior cuantificación (Bologna, 2010).

Todo el proceso de la operacionalización de la variable de activación conductual se encuentra en anexo (ver figura 3), dado que la creación de una tabla se justifica y se entiende por si sola, sin la necesidad de descomponer y redactar sus partes (APA, 2020).

3.3. Población (criterios de selección), muestra, muestreo y unidad de análisis

La población es el conjunto total de casos en las cuales poseen o coinciden los participantes con características específicas (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Por consiguiente, la población estuvo compuesta aproximadamente por 12,026 adultos peruanos LGBTI (INEI, 2017).

Por todo ello, con la finalidad de cumplir con los objetivos, se ha realizado una descripción sobre los criterios de inclusión y exclusión, que serán requisito indispensable para la participación de cada individuo en la prueba piloto y muestra final.

tabla 1

Criterios de selección de los participantes

Etiquetas	C.I.	C.E.
Mayor de 18 años	X	
Nacionalidad peruana	X	
Identificarse con la población LGTBI	X	
Disponibilidad de colaboración	X	
Personas con cualquier tipo de religión	X	
Con o sin diagnóstico de VIH		
Personas Heterosexuales		X
No tener enfermedad terminal		X
No presentar enfermedades degenerativas		X
No gestantes		X
Personas que se nieguen a firmar sin autorización		X
Nacionalidad extranjera		X
Menores de edad		X
Fase Sida		X

Nota: C. I.= criterio de inclusión; C.E.= criterio exclusión

Por otro lado, para Hernández-Sampieri & Mendoza (2018) refirieron que la muestra es un subgrupo de una población de interés, mediante el cual se recogen datos, la muestra tiene que definirse y delimitarse con precisión, asimismo es una parte representativa de la población. Por consiguiente, la muestra de investigación se compuso por medio de 250 personas adultas con depresión y de condición LGBTI.

Para ello, la investigación estuvo conformada mediante el muestreo no probabilístico intencional, debido a que la selección de los participantes se debió a la disposición de los mismos. Además, este tipo de muestreo se caracterizó por obtener muestras representativas por medio de la selección directa o intencionada del investigador (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En la investigación se hizo uso de la técnica, que tiene como nombre focus group, que permitió conocer la claridad de los ítems por medio de los jueces experienciales, lo cual permitió modificar algunas palabras de los ítems, con el fin

evaluar con menos margen de error (Internacional Testing Commission [ITC], 2017; AERA et al., 2014). Por otro lado, el instrumento usado fue una escala psicológica, el cual estuvo representado por preguntas sistemáticas que permitieron examinar o determinar la presencia de algún fenómeno psicológico por medio de la cuantificación (AERA., 2014).

Asimismo, dicho cuestionario está conformado por un conjunto de preguntas lo que cual va a permitir la recolección de datos que son de interés para la investigación, además muestra respuestas establecidas con la finalidad que cada participante pueda seleccionar lo conveniente. además, un cuestionario que describe a grupos de participantes también se le denomina encuesta (Montero & León, 2007).

Tabla 2

Descripción general de la escala

Características	Descripción de la Escala
	BADS
Título	Escala de Activación Conductual para la Depresión
Autores	Kanter, Ruch, Busch, y Sedivy (2008)
Año	2008
País de Origen	EE.UU.
Dimensiones	Activación, Evitación, Discapacidad laboral/Escolar, Discapacidad social
Ítems	25
Tipo de respuesta	Likert
Validez	CFI, TLI >.90
(AFC)	RMSEA Y RMSR <.08
Confiabilidad α y/o ω	$\alpha = >.70$

Nota: BADS = Behavioral Activation for Depression Scale; ω = Coeficiente Omega; α = Coeficiente Alfa; AFC = Análisis Factorial Confirmatorio; CFI = Índice de Ajuste Comparativo, TLI = Índice de Tucker Lewis; RMSEA = Error Cuadrático Medio de Aproximación; RMSR = Residuos de la Media Cuadrática.

Se hizo uso de la Escala de activación conductual para la depresión, que estuvo compuesta por 25 ítems, la cual está dirigida para adultos peruanos de condición LGTBI entre las edades de 18 a 65 años. Consta de 4 dimensiones (Activación, Evitación, Discapacidad Laboral/Escolar, Discapacidad Social), con opciones de respuesta de tipo Likert como: Para nada, Un poco, Mucho, Completamente (Kanter, Rusch, Busch y Sedivy, 2008), la duración de la prueba

es de aproximadamente 10 minutos. Además, en las evidencias relacionadas a la estructura interna se realizó mediante el análisis factorial confirmatorio, teniendo resultados dentro de los esperado χ^2 (df = 270) = 621.57, $p < .001$; TLI=.804; CFI=.823; RMSEA=.082, 90% =.074, .091; SRMR=0.10. Por último, también demostró tener una buena consistencia interna en la escala total con una puntuación de $\alpha = .92$ y para las sub escalas de activación $\alpha = .84$, evitación $\alpha = .82$, Discapacidad laboral/escolar $\alpha = .75$ y Discapacidad social $\alpha = .85$ (Kanter et al., 2008).

3.5. Procedimiento

El recojo y análisis de toda la literatura, se dio bajo la revisión de las principales bases de datos, como lo son: APA psyNET, Scopus, Web of Science, Taylor & Francis, While Y Sage Journal. Por otro lado, para la manipulación indirecta de la variable, la investigación efectuó los procesos y técnicas de traducción y adaptación de la Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADSD), guiándose de las directrices internacionales, que permitieron la adaptación de la escala. El proceso de adaptación es un cambio en la estructura, las puntuaciones y los ítems de la escala; a otro tipo de cultura, nivel educativo, tipo de lenguaje, raza o nivel socioeconómico; con el fin de aminorar el margen de error y sin afectar la medición de la variable que se pretende medir (AERA et al., 2014; ITC, 2017). De acuerdo a ello, se pasó a conocer los principales procedimientos de registrar en la investigación.

Por otro lado, para reclutar la muestra principal, se hizo uso de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria, ya que la evaluación de la muestra solo fue a participantes que obtuvieron una presunción diagnóstica de depresión hospitalaria mayor a 8 puntos (ver anexo 18).

En primer lugar, se procedió a la traducir la escala. El proceso de traducir es modificar el idioma original al idioma español. Para ello, se hizo uso del método directo, cuya conversión será del inglés al español; por otro lado, el método inverso, que es la traducción del español al inglés (Muñiz, Elousa & Hambleton, 2013). Que sirvieron para configurar la traducción cultural de la escala, que es la equivalencia lingüística de los ítems a una población específica (AERA., 2014).

En segundo lugar, cuando los análisis de traducción terminaron, el siguiente proceso fue el análisis por jueces expertos en el tema de depresión, para ello se reclutó a seis jueces que evaluaron si los ítems presentaban claridad, pertinencia y relevancia (AERA et al., 2014).

En tercer lugar, en la evaluación del piloto se reclutó a 30 participantes, que permitió conocer la validez y confiabilidad del instrumento por medio del programa estadístico Jasp, donde se hizo efecto el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) a la estructura interna de la escala; por otro lado, los resultados de la confiabilidad de manera general y por dimensiones, se usó el coeficiente Omega para conocer la estabilidad de las puntuaciones del test por medio de las cargas factoriales (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza & Tomás-Marco, 2014).

Por último, se realizó la encuesta de manera virtual, el cual estuvo conformado por las siguientes partes: Presentación del estudio, criterios de inclusión, objetivos de la investigación, consentimiento informado y escala a evaluar. Cabe destacar que a todos los participantes de la muestra accedieron con un sí al documento llamado consentimiento informado, donde se detalló con precisión los objetivos de la investigación (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

3.6. Métodos de análisis de datos

Los análisis descriptivos se ocuparon de organizar, representar y reducir los datos de la muestra, por ello, su uso se realizó con los datos sociodemográficos de la misma, por medio de medidas de tendencia central como (*M*) Mediana, (*Mo*) Moda y (*f*) Frecuencia (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Por otro lado, la evaluación de la compatibilidad de las traducciones directa e indirecta se analizaron por medio de las equivalencias: semántica, que evaluó si las palabras tienen el mismo significado; idiomática, que evaluó la existencia de alguna palabra de difícil comprensión para posteriormente será cambiada a una de más fácil comprensión; experiencial, que evaluó si un artículo es aplicable al idioma de conveniencia, si no es así, para su posible cambio; y conceptual, que evaluó si algún término o expresión mide de igual modo en los dos distintos idiomas, si no fuera así, se procedió a su análisis y modificación, con el fin de no alterar la medición de la variable (Callegaro, Figueiredo & Ruschel, 2012), los análisis se

rigieron por el consenso de los especialistas, de esa manera proporcionando una descripción cualitativa del proceso de los jueces, para que finalmente elijan la mejor opción sin afectar la medición de la variable (Hambleton, Merenda & Spielberger, 2004).

Después, para medir el resultado de los cinco jueces expertos se usó el índice de V de Aiken, el cual permitió evaluar la relevancia y pertinencia de los ítems en relación a su constructo, considerando no solo el número de categorías, sino también la cantidad de expertos a evaluarla; y cuyo punto de corte es favorable cuando son valores $>.08$, es decir, más cercano a 1 (Aiken, 1980).

Posterior a ello, se llevó a cabo el análisis descriptivo de todos los ítems, analizados bajo la Asimetría y Kurtosis (George & Mallery, 2003) cuyo punto de corte para conocer si los datos poseen una distribución normal univariada es entre el rango ± 1.5 realizada por media del programa SPSS25.

Por otro lado, para evidenciar un modelo, primero se tuvo que cumplir con estos pasos: especificación, identificación, estimación, evaluación y respecificación (Medrano & Muñoz-Navarro, 2017). Después de ello, para conocer las evidencias de validez de estructura interna se realizó el análisis factorial confirmatorio, que es un método de probar hipótesis a priori en el sentido de que las relaciones entre un conjunto de variables observadas se deben a un conjunto particular de variables no observadas (AERA et al., 2014), que se hará por el método de Satorra-Bentler el cual es un método menos restrictivo y para variables ordinales (Brown, 2015).

Después, el resultado del modelo propuesto fue por medio de los diferentes índices de bondad de ajuste (CFI) índice de ajuste comparativo, (TLI) índice de Tucker-Lewis, (GFI) índice de buen ajuste (RMSEA) error de aproximación cuadrático medio (RMR) e índice de error cuadrático medio (Escobedo et al., 2015). Cuyo punto de corte para CFI y TLI serán $>.90$ y para los errores RMSEA y RMR serán $<.08$ (Hu & Bentler, 1999).

Por último, la confiabilidad de las puntuaciones del instrumento, son el grado en que la teoría y la evidencia empírica apoyan la estabilidad de las puntuaciones de la prueba para un uso específico (AERA et al., 2014), que se realizó por el método de consistencia interna, que es el grado de interrelación u homogeneidad

entre los ítems en una prueba, de modo que sean consistentes entre sí y midan lo mismo (AERA et al., 2014), cuyo resultado se evaluó por el coeficiente de Omega, que trabaja mediante las cargas factoriales que son en conclusión la suma total de las variables estandarizadas y cuyo punto de corte es $>.70$ (Ventura-León, 2017).

3.7. Aspectos éticos

La ética profesional está compuesta por un conjunto principios, normas y valores que se deben tener en consideración en la realización de la investigación ya sea a nivel nacional o internacional (Colegio de Psicólogos del Perú [CPP], 2017). Además, todo investigador debe tener presente que, al realizar alguna investigación en individuos, se debe de contar con el consentimiento y/o autorización de cada sujeto a fin de asegurar su bienestar. Por lo tanto, al poner en práctica estos aspectos éticos, se procedió a obtener los permisos pertinentes que son los siguientes: consentimiento de los autores para el uso de las escalas, aprobación de cada uno de los participantes para la aplicación del cuestionario. Por otro lado, se respetó la identificación y privacidad de domicilio de cada participante, por el cual no recolecto los datos personales de los sujetos. No obstante, solo se recolecto datos sociodemográficos como: la edad, sexo y ocupación (CPP, 2017).

IV. RESULTADOS

En la tabla 3, se evidencia el proceso de traducción de los ítems, donde se considera las diferencias culturales y lingüísticas (Siceri & Faulkner-Bond; 2014), mediante los dos métodos de traducción (Directo e Inverso), se observa que no existen diferencias al momento de contrartraducir, y se encontraron equivalencias a pesar de estar en diferentes idiomas (ITC, 2017).

Tabla 3
Proceso de Traducción directa e inversa del BADS

N.º	Original	T. Directa	T. Inversa
1	I stayed in bed for too long even though I had things to do.	Me quedé en la cama demasiado tiempo aun sabiendo que tenía cosas por hacer	I stayed in bed for too long even though I had things to do.
2	There were certain things I needed to do that I didn't do.	Había ciertas cosas que tenía que a ver y no las hice	There were certain things I needed to do that I didn't do.
3	I am content with the amount and types of things I did.	Estoy contento/a por la cantidad y el tipo de cosas que hice	I am content with the amount and types of things I did.
4	I engaged in a wide and diverse array of activities.	Me comprometí con una amplia y diversa cantidad de actividades	I engaged in a wide and diverse array of activities.
5	I made good decisions about what type of activities.	Tomé buenas decisiones sobre el tipo de actividades y/o situaciones en las que me involucré	I made good decisions about what type of activities.
6	I was active, but did not accomplish any of my goals for the day.	Estuve activo/a, pero no cumplí ningún de mis objetivos del día	I was active, but did not accomplish any of my goals for the day.
7	I was an active person and accomplished the goals I set out to do.	Estuve activo/a y cumplí con los objetivos que me había fijado	I was an active person and accomplished the goals I set out to do.
8	Most of what I did was to escape from or avoid something unpleasant.	La mayor parte de las cosas que hice fue para escapar o evitar algo que me desagradaba	Most of what I did was to escape from or avoid something unpleasant.
9	I did things to avoid feeling sadness or other painful emotions.	Hice cosas para evitar sentirme triste o sentir otras emociones dolorosas	I did things to avoid feeling sadness or other painful emotions.
10	I tried not to think about certain thing.	Traté de no pensar en ciertas cosas	I tried not to think about certain thing.
11	I did things even though they were hard because they fit in with my long-term goals for myself.	Hice cosas a pesar de que fueron difíciles porque tenían que ver con mis objetivos a largo plazo	I did things even though they were hard because they fit in with my long-term goals for myself.
12	I did something that was hard to do but it was worth it.	Hice algo difícil pero que valía la pena hacerlo	I did something that was hard to do but it was worth it.
13	I spent a long time thinking over and over about my problems.	Perdí mucho tiempo pensando demasiado en mis problemas	I spent a long time thinking over and over about my problems.
14	I kept trying to think of ways to solve a problem but never tried any of the solutions.	Continué pensando sobre formas de solucionar un problema, pero nunca puse en práctica ninguna de las soluciones	I kept trying to think of ways to solve a problem but never tried any of the solutions.
15	I frequently spend time thinking about my past, people who have hurt me, mistakes I've made, and other bad things in my history.	Con frecuencia pierdo mi tiempo pensando sobre mi pasado, las personas que me han herido, los errores que he cometido, y otras cosas malas de mi vida	I frequently spend time thinking about my past, people who have hurt me, mistakes I've made, and other bad things in my history.
16	I did not see any of my friends.	No vi a ninguno de mis amigos	I did not see any of my friends.
17	I was withdrawn and quiet, even around people I know well.	Estuve retraído/a y callado/a, incluso con personas que conozco bien	I was withdrawn and quiet, even around people I know well.
18	I was not social, even though I had opportunities to be.	No fui sociable, a pesar de las oportunidades que tuve para serlo	I was not social, even though I had opportunities to be.
19	I pushed people away with my negativity.	Aleje a las personas con mi negatividad	I pushed people away with my negativity.
20	I did things to cut myself off from other people.	Hice cosas para aislarme de otras personas	I did things to cut myself off from other people.
21	I took time off of work/school/chores/responsibilities simply because I was too tired or didn't feel like going in.	Me tomé un tiempo libre del trabajo/escuela/tareas domésticas/responsabilidades simplemente porque estaba demasiado cansado/a o no tenía ganas asistir	I took time off of work/school/chores/responsibilities simply because I was too tired or didn't feel like going in.
22	My work/school/chores/responsibilities suffered because I was not as active as I needed to be.	Mi trabajo/tareas de la escuela/tareas domésticas/responsabilidades se vieron afectados porque no fui tan activo/a como tenía que serlo	My work/school/chores/responsibilities suffered because I was not as active as I needed to be.
23	I structured my day's activities.	Organicé mis actividades diarias	I structured my day's activities.
24	I only engaged in activities that would distract me from feeling bad.	Me comprometí solo con actividades que me evitaran hacerme sentir mal	I only engaged in activities that would distract me from feeling bad.
25	I began to feel badly when others around me expressed negative feelings or experiences	Comencé a sentirme mal cuando otros a mi alrededor expresaban sentimientos o experiencias negativas	I began to feel badly when others around me expressed negative feelings or experiences

Nota: T. Directa = Traducción directa; T. Inversa = Traducción Inversa

En la tabla 4 se observa que se logró que los ítems obtengan una equivalencia lingüística y cultural al contexto; y a la población donde fueron evaluadas y analizadas (Hambleton, 2018; Hambleton et al., 2004). Por último, los valores del coeficiente de la V-Aiken estuvieron por encima del $> .80$ (Aiken, 1985), ello concluye en que todos los ítems son válidos para ser representativos, relevantes y claros para el constructo a medir (ITC, 2017).

Tabla 4

Evidencias de validez basadas en el contenido de la prueba (n= 6)

Ítems	N ^a	D	1		2	V-Aiken	Acuerdos	Int.
			Per	Rele	Cla			
Estoy contento por la cantidad y el tipo de cosas que hice	3	I	.080	.080	.090	.800	100%	V
Me comprometí con diferentes tipos de actividades	4	I	.080	.080	1	.860	100%	V
Tomé buenas decisiones en las actividades y/o situaciones en las que me involucré	5	I	.080	.090	.080	.830	100%	V
Estuve activo y cumplí con los objetivos que me había propuesto	7	I	1	1	.080	.930	100%	V
Hice cosas a pesar de que fueron difíciles porque tenían que ver con mis objetivos a largo plazo	11	I	1	.090	.080	.900	100%	V
Hice algo difícil que valió la pena hacerlo	12	I	.080	.080	1	.860	100%	V
Organicé mis actividades diarias	23	I	.080	.080	.090	.800	100%	V
La mayor parte de las cosas que hice fue para escapar o evitar algo que me desagradaba	8	II	.080	.080	.090	.830	100%	V
Hice cosas para evitar sentirme triste o sentir otras emociones dolorosas	9	II	.090	1	.090	.930	100%	V
Estuve activo, pero no cumplí ningún de mis objetivos del día	6	II	.080	.080	.080	.800	100%	V
Traté de no pensar en mis problemas	10	II	.080	.080	1	.900	100%	V
Perdí mucho tiempo pensando demasiado en mis problemas	13	II	.080	1	1	.930	100%	V
Continué pensando sobre formas de solucionar un problema, pero nunca puse en práctica ninguna de las soluciones	14	II	.080	.080	.080	.800	100%	V
Con frecuencia pierdo mi tiempo pensando sobre mi pasado y las cosas malas de mi vida	15	II	.080	.080	1	.900	100%	V
Me comprometí solo con actividades que evitaran hacerme sentir mal	24	II	.090	.090	.090	.900	100%	V
Había ciertas cosas que tenía que hacer y no las hice	2	III	.080	.080	.090	.830	100%	V
Me quede en la cama demasiado tiempo aun sabiendo que tenía cosas por hacer	1	III	.080	1	1	.930	100%	V
Me tomé un tiempo libre de las responsabilidades diarias porque estaba demasiado cansado o no tenía ganas de asistir	21	III	.080	.090	.090	.860	100%	V
Mis actividades diarias se vieron afectados porque no fui tan activo como tenía que serlo	22	III	.080	.090	1	.900	100%	V
En las últimas semanas no vi a ninguno de mis amigos	16	IV	.090	.070	.090	.830	100%	V
Estuve aislado y callado, incluso con personas que conozco bien	17	IV	1	1	.080	.930	100%	V
No fui sociable, a pesar de las oportunidades que tuve para serlo	18	IV	.080	.080	.080	.800	100%	V
Aleje a las personas con mi negatividad	19	IV	.080	.090	1	.900	100%	V
Hice cosas para apartarme de otras personas	20	IV	1	1	1	1	100%	V
Comencé a sentirme mal cuando otros a mi alrededor expresaban sentimientos o experiencias negativas	25	IV	.080	.080	.090	.830	100%	V

Nota: n = muestra; N.^o = número de ítem; 1 = Jueces Expertos; 2 = Jueces Experienciales, Rele = Relevancia, Per = Pertinencia; Cla = Claridad; V = Valido; Int. = Interpretación; D = Dimensionalidad.

En la tabla 5, se observan las características más resaltantes de los datos descriptivos muestrales, el cual tuvo como objetivo de estudio para la investigación. La muestra estuvo conformada por personas de condición LGTBI (n = 203). La mayor presencia de participantes se encontró entre las edades de 25 a 54 años (54,2%), con un rango de edad de 38 años (M = 38,2), asimismo, la dispersión de los datos en edad fue pequeñas. Por otro lado, de acuerdo a la variable sexo, se encontraron que los participantes del sexo hombre tuvieron mayor participación en (74,4%), con una dispersión pequeña de los datos (DE = 0,438). Asimismo, los participantes de condición gay tuvieron mayor presencia muestral (43,8%) y con una dispersión mediana de los datos (DE = 1.08). Por otro lado, en la variable grado de instrucción, se encontraron mayores valores de participación en las personas con grado de superior completa (27,1%), con una dispersión mediana de los datos (DE = 1,72). por otro lado, los datos muestrales de la investigación, evidencian que en las personas de condición LGTBI en su mayoría no tiene hijos (90.1%). Por último, en el tiempo y espacio donde se recluto los datos de la muestra, en su mayoría los participantes contaban con un trabajo (55,7%) y con una dispersión pequeña de los datos (DE = 0,49).

Tabla 5

Análisis de las variables sociodemográficas (n = 203)

	f	%	M	Mo	DE
Edad					
18 a 24 años de edad	92	45.3 %			
25 a 54 años de edad	110	54.2 %	38.2	2	0.508
55 a 64 años de edad	1	0.5 %			
Sexo					
Hombre	151	74.4 %			
Mujer	52	25.6 %	-	1	0.438
Orientación sexual					
Lesbianas	30	14.8 %			
Gay	89	43.8 %			
Transexual	27	13.3 %	-	2	1.08
Bisexual	54	26.6 %			
Intersex	3	1.5 %			
Grado de instrucción					
Superior Completo	55	27.1 %			
Superior Incompleto	40	19.7 %			
Tec. Completo	22	10.8 %			
Tec. Incompleto	27	13.3 %	-	1	1.72
Sec. Completa	48	23.6 %			
Sec. Incompleta	8	3.9 %			
Primaria Completa	3	1.5 %			
Hijos					
Si	20	9.9 %			
No	183	90.1 %	-	2	.029
Campo laboral					
Con trabajo	113	55.7 %			
Sin trabajo	90	44.3 %	-	1	0.49

Nota: f = Frecuencias; % = Porcentaje; n = Muestra; M = Media; Mo = Moda; DE = Desviación Estándar

En la tabla 6, se observa el análisis de supuesto de normalidad univariada que tiene que cumplir la distribución de los datos para poder realizar el análisis factorial confirmatorio (Lloret-Segura et al., 2014; Medrano & Muñoz; 2017). Entonces, de acuerdo al modelo propuesto por la investigadora (modelo 5, ver tabla 7), se realizó los análisis preliminares de los ítems, el cual, el puntaje mínimo y máximo oscilo entre el 0 y 6, asimismo, el rango de respuesta producida por los participantes estuvo mayormente dirigida entre la opción 2, 3, 4 y 5 ($M = 2.55 - 4.32$), ello produjo que las distancias entre las respuestas fueran de alcance mediana ($DE = 1.538 - 2.116$). Por otro lado, según lo mencionado por Tabachnick & Fidell (2001) los valores de asimetría y curtosis de la destrucción de la presente investigación se encuentra dentro del rango de ± 1.5 , el cual se concluye que los datos de la muestra poseen distribución normal, asimismo, en los valores de ítems test y comunalidad todos los datos se encuentran por encima de los esperado. Por ende, se evidencian la distribución normal de los datos el cual posibilita realizar el análisis factorial confirmatorio (Ríos & Wells, 2014).

Tabla 6

Análisis preliminares de los ítems del modelo 5 (N = 203)

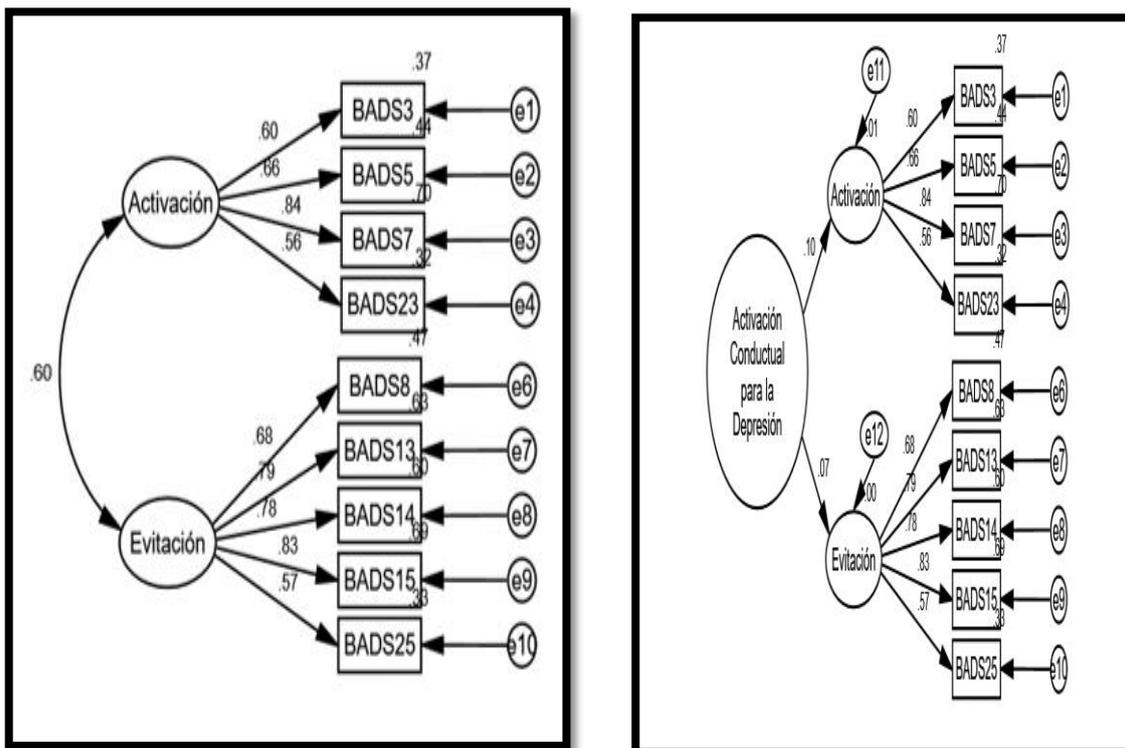
Ítems	Mín.	Máx.	M	DE	g ¹	g ²	rict	h ²
BADS3	0	6	4.32	1.656	-.685	-.444	.217	.540
BADS5	0	6	4.18	1.558	-.625	-.220	.209	.585
BADS7	0	6	4.21	1.538	-.583	-.456	.311	.713
BADS23	0	6	4.03	1.678	-.601	-.315	.192	.489
BADS8	0	6	2.93	2.073	.052	-1.26	.530	.599
BADS13	0	6	2.55	1.953	.272	-1.02	.563	.692
BADS14	0	6	2.72	1.876	.043	-1.01	.493	.686
BADS15	0	6	2.71	2.094	.159	-1.31	.623	.732
BADS25	0	6	2.70	2.116	.214	-1.23	.428	.463

Nota: Min. = Mínimo; Máx. = Máximo; M = Media; g¹ = Asimetría; g² = Curtosis. Rict = Items test; h² = Comunalidades

Evidencia de validez basadas en la estructura interna de la escala BADS por medio del análisis factorial confirmatorio de primer y segundo orden.

Figura 1

Modelos mediante el AFC de primer y segundo orden



En la tabla 7, se observan los diferentes modelos probados mediante análisis factorial confirmatorio en el programa Jamovi y AMOS. En primer lugar, se analizó dos modelos de estructura unidimensional, obteniendo valores de índices de bondad de ajuste inadecuados para el modelo de 25 ítems(M1), la respecificación (M2) de ello, conllevó a la eliminación de 12 ítems, el cual presentaban cargas factoriales muy bajas (<.30), el cual produjo un modelo aceptable, sin embargo, al ser la depresión por activación conductual una variable muy compleja de medir, dada las diferentes interacciones de subvariables que se relacionan (Kanter et al., 2008), se optó por realizar análisis de modelos que poseen estructura multidimensional. Los resultados del modelo original (M3) de 25 ítems en 4 factores, en argumentos de Hu & Bentler (1999) obtuvo valores inadecuados en los índices de bondad y en los errores, asimismo el modelo obtuvo un mayor criterio de akaike.

Por otro lado, se optó por la respecificación estructural con la eliminación de dos dimensiones (Discapacidad laboral/escolar y discapacidad), ello en sugerencia al argumento del autor original de la escala (Kanter, 2008), asimismo, se eliminaron ítems con cargas factoriales pobres, ello produjo un modelo ajustado a los datos de

la muestra y teóricamente compatible con la activación conductual ($\chi^2 = 36.5$; $df = 26$; $p = < .001$; CFI = .983; TLI = .976; SRMR = .030; RMSEA = .044; AIC = 6813) y una covarianza entre factores optimó .60 (ver figura 2) y cargas factoriales por encima del .30 (Lloret-Segura et al., 2014).

Sin embargo, la covarianza entre los dos factores en argumentos de Geisinger et al. (2013) refiere que de una covarianza alta entre factores se estaría infiriendo la presencia de un factor general. Entonces, se realizó un análisis factorial de segundo orden, el cual evidenció valores óptimos ($\chi^2 = 36.304$; $df = 26$; $p = < .001$; CFI = .983; TLI = .977; SRMR = .014; RMSEA = .044; AIC = 74), no solo en los índices de bondad (Hu & Bentler, 1999), sino también en el índice de criterio de información de Akaike, dado que es un menor valor a los otros modelos (74), el cual evidencia la obtención de un modelo más parsimonioso, es decir, la interpretabilidad de un fenómeno de la realidad a través de un modelo más práctico y sencillo (Akaike, 1987).

Tabla 7
Índices de bondad de ajuste por AFC (n = 203)

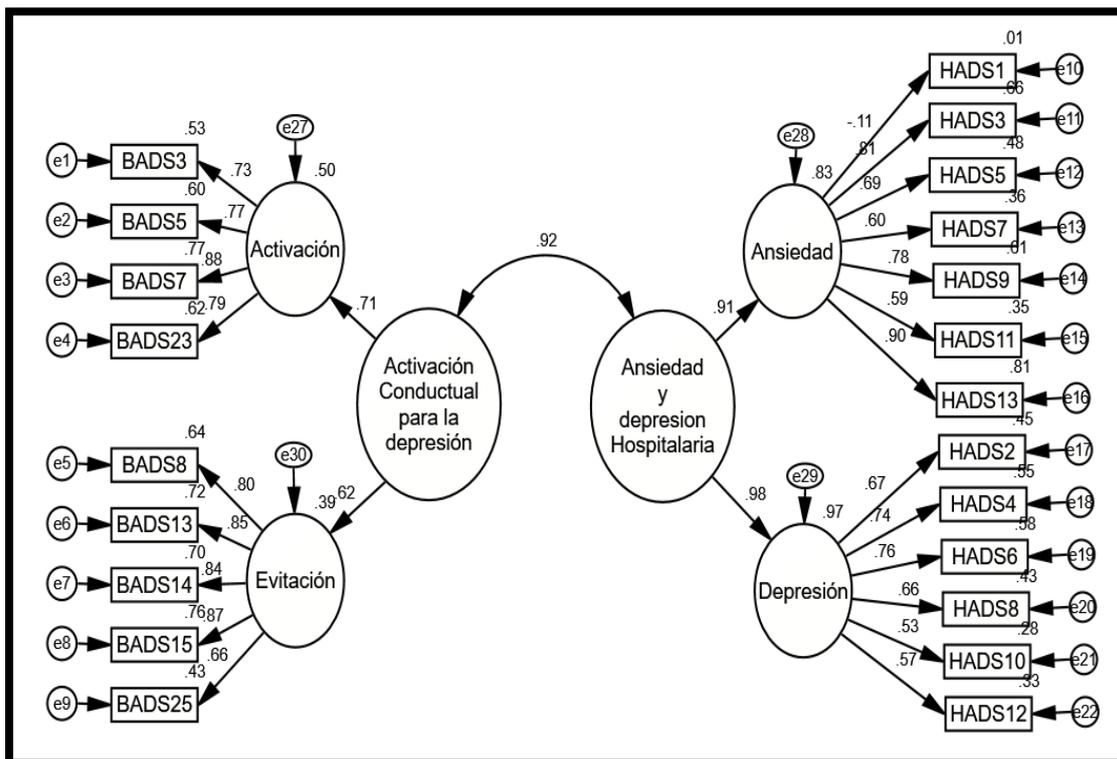
Modelos	χ^2	df	p	CFI	TLI	SRMR	RMSEA	RMSEA 90% CI		AIC
								Mín.	Máx.	
Unidimensional										
M1: 25 ítems	1113	275	< .001	.641	.608	.125	.123	.115	.130	19470
M2: 13 ítems	160	65	< .001	.928	.914	.045	.084	.068	.102	10052
Multidimensional										
M3: 25 ítems en 4 factores (modelo original)	687	269	< .001	.821	.800	.080	.087	.079	.095	19056
M4: 9 ítems en 2 factores (modelo propuesto por Kanter)	36.5	26	< .001	.983	.976	.030	.044	.010	.076	6813
AFC de Segundo orden										
M5: 9 ítems, factor general (Activación conductual para la depresión)	36.304	26	< .001	.983	.977	.014	.044	.010	.076	74

Nota: Nota. χ^2 = Chicuadrado, gl = grado de libertad, p = Significancia; TLI = Índice de Tucker-Lewis, CFI= Índice de Ajuste Comparativo, SRMR= Raíz residual estandarizada cuadrática media, RMSEA: error cuadrático medio de aproximación. IC= Intervalos de confianza. AIC= Criterio de información de Akaike; n = Muestra; M = Modelo.

Cuarto objetivo específico realizado: Obtener evidencia de validez basada en la convergencia con la escala hospitalaria de ansiedad y depresión por medio del análisis factorial confirmatorio.

Figura 2

Evidencia de validez convergente por AFC



En la figura 2, se observa el resultado del análisis factorial confirmatorio como medio para la comprobación de la evidencia de validez convergente (Geisinger et al., 2013). El cual se realizó mediante los puntajes de la escala de activación conductual para la depresión y los puntajes de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Concluyendo que, si existe presencia de puntajes convergentes entre las dos escalas, ya que se obtuvo un valor óptimo (.920) y en sentido directo o positivo, el cual se infiere que, de acuerdo al resultado directo entre ellas, es decir, a mayor depresión por activación conductual, mayor presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en los participantes de la muestra (Geisinger et al., 2013). Dicho análisis es coherente a nivel empírico y teórico (McCoach et al., 2013). Dado que, la activación conductual para la depresión está estrechamente en interacción con variables como la ansiedad y las diferentes categorías diagnósticas de depresión (Barraca & Pérez, 2015).

En la tabla 8, se evidencian los valores óptimos de fiabilidad por medio de la consistencia interna, el cual se obtuvo resultados a través del coeficiente alfa y/u omega en el total de la escala y por medio de sus dos dimensiones, el cual fueron

valores mayores a .70 (Taber, 2017), es decir, los ítems en su conjunto y/o por dimensiones presentan estabilidad y consistencia en sus puntuaciones, ello permitiría, evaluar e inferir de forma confiable las interpretaciones de las puntuaciones de la prueba (AERA et al., 2014).

Tabla 8
Confiabilidad por consistencia interna modelo 5 (N = 203)

Variables	α	ω
Escala total de segundo orden	.727	.746
F1: Activación	.755	.764
F2: Evitación	.859	.855

Nota: α = Coeficiente alfa; ω = Coeficiente Omega.

En la tabla 9, se observa baremos según los puntajes por percentiles de acuerdo al género, y cuenta con un puntaje mínimo y máximo, asimismo, puntajes totales por cada dimensión.

Tabla 9
Baremos de la escala BADS por orientación sexual (n = 203)

O. S.	P	T	F1	F2	O. S.	P	T	F1	F2	O. S.	P	T	F1	F2	O. S.	P	T	F1	F2	O. S.	P	T	F1	F2
	1	9	4	1		1	11	6	1		1	13	4	1		1	3	3	1		1	26	14	12
	5	14	7	1		5	17	8	1		5	13	4	1		5	19	11	5		5	26	14	12
	10	20	12	1		10	21	10	3		10	18	7	1		10	22	12	7		10	26	14	12
	15	22	12	1		15	23	11	6		15	20	9	1		15	23	12	9		15	26	14	12
	20	24	12	1		20	24	12	7		20	23	12	3		20	25	12	10		20	26	14	12
	25	24	14	1		25	24	14	8		25	24	12	5		25	26	13	12		25	26	14	12
	30	24	15	1		30	25	15	9		30	24	12	6		30	27	14	13		30	30	16	14
	35	24	15	2		35	26	15	10		35	24	12	8		35	28	14	14		35	34	18	16
	40	24	16	6		40	26	16	12		40	25	13	9		40	28	15	14		40	37	19	18
	45	24	17	8		45	28	17	13		45	26	14	11		45	30	16	15		45	41	21	20
L	50	26	18	11	G	50	29	17	14	T	50	26	14	12	B	50	31	16	15	I	50	45	23	22
	55	26	19	12		55	29	18	15		55	26	15	12		55	32	16	16		55	46	23	23
	60	28	22	13		60	30	18	16		60	27	18	14		60	33	17	17		60	47	23	23
	65	29	22	13		65	34	19	17		65	28	20	16		65	36	18	18		65	47	24	24
	70	29	23	15		70	36	20	19		70	29	21	17		70	37	19	20		70	48	24	24
	75	31	24	15		75	37	21	20		75	29	21	17		75	37	19	20		75	48	24	24
	80	32	24	17		80	39	21	21		80	30	22	18		80	39	19	23		80	48	24	24
	85	34	24	19		85	45	23	22		85	35	23	21		85	44	21	24		85	48	24	24
	90	45	24	24		90	46	24	24		90	39	24	24		90	47	21	27		90	48	24	24
	95	48	24	27		95	48	24	27		95	48	24	26		95	50	23	30		95	48	24	24
	100	50	24	28		100	53	24	30		100	48	24	27		100	54	24	30		100	49	24	25
M	27	18	9.7		M	30	17	13		M	27	15	11		M	32	16	16		M	40	20	19	
DE	8.5	5.8	8.7		DE	9.4	7.8	7.7		DE	7.5	8.9	8.0		DE	9.4	7.5	7.1		DE	12.5	5.8	6.8	
Mín.	9	4	0		Mín.	11	6	0		Mín.	13	4	0		Mín.	3	3	0		Mín.	26	14	12	
Máx.	50	24	28		Máx.	53	24	30		Máx.	48	24	27		Máx.	54	24	30		Máx.	49	24	25	

Nota: M = Media; DE = Desviación Estándar; Mín. = Mínimo; Máx. = Máximo; F1 = Activación; F2 = Evitación; O. S. = Orientación Sexual; L = Lesbianas; G = Gay; T = Transexual; B = Bisexual; I = Intersex.

V. DISCUSIÓN

El objetivo principal del trabajo de investigación fue realizar las primeras evidencias psicométricas de la escala de activación conductual para la depresión (BADSD) en adultos peruanos LGTBI con síntomas depresivos. A diferencia del modelo original de 25 ítems (Kanter et al., 2008), y en concordancia con otros modelos estructurales (González-Roz et al., 2018; Manos et al., 2011; Wagener et al., 2015) los resultados indicaron que en un modelo respecificado de 9 reactivos en dos factores se obtuvo óptimas propiedades psicométricas de las puntuaciones de la escala, evidenciándose así coherencia y relación con las nociones teóricas y empíricas del modelo planteado por la investigación. Dado que, la dimensión de activación que son la toma de decisiones a la acción, por otro lado, la evitación que son las acciones de escapar y evadir situaciones estresantes, son los ejes principales en la medición de la activación conductual para la depresión (Kanter et al., 2008; Lejuez., 2001; Martell et al., 2010).

En relación a las directrices planteadas por la Comisión Internacional de los Test (2017) se realizó la traducción técnica de la escala mediante el método directo e inverso, el cual no se manifestaron cambios sintácticos de las palabras (González-Roz et al., 2018), además, el análisis del contenido de los ítems, se desarrolló mediante grupos focales expertos en el área de trastornos emocionales e investigadores psicométricos, asimismo, jueces experienciales, el cual determinó algunos cambios semánticos debido a redundancia e idiosincrasia de los ítems originales y en la claridad de ellos. Resultándose así la verificación y comprobación de su equivalencia en esta forma adaptada (Hambleton, 2005). Ello es contrastado teóricamente, dado que, el objetivo de la escala es evaluar los comportamientos que conllevan a la depresión mediante la disminución del reforzamiento positivo y el incremento del refuerzo negativo, todo ello influenciado por el contexto (Lejuez., 2001; Martell et al., 2010). Es decir, la manifestación psicológica de la variable es de igual manera aquí como en otros contextos bajo diferentes idiomas.

Estos hallazgos fueron examinados mediante el análisis factorial confirmatorio (ver tabla 7), que, de acuerdo a los posteriores análisis, se impuso un modelo a priori, de dos factores con 9 reactivos, estructural multidimensional en similitud a

otras investigaciones (González-Roz et al., 2018; Manos et al., 2011; Wagener et al., 2015) con la eliminación de dos dimensiones (Discapacidad laboral/escolar y discapacidad), ello en sugerencia al argumento del autor original de la escala (Kanter, 2008), asimismo, se eliminaron ítems con cargas factoriales pobres, ello produjo un modelo ajustado a los datos de la muestra y teóricamente compatible con la activación conductual, el cual con el argumento de Hu y Bentler (1999) el modelo arrojó óptimos valores bajo un análisis factorial de segundo orden ($\chi^2 = 36.304$; $df = 26$; $p = < .001$; CFI = .983; TLI = .977; SRMR = .014; RMSEA = .044; AIC = 74).

El modelo cuenta con apoyo teórico, ya que, la activación y la evitación son producto del aprendizaje que opera bajo cuatro aspectos operantes, como él (a) reforzamiento positivo que es un estímulo que tiene relación directa con la conducta, es decir al instaurarse un determinado estímulo después de una conducta realizada, esta ayuda a que aumente de manera frecuente o mantener dicho comportamiento a futuro (Skinner, 1981); (b) el reforzamiento negativo que es un estímulo aversivo, que ocurre cuando se quiere evitar o quitar un estímulo negativo de manera que esta no se dé o repita a futuro, ya que la evitación viene a ser un conducta negativa que se refuerza a través de la eliminación de situaciones emocionales que son aversivas para el individuo (Skinner, 1981). Asimismo, con el concepto principal de depresión desde el conductismo radical (Lewinsohn, 1974). Estos resultados permitieron obtener una versión abreviada para medir la activación conductual para la depresión en un menor tiempo y practicidad en futuras investigaciones.

Por otro lado, se realizó el análisis de evidencia de validez con otra variable por medio de la convergencia (ver Figura 2). El cual evidenció óptimos valores entre las puntuaciones de las escalas (.920). Ello es concordante con el aspecto teórico, ya que, la variable de activación conductual para la depresión se encuentra dentro de las terapias de tercera generación (Pérez, 2014), que postulan que el proceso de desactivación conductual se encuentra como sintomatología en diferentes criterios diagnósticos, como es el caso de la ansiedad y depresión (Hayes et al., 2015; McKay et al., 2011).

De acuerdo al modelo 5 (ver tabla 8), las puntuaciones de forma global y por dimensiones de los 9 reactivos en 2 factores en el análisis de la fiabilidad resultaron ser consistentes en su conjunto, dado que, se obtuvo un valor adecuado ($>.70$), en similitud con otras investigaciones interculturales (Fuhr et al., 2016; González-Roz et al., 2018; Ji-Hye et al., 2017; Li et al., 2014; Teismann et al., 2015; Wagener et al., 2015), de ese modo se obtuvo un alto grado de homogeneidad entre los ítems (Cotrina, 1993; Taber, 2017). Ello es importante, dado que, la obtención de adecuados valores en la estabilidad de las puntuaciones permite medir la complejidad de la variable en un tiempo determinado, que en argumentos de Pérez (2014) refiere que la activación conductual la depresión se manifiesta como una situación donde uno se encuentra y no como una condición interna regulada por aspectos neuroquímicos o alguna esquema depresógeno. Es decir, es la persona la que se encuentra dentro de situaciones depresivas, dichas situaciones están en constantes cambios; aquella variabilidad requiere de instrumentos que sean más precisos en su evaluación (McCoach et al., 2013).

Se concluye que la revisión de las primeras evidencias psicométricas de la escala de activación conductual para la depresión (BADS) en adultos peruanos LGTBI con síntomas depresivos, obtuvo óptimos valores en base a sus adecuados procedimientos de adaptación, mediante los procesos desarrollados por la Comisión Internacional de los Test y de los estándares para pruebas educativas y psicológicas (ITC, 2017; AERA et al., 2014). Es decir, se obtuvo un alto grado de validez y confiabilidad con base teórica y empírica para las adecuadas inferencias de las puntuaciones.

VI. CONCLUSIONES

1. Se determinó las primeras evidencias psicométricas de la escala de activación conductual para la depresión (BADS) en adultos peruanos LGTBI con síntomas depresivos, dado sus óptimos resultados.
2. Se determinó la adecuada traducción de la escala de activación conductual para la depresión (BADS) en adultos peruanos LGTBI mediante el método de traducción directa e inversa.
3. Se determinó las adecuadas evidencias de validez basadas en el contenido, ya que, se adaptó lingüística y culturalmente los ítems de la escala de activación conductual para la depresión (BADS) en adultos peruanos LGTBI, con resultados óptimos en el coeficiente de la V-Aiken ($>.08$).
4. Se determinó las adecuadas evidencias de validez basadas en la estructura interna de la escala de activación conductual para la depresión (BADS) en adultos peruanos LGTBI, por medio del AFC de segundo orden, obteniéndose resultados óptimos ($\chi^2 = 36.304$; $df = 26$; $p = <.001$; $CFI = .983$; $TLI = .977$; $SRMR = .014$; $RMSEA = .044$; $AIC = 74$), en un modelo respecificado de 9 ítems en un factor general.
5. Se determinó la adecuada evidencia de validez basada con otra variable entre la escala de activación conductual para la depresión (BADS) y la Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión, con adecuadas puntuaciones (.920).
6. Se determinó la evidencia de confiabilidad mediante el método de consistencia interna bajo los coeficientes alfa y omega, con resultados adecuados ($\alpha \geq .727$; $\omega >.746$) y en sus dos dimensiones, como activación ($\alpha \geq .755$; $\omega >.764$) y evitación ($\alpha \geq .859$; $\omega >.855$).
7. Se determinó las puntuaciones de los baremos de acuerdo a los puntajes por percentiles según la orientación sexual en la cual se realizó en base a 2 dimensiones con 9 ítems.

VII. RECOMENDACIONES

1. Dado la cantidad de muestra, se toma a consideración poder replicar el estudio instrumental bajo una muestra con mayor representatividad.
2. En el método de traducción solo se realizó el método directo e inverso una sola vez, sería oportuno poder realizar la repetición de los métodos para ver con mayor exactitud la presencia de alguna variación idiomática.
3. En el análisis de validez basada en el contenido, se llevó a cabo la evaluación cuantitativa y cualitativa mediante jueces expertos en el tema y experienciales, sin embargo, sería importante la realización de más muestras pilotos para determinar con mayor exactitud que ítems son más representativos, relevantes y claros para el constructo a medir.
4. En el análisis de evidencias de validez basadas en la estructura interna de la escala, se evaluó el Análisis Factorial Confirmatorio de primer y segundo orden. Se toma en consideración poder evaluar el modelo de AFC a través del modelo Bifactor.
5. En el análisis de evidencias con otras variables, sería importante evaluar la relación de las puntuaciones de la escala BADS entre otras variables por medio de la divergencia.
6. El análisis de la confiabilidad se realizó por medio del método de consistencia interna, es decir, la consistencia de los ítems en un solo momento. Se recomienda poder analizar las puntuaciones de la confiabilidad a través del método de test-retest.
7. En el análisis de las puntuaciones de los baremos, se recomienda que se realice una propuesta alternativa en base a los resultados arrojados con la finalidad de una mejor exactitud en las presunciones diagnósticas.

VIII. REFERENCIAS

- Aiken, L. R. (1980). Content validity and reliability of single items or questionnaires. *Educational and Psychological Measurement*, 40(4), 955–959. doi: 10.1177/001316448004000419
- American Psychological Association. (2019). All psychology topics. *Psychology Topics*. Recovered from: <https://www.apa.org/topics>
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.
- Ato, M., López, J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*. 29(3), 1038-1059. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000300043
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American psychological association. The official guide to APA style (7th ed.)*. American Psychological Association.
- Barraca, J. & Pérez, M. (2015). *Activación conductual para el tratamiento de la depresión*. España: Editorial Síntesis.
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. EE.UU: The Guilford Press.
- Bologna, E. (2010). *Estadística en psicología*. España: Editorial Brujas.
- Brown, T. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. EE.UU.: Guilford Press.
- Callegaro, J., Figueiredo, B., & Ruschel, D. (2012). Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: some considerations. *Paidéia*, 22(53), 423-432. doi: 10.1590/S0103-863X2012000300014

- Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). *Código de ética y deontología*. Recuperado de:
https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Cox, S. (2012). *Living on the edge.gay men, depression and risk-taking*. Recovered from:
<http://www.treatmentactiongroup.org/sites/default/files/DEPRESSION%20WHITE%20PAPER%20Sixth%20Draft.pdf>
- Dalia Research (2016). Counting the LGBT population: 6% of europeans identify as LGBT. Recovered from: <https://daliaresearch.com/counting-the-lgbt-population-6-of-europeans-identify-as-lgbt/>
- Elliott, I. (2016). *Poverty and mental health: a review to inform the joseph rowntree foundation's anti-poverty strategy*. EE.UU.: Mental Health Foundation.
- Escobedo, M., Hernandez, A., Estebané, V. y Martinez, G. (2015). Modelos de ecuaciones estructurales: características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Ciencia y Trabajo*, 18(55), 16-22. doi: 10.4067/S0718-24492016000100004
- Ferlatte, O., Dulai, J., Hottes, T. S., Trussler, T., & Marchand, R. (2015). Suicide related ideation and behavior among canadian gay and bisexual men: a syndemic analysis. *BMC Public Health*, 15(1). doi: 10.1186/s12889-015-1961-5
- Ferster, C.B. (1973). A functional analysis of depression: *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Fernández, A., Pérez, E., Alderete, A., Richaud, M. y Fernández, M. (2010). ¿Construir o adaptar test psicológicos? Diferentes respuestas a una cuestión controvertida. *Evaluar*, 10(11), 60-74. Recuperado de: https://www.ctc-n.org/sites/www.ctc-n.org/files/resources/national_monitoring_systems_for_adaptation_spanish.pdf

- Fuhr, K., Hautzinger, M., Krisch, K., Berking, M., & Ebert, D. D. (2016). Validation of the behavioral activation for depression scale (BADs)—psychometric properties of the long and short form. *Comprehensive Psychiatry*, *66*, 209–218. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.02.004
- Geisinger, K. F., Bracken, B. A., Carlson, J. F., Hansen, J.-I. C., Kuncel, N. R., Reise, S. P., & Rodriguez, M. C. (Eds.). (2013). *APA handbooks in psychology*. APA handbook of testing and assessment in psychology, Vol. 1. *Test theory and testing and assessment in industrial and organizational psychology*. American Psychological Association. doi: 10.1037/14047-000
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 Update (4^a ed.). EE.UU.: Allyn & Bacon.
- González-Roz, A., Secades-Villa, R., & Muñiz, J. (2018). Validity evidence of the behavioral activation for depression scale-short form among depressed smokers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *18*(2), 162–169. doi: 10.1016/j.ijchp.2018.03.002
- Government Equalities Office. (2018). National LGBT survey. Recovered from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/722314/GEO-LGBT-Survey-Report.pdf
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R.... Clayton, P. J. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, *58*(1), 10–51. doi: 10.1080/00918369.2011.534038
- Hambleton, R., Merenda, P., & Spielberger, Ch. (2004). *Adapting educational and psychological test for cross-cultural assessment*. Psychology Press. doi: 10.4324/9781410611758
- Hambleton, R. (2018). *Applied psychological measurement*. EE.UU.: Sage Publishing.

- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y practica de cambio consciente (Mindfulness)*. España: Desclee de Brouwer.
- Hernández-Sampieri, R., Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGRAW-HILL
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). Primera encuesta virtual para personas LGTBI, 2017. *Principales resultados*. Recuperado de: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/lgbti.pdf>
- ITC Guidelines for Translating and Adapting Test (Second Edition). (2017). *International Journal of Testing*, 18(2), 101-134. Recovered from: <https://www.intestcom.org/page/16>
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2006). Behavioral activation treatment for depression: returning to contextual roots. *Clinical Psychology: science and practice*, 8(3), 255–270. doi: 10.1093/clipsy.8.3.255
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., ... Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295–304. doi: 10.1037/0022-006x.64.2.295
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2006). Behavioral activation treatment for depression: returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255–270. doi: 10.1093/clipsy.8.3.255
- Ji-Hye, O., Na-Ri, H., Yun-Ji, Ch., Eun-Byeol, L., Kee-Hong, Ch., & Ho-Jun, S. (2017). The reliability and validity of the korean versión of behavioral activation for depression scale. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 56(2), 89-97. doi: 10.4306/jknpa.2017.56.2.89

- Kanter, J. W., Rusch, L. C., Busch, A. M., & Sedivy, S. K. (2008). Validation of the behavioral activation for depression scale (BADs) in a community sample with elevated depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(1), 36–42. doi: 10.1007/s10862-008-9088-y
- Lee, C., Oliffe, J. L., Kelly, M. T., & Ferlatte, O. (2017). Depression and suicidality in gay men: implications for health care providers. *American Journal of Men's Health*, 11(4), 910–919. doi: 10.1177/1557988316685492
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Behavior Modification*, 25(2), 255–286. doi: 10.1177/0145445501252005
- Lewinsohn, P. M. (1974). *A behavioral approach to depression*.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M., Teri, L., & Hautzinger, M. (1985). *An integrative theory of depression*. In S. Reiss and R.R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 331-359). EE.UU.: Academic Press.
- Lewinsohn, P. M., Biglan, A., & Zeiss, A. M. (1976). *Behavioral treatment of depression*. Brunner/Mazel
- Li, M., Ding, C., Kanter, J., & Dong, Q. (2014). Further evaluation of the psychometric properties of the behavioral activation for depression scale. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(1), 45-57. Recovered from: <https://www.ijpsy.com/volumen14/num1/373/further-evaluation-of-the-psychometric-properties-EN.pdf>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. doi: 10.6018/analesps.30.3.199361
- Lucassen, M., Stasiak, K., Samra, R., Frampton, C., & Merry, S. (2017). Sexual minority youth and depressive symptoms or depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(8), 774-787. doi: 10.1177/0004867417713664

- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression a clinician's guide*. EE.UU.: Guilford Press.
- McCoach, B., Gable, R., & Madura, J. (2013). *Instrument development in the affective domain*. EE.UU.: Springer.
- McKay, M., Fanning, P., Zurita, P. (2011). *Mind and emotions: A universal treatment for emotional disorders*. EE.UU.: New Habinger Publications.
- Maero, F., & Quintero, P. (2016). *Tratamiento breve de activación conductual para la depresión: protocolo y guía clínica*. Argentina: Librería Akadia.
- Manos, R. C., Kanter, J. W., & Luo, W. (2011). The behavioral activation for depression scale—short form: development and validation. *Behavior Therapy*, 42(4), 726–739. doi: 10.1016/j.beth.2011.04.004
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. EE.UU.: Guilford Press.
- Medrano, L. A. & Navarro, R. (2017). Aproximación conceptual y práctica a los modelos de ecuaciones estructurales. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 11(1), 219-239. doi: 10.19083/ridu.11.486
- Movement Advancement Project (2009). The momentum report. *Decade of progress on LGBT rights*. Recovered from: <http://www.lgbtmap.org/file/a-decade-of-progress-on-lgbt-rights.pdf>
- Montero, I., & León, G. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862. Recovered from: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33770318.pdf>
- Muñiz, J., Elousa, P., y Hambleton, R. (2013). *Directrices para la traducción y adaptación de los test: segunda edición*. *Psicothema*, 25(2), 151-157. doi: 10.7334/psicothema2013.24
- Naciones Unidas de los derechos Humanos. (2019). Libres & iguales naciones unidas. *Glosario*. Recuperado de: <https://www.unfe.org/es/definitions/>
- National Institutes of Health. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual and transgender people*. National Academies Press. Recovered from:

<http://www.felgtb.org/temas/salud-y-vih-sida/documentacion/salud-lgtb/i/425/159/the-health-of-lesbian-gay-bisexual-and-transgender-people>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Depresión. *Datos y cifras*. OMS. Recovered from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Pérez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. España: Editorial Síntesis.

Registro Nacional de Trabajos de Investigación. (2019). RENATI. *Buscar trabajos de investigación*. Recuperado de: <http://renati.sunedu.gob.pe/simple-search?query=escala+de+activacion+conductual+para+la+depresion>

Russell, S. T., & Fish, J. N. (2016). Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 465–487. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153

Siceri, S., & Faulkner-Bond, M. (2014). Validity evidence based on test content. *Psicothema*, 26(1), 100-107. doi: 10.7334/psicothema2013.256

Skinner, B. F. (1981). *Conducta verbal*. Trillas.

Skinner, B. F. (1965). *Science and human behavior*. Simon and Schuster.

Skinner, B. F. (1951). *Behavior and science*. The Free Press.

Spitzer, R. (1981). The diagnostic status of homosexuality in DSM-III: a reformulation of the issues. *American Journal of Psychiatry*, 138(2), 210–215. doi: 10.1176/ajp.138.2.210

Taber, K. S. (2017). The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*. doi: 10.1007/s11165-016-9602-2

Teismann, T., Ertle, A., Furka, N., Willutzki, U., & Hoyer, J. (2015). The german version of the behavioral activation for depression scale (BADs): A psychometric and clinical investigation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(3), 217–225. doi: 10.1002/cpp.1948

- The Williams Institute. (2016). LGBT data & demographics. Recovered from: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/visualization/lgbt-stats/?topic=LGBT#density>
- Ventura-León, J. (2017). De regreso a la validez basada en el contenido. *Adicciones*, 40(20), 1-3. doi: 10.20882/adicciones.1213
- Ventura-Leon, J. Caycho-Rodriguez, T. Barboza-Palomino, M. & Salas, G. (2018). Evidencias psicométricas de la escala de autoestima de Rosenberg en adolescentes limeños. *Revista Interamericana de Psicología*. 52(1), 44-60. Recuperado de: <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/download/363/pdf/>
- Ventura-León, J. (2018). Intervalos de confianza para coeficiente Omega: Propuesta para el cálculo. *Adicciones*, 30(1), 77-78. doi: 10.20882/adicciones.962
- Vilela, A. (2018). *Adaptación de la escala de depresión y ansiedad hospitalaria en pacientes oncológicos del instituto neoplásicas*. (Tesis de pregrado). Universidad Cesar Vallejo, Peru.
- Wagener, A., Van der Linden, M., & Blairy, S. (2015). Psychometric properties of the French translation of the Behavioral Activation for Depression Scale–Short Form (BADs-SF) in non-clinical adults. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 252–257. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.10.008
- Wang, J., Plöderl, M., Häusermann, M., & Weiss, M. G. (2015). Understanding suicide attempts among gay men from their self-perceived causes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(7), 499–506. doi: 10.1097/nmd.0000000000000319

ANEXOS

Figura 3

Operacionalización de la variable activación conductual para la depresión

<i>Operacionalización de la variable activación conductual para la depresión</i>						
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Respuestas
Activación Conductual para la depresión	La depresión viene hacer el resultado de la ausencia, de reforzadores positivos de "respuesta contingente", que tiene como significado que el refuerzo va a depender de las acciones que realice el individuo (Lewinsohn, 1974).	Se entiende que todos los comportamientos que están dirigidos hacia la depresión (activación, evitación, discapacidad social, discapacidad laboral / escolar) obtenidas a través de la escala de Activación Conductual para la Depresión (Kanter, Ruch, Buch & Sedivy, 2008).	Activación	Toma de decisiones que llevan a la acción	3,4,5,7,11,12, y 23	Ordinal 0 = Para nada 1 = 2 = Un poco 3 = 4 = Mucho 5 = 6 = Completamente
			Evitación	Acción de escapar o evadir	8, 9, 10, 13, 14, 15, 24, y 25	
			Discapacidad laboral / Escolar	Inacción	1, 2, 6, 21, y 22	
			Discapacidad social	Alejamiento social	16, 17, 18, 19, y 20	

Nota. Operacionalizar la variable: Activación conductual.

Anexo 4

Figura 4

Protocolo de la escala de activación conductual para la depresión

Escala de activación conductual para la depresión							
Por favor, lea cuidadosamente cada enunciado y encierre en un círculo el número la opción que mejor le describa DURANTE LA SEMANA PASADA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY.							
0 = Para nada							
1 =							
2 = Un poco							
3 =							
4 = Mucho							
5 =							
6 = Completamente							
	0	1	2	3	4	5	6
1. Me quedé en la cama demasiado tiempo aun sabiendo que tenía cosas por hacer							
2. Había ciertas cosas que tenía que a ver y no las hice							
3. Estoy contento/a por la cantidad y el tipo de cosas que hice							
4. Me comprometí con una amplia y diversa cantidad de actividades							
5. Tomé buenas decisiones sobre el tipo de actividades y/o situaciones en las que me involucré							
6. Estuve activo/a, pero no cumplí ningún de mis objetivos del día							
7. Estuve activo/a y cumplí con los objetivos que me había fijado							
8. La mayor parte de las cosas que hice fue para escapar o evitar algo que me desagradaba							
9. Hice cosas para evitar sentirme triste o sentir otras emociones dolorosas							
10. Traté de no pensar en ciertas cosas							
11. Hice cosas a pesar de que fueron difíciles porque tenían que ver con mis objetivos a largo plazo							
12. Hice algo difícil pero que valía la pena hacerlo							
13. Perdí mucho tiempo pensando demasiado en mis problemas							
14. Continué pensando sobre formas de solucionar un problema, pero nunca puse en práctica ninguna de las soluciones							
15. Con frecuencia pierdo mi tiempo pensando sobre mi pasado, las personas que me han herido, los errores que he cometido, y otras cosas malas de mi vida							
16. No vi a ninguno de mis amigos							
17. Estuve retraído/a y callado/a, incluso con personas que conozco bien							
18. No fui sociable, a pesar de las oportunidades que tuve para serlo							
19. Alejé a las personas con mi negatividad							
20. Hice cosas para aislarme de otras personas							
21. Me tomé un tiempo libre del trabajo/escuela/tareas domésticas/ responsabilidades simplemente porque estaba demasiado cansado/a o no tenía ganas asistir							
22. Mi trabajo/tareas de la escuela/tareas domésticas/responsabilidades se vieron afectados porque no fui tan activo/a como tenía que serlo							
23. Organicé mis actividades diarias							
24. Me comprometí solo con actividades que me evitaran hacerme sentir mal							
25. Comencé a sentirme mal cuando otros a mi alrededor expresaban sentimientos o experiencias negativas							

Nota. Protocolo original

Anexo 5

Figura 5

Protocolo de la escala de activación conductual para la depresión (traducción directa)

Certified Translation No. 0241-2019
Page 1 of 2

Behavioral Activation for Depression Scale

Please read each statement carefully and then circle the number which best describes how much the statement was true for you DURING THE PAST WEEK, INCLUDING TODAY.

0 = Not at all
1 =
2 = A little
3 =
4 = A lot
5 =
6 = Completely

	0	1	2	3	4	5	6
1. I stayed in bed for too long even though I had things to do.							
2. There were certain things I needed to do that I didn't do.							
3. I am content with the amount and types of things I did.							
4. I engaged in a wide and diverse array of activities.							
5. I made good decisions about what type of activities and/or situations I put myself in.							
6. I was active, but did not accomplish any of my goals for the day.							
7. I was an active person and accomplished the goals I set out to do.							
8. Most of what I did was to escape from or avoid something unpleasant.							
9. I did things to avoid feeling sadness or other painful emotions.							
10. I tried not to think about certain things.							
11. I did things even though they were hard because they fit in with my long-term goals for myself.							
12. I did something that was hard to do but it was worth it.							
13. I spent a long time thinking over and over about my problems.							
14. I kept trying to think of ways to solve a problem but never tried any of the solutions.							
15. I frequently spend time thinking about my past, people who have hurt me, mistakes I've made, and other bad things in my history.							
16. I did not see any of my friends.							

Guía Psico-Luca Flores
CIP Nº 0648

Nota. Traducción directa por un traductor certificado y colegiado.

Anexo 6

Figura 6

Protocolo de la escala de activación conductual para la depresión (traducción inversa) continuación

Certified Translation No. 0241-2019	
Page 2 of 2	
17. I was withdrawn and quiet, even around people I know well.	
18. I was not social, even though I had opportunities to be.	
19. I pushed people away with my negativity.	
20. I did things to cut myself off from other people.	
21. I took time off of work/school/chores/responsibilities simply because I was too tired or didn't feel like going in.	
22. My work/schoolwork/chores/responsibilities suffered because I was not as active as I needed to be.	
23. I structured my day's activities.	
24. I only engaged in activities that would distract me from feeling bad.	
25. I began to feel badly when others around me expressed negative feelings or experiences.	

I, the undersigned Certified Translator, Member of the Peruvian Association of Professional Licensed Translators (CTP), do hereby certify that this Certified Translation, consisting of 2 pages, is a true and correct translation into English of the original document in Spanish enclosed herewith, which has been produced before me.

This certification shall be considered an acknowledgment of the accuracy of the translation but not of the authenticity or contents of the document in source language attached hereto.

Signed in Lima, the 21 day of October, 2019





Gina Paola Lucía Flores
CTP Nº 0648

Nota. Traducción directa por un traductor certificado y colegiado.

Anexo 7

Figura 7

Traducción certificada (Directa)

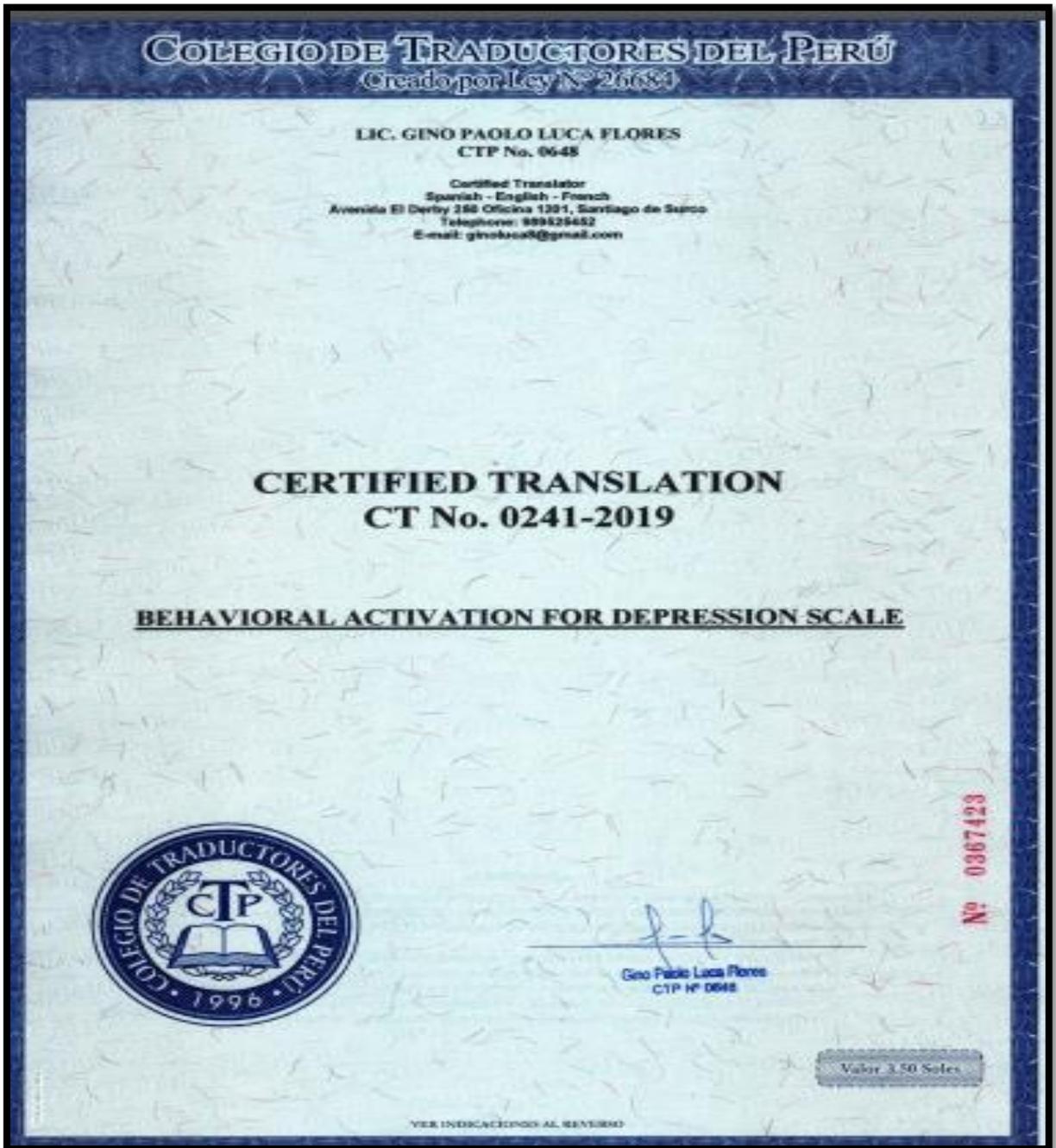


Nota. Certificación del método directo.

Anexo 8

Figura 8

Traducción certificada (Inversa)



Nota. Certificación del método inverso

Anexo 9

Figura 9

Carta de presentación para los jueces expertos

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor:

Presente

Asunto: ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTO A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS.

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos, asimismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante de la escuela de psicología la UCV, en la sede de San Juan de Lurigancho, promoción 2020, requiero adaptar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar la investigación para optar el título profesional de Licenciado en Psicología.

El título del proyecto de investigación es: ***"Primeras Evidencias Psicométricas de la Escala de Activación Conductual para la depresión en Adultos Peruanos LGTBI con Síntomas Depresivos en Lima, 2019"*** y siendo imprescindible contar con la aprobación de Psicólogos Clínicos y/o investigadores de psicología especializados en el tema investigar, para de ese modo poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en tema de psicología, educación y/o investigación.

El expediente de adaptación, que le hago llegar contiene lo siguiente:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.
- Protocolo de evaluación del instrumento

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.

Villegas Gómez, Enma Isabel
D.N.I: 42986331

Nota. Carta de presentación para las evidencias de validez de contenido.

Anexo 10

Figura 10

Consentimiento informado virtualizado

Consentimiento Informado

La investigación es conducida por **Enma Isabel Villegas Gómez**, de la Universidad Cesar Vallejo Lima Este. El objetivo del este estudio es brindar un test psicológico adaptado a las necesidades psicológicas y socioculturales que presentan la población LGTBI, con el fin de brindar herramientas al psicólogo y sobre todo un mejor servicio y comprensión del área emocional de la persona con orientación LGTBI.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta) Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. La participación es estrictamente **voluntaria**. La información que se recoja será **confidencial** y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, **serán anónimas**.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento, asimismo, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado(a) que será estrictamente confidencial, me han informado acerca del objetivo del estudio, las actividades a realizar y el tiempo dentro de ella. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a **Enma Isabel Villegas Gómez** al teléfono **914858440**. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Firma de la investigadora
Firma del Participante

Marque los cuadros blancos con una "X"

Código	Edad	Sexo	Orientación Sexual	Grado de Instrucción	N- Hijos	Ocupación
1	15 - 24	Hombre	Lesbianas	Superior Completo	1-3 hijos	Con trabajo
2	25 - 54	Mujer	Gay	Superior Incompleto	4-7 hijos	Sin trabajo
3	55 - 64		Transsexual	Tec. Completo	8 - más	
4	65 a más		Bisexual	Tec. Incompleto		
5			Intersex	Sec. Completa		
6				Sec. Incompleta		
7				Primaria Completa		

Anexo 12

Figura 12

Segundo juez experto

Ítem	Dimensiones	Participación	Participación	Por favor, marque una de las opciones siguientes de acuerdo a su experiencia.
1. He querido en la casa durante tiempo una actividad que tenía ganas de hacer	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
2. He sido muchas veces que tengo que ir y no lo hago	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
3. Estoy contenta/o por la cantidad y el tipo de cosas que hago	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
4. He comprometido con una actividad y después cambio de actividades	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	Por favor, marque una de las opciones siguientes de acuerdo a su experiencia.
5. Tengo muchas actividades nuevas del tipo de actividades y/o actividades que me gustan hacer	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
6. Estoy activa, pero no consigo cumplir de una actividad del día	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
7. Estoy activa y consigo con las actividades que me había fijado	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
8. La mayor parte de las cosas que hago por gusto escogen a hacer algo que me desagrada	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	No es claro definir si hay un solo ítem, o varios.
9. Hago cosas para evitar conflictos con o con otros miembros del equipo	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
Ítem	Dimensiones	Participación	Participación	Por favor, marque una de las opciones siguientes de acuerdo a su experiencia.
10. Tengo de un general en todas cosas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
11. Hago cosas a pesar de que siento dificultades porque tengo que ir con una actividad a largo plazo	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
12. Hago algo difícil pero que vale la pena hacerlo	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
13. Puedo sentir tiempo pensando demasiado en una actividad	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
14. Continuo pensando sobre formas de relacionar un problema, pero nunca pienso en posibles soluciones de las actividades	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
15. Con frecuencia pienso de cosas que puedo hacer en el futuro, y otras cosas antes de hacerlo	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
16. No sé a qué ir a hacer de mis cosas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
17. Estoy activa y/o activa, incluso con personas que conozco bien	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
18. No sé cuándo, o por qué de las oportunidades que tengo para hacer	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
19. Algo a las personas con su capacidad	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
Ítem	Dimensiones	Participación	Participación	Por favor, marque una de las opciones siguientes de acuerdo a su experiencia.
20. Hago cosas para obtener de otras personas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
21. He estado en tiempos que he estado pensando demasiado en cosas que me gustaría hacer pero que no puedo hacer	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
22. He estado pensando de lo que me gustaría hacer pero que no puedo hacer	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
23. He estado pensando de lo que me gustaría hacer pero que no puedo hacer	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
24. He estado pensando de lo que me gustaría hacer pero que no puedo hacer	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
25. He estado pensando de lo que me gustaría hacer pero que no puedo hacer	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
26. He estado pensando de lo que me gustaría hacer pero que no puedo hacer	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
27. He estado pensando de lo que me gustaría hacer pero que no puedo hacer	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
28. He estado pensando de lo que me gustaría hacer pero que no puedo hacer	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
29. He estado pensando de lo que me gustaría hacer pero que no puedo hacer	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
30. He estado pensando de lo que me gustaría hacer pero que no puedo hacer	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	

Número de aplicaciones: Aplicadas (N) Aplicadas después de corregir (I) No aplicadas ()
 Aplicadas y eliminadas del grupo (eliminar N) / (I) / () Grupo de la familia 2000 2000000
 Experiencia del evaluador / Experiencia normal

He estado pensando de lo que me gustaría hacer pero que no puedo hacer. Actividad.
 He estado pensando de lo que me gustaría hacer pero que no puedo hacer. Actividad.
 He estado pensando de lo que me gustaría hacer pero que no puedo hacer. Actividad.

10 de marzo del 2013

He estado pensando de lo que me gustaría hacer pero que no puedo hacer.
 Experiencia

Nota: Protocolo realizado en base a las herramientas de McCoach et al., 2013.

Anexo 14

Figura 14

Cuarto juez experiencial

Evaluación de Jueces Experienciales				
¿Claridad? en términos de dificultad alguna al encontrar, en contextos, eventos y detalles.		1. Nada claro 2. Moderadamente claro 3. Claro 4. Completamente claro		
Item	¿Existe alguna palabra que no logra entender? Si es así, escribala	¿Con que palabra lo reemplazas?	¿Se entiende la frase?	Claridad
1. Este cuadro en la parte descubierta siempre me sorprende que tanto cosas se hacen			SI	1 2 3 4
2. Hablo con los otros que tanto que hacen y así las cosas			SI	1 2 3 4
3. Estas actividades por lo cantidad y el tipo de cosas que hice			SI	1 2 3 4
4. Me comprometí con diferentes tipos de actividades			SI	1 2 3 4
5. Encontré buenas actividades en las actividades que hice en las que me involucré	para hacer actividades en las actividades		NO	1 2 3 4
6. Este cuadro me sirvió para organizar mi día	Como el día		NO	1 2 3 4
7. Estaba satisfecho y contento con las actividades que me había propuesto	Además			1 2 3 4
8. La mayoría parte de las cosas que hice fue para aprender o hacer algo que me interesaba			SI	1 2 3 4
9. Me acordé para evitar problemas futuros o evitar otras situaciones (problemas)			SI	1 2 3 4
10. Traté de mi mejor en las actividades			SI	1 2 3 4
11. Fui capaz de pensar de que hacer actividad porque tenía que ser con los otros o algo más			SI	1 2 3 4
12. Fue algo difícil que hice la parte sencilla			SI	1 2 3 4
13. Hice muchas cosas pensando en cómo me sentían			SI	1 2 3 4
14. Cuando pensaba sobre cómo solucionar un problema, pensaba en cómo lo haría yo mismo			SI	1 2 3 4
15. Con frecuencia pensaba en cómo pensaba todo lo que estaba haciendo, pero me sentía bien hacerlo, me sentía que me estaba haciendo y así lo hice durante mi día			SI	1 2 3 4
16. En las últimas semanas me sentí un poco de más amigos			SI	1 2 3 4
17. Estaba satisfecho y contento, incluso con personas que conosco bien			SI	1 2 3 4
18. No fui sociable, a pesar de las oportunidades que tuve para serlo			SI	1 2 3 4
19. Me gustó a las personas con mi personalidad			SI	1 2 3 4
20. Me acordé para aprender de otras personas			SI	1 2 3 4
21. Me tomé un tiempo libre de las responsabilidades diarias simplemente porque estaba demasiado cansado o no tenía ganas de hacer			SI	1 2 3 4
22. Mis actividades diarias se vieron afectadas porque no fui tan activo como antes que hice			SI	1 2 3 4
23. Organizé mis actividades diarias			SI	1 2 3 4
24. Me comprometí solo con actividades que estaban haciendo sentir mal			SI	1 2 3 4
25. Comencé a sentirme mal cuando otros a mi alrededor expresaban sentimientos e inquietudes negativas			SI	1 2 3 4

¡Muchas Gracias por su participación!

Nota: Protocolo realizado en base a las herramientas de McCoach et al., 2013

Anexo 15

Figura 15

Quinto juez experiencial

(2)

Evaluación de Jueces Experienciales

Clareza: se entiende sin dificultad alguna el enunciado, es conciso, exacto y directo.	1	Nada claro	2	Medianamente claro	3	Claro	4	Completamente claro
Item								
1. Me quede en la cama demasiado tiempo aun sabiendo que tenía cosas por hacer						5 ^o	1	2 3 4
2. Hable ciertas cosas que tenía que hacer y no las hice						5 ^o	1	2 3 4
3. Estoy contento por la cantidad y el tipo de cosas que hice						5 ^o	1	2 3 4
4. Me comprometi con diferentes tipos de actividades				Comprometi		5 ^o	1	2 3 4
5. Tomé buenas decisiones en las actividades y/o situaciones en las que me involucré						5 ^o	1	2 3 4
6. Estuve activo, pero no cumplí ningún de mis objetivos del día				Lo intenté				1 2 3 4
7. Estuve activo y cumplí con los objetivos que me había propuesto						5 ^o	1	2 3 4
8. La mayor parte de las cosas que hice fue para escapar o evitar algo que me desagradaba						5 ^o	1	2 3 4
9. Hice cosas para evitar sentirme triste o sentir otras emociones dolorosas						5 ^o	1	2 3 4
10. Traté de no pensar en mis problemas						5 ^o	1	2 3 4
11. Hice cosas a pesar de que fueron difíciles porque tenían que ver con mis objetivos a largo plazo						5 ^o	1	2 3 4
12. Hice algo difícil que valió la pena hacerlo						5 ^o	1	2 3 4
13. Perdí mucho tiempo pensando demasiado en mis problemas						5 ^o	1	2 3 4
14. Continué pensando sobre formas de solucionar un problema, pero nunca puse en práctica ninguna de las soluciones						5 ^o	1	2 3 4
15. Con frecuencia pierdo mi tiempo pensando sobre mi pasado, las personas que me han herido, los errores que he cometido, y otras cosas malas de mi vida						5 ^o	1	2 3 4
16. En las últimas semanas no vi a ninguno de mis amigos						5 ^o	1	2 3 4
17. Estuve aislado y aislado, incluso con personas que conocía bien				aislado				1 2 3 4
18. No fui sociable, a pesar de las oportunidades que tuve para serlo						5 ^o	1	2 3 4
19. Aporté a las personas con mi negatividad						5 ^o	1	2 3 4
20. Hice cosas para apartarme de otras personas						5 ^o	1	2 3 4
21. No tomé un tiempo libre de las responsabilidades diarias						5 ^o	1	2 3 4
22. Mis actividades diarias se vieron afectadas porque no fui tan activo como había que serlo						5 ^o	1	2 3 4
23. Organizé mis actividades diarias						5 ^o	1	2 3 4
24. Me comprometí solo con actividades que evitarían hacerme sentir mal						5 ^o	1	2 3 4
25. Comencé a sentirme mal cuando otros a mi alrededor expresaban sentimientos o experiencias negativas						5 ^o	1	2 3 4

¡Muchas Gracias por su participación!

Nota: Protocolo realizado en base a las herramientas de McCoach et al., 2013

Anexo 16

Figura 16

Sexto juez experiencial

Evaluación de Jueces Experienciales (3)

Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado, es conciso, exacto y directo.	1	Nada claro	2	Medianamente claro	3	Claro	4	Completamente claro
Item								
1. Me quide en la cama demasiado tiempo aun sabiendo que tenia cosas por hacer						5*		1 2 3 4
2. Habla ciertas cosas que tenia que hacer y no las hice						5*		1 2 3 4
3. Estoy contento por la cantidad y el tipo de cosas que hice						5*		1 2 3 4
4. Me comprometí con diferentes tipos de actividades						5*		1 2 3 4
5. Tomé buenas decisiones en las actividades y/o situaciones en las que me involucré						5*		1 2 3 4
6. Estuve activo, pero no cumplí ningún de mis objetivos del día						5*		1 2 3 4
7. Estuve activo y cumplí con los objetivos que me había propuesto						5*		1 2 3 4
8. La mayor parte de las cosas que hice fue para escapar o evitar algo que me desagradaba						5*		1 2 3 4
9. Hice cosas para evitar sentirme triste o sentir otras emociones débiles						5*		1 2 3 4
10. Traté de no pensar en mis problemas						5*		1 2 3 4
11. Hice cosas a pesar de que fueron difíciles porque tenia que ver con mis objetivos a largo plazo						5*		1 2 3 4
12. Hice algo difícil que valió la pena hacerlo						5*		1 2 3 4
13. Pasé mucho tiempo pensando demasiado en mis problemas						5*		1 2 3 4
14. Continué pensando sobre formas de solucionar un problema, pero nunca puse en práctica ninguna de las soluciones						5*		1 2 3 4
15. Con frecuencia pienso en tiempo pensando sobre mi pasado, las personas que me han herido, los errores que he cometido, y otras cosas malas de mi vida						5*		1 2 3 4
16. En las últimas semanas no vi a ninguno de mis amigos						5*		1 2 3 4
17. Estuve aislado y callado, incluso con personas que conosco bien						5*		1 2 3 4
18. No fui sensible, a pesar de las oportunidades que tuve para serlo						5*		1 2 3 4
19. Alegré a las personas con mi negatividad						5*		1 2 3 4
20. Hice cosas para apartarme de otras personas						5*		1 2 3 4
21. Me tomé un tiempo libre de las responsabilidades diarias simplemente porque estaba demasiado cansado o no tenía ganas de existir						5*		1 2 3 4
22. Mis actividades diarias se venían afectadas porque no fui tan activo como tenia que serlo						5*		1 2 3 4
23. Organice mis actividades diarias						5*		1 2 3 4
24. Me comprometí solo con actividades que evitaran hacerme sentir mal						5*		1 2 3 4
25. Compartí a sentirme mal cuando otros a mi alrededor expresaban sentimientos o experiencias negativos						5*		1 2 3 4

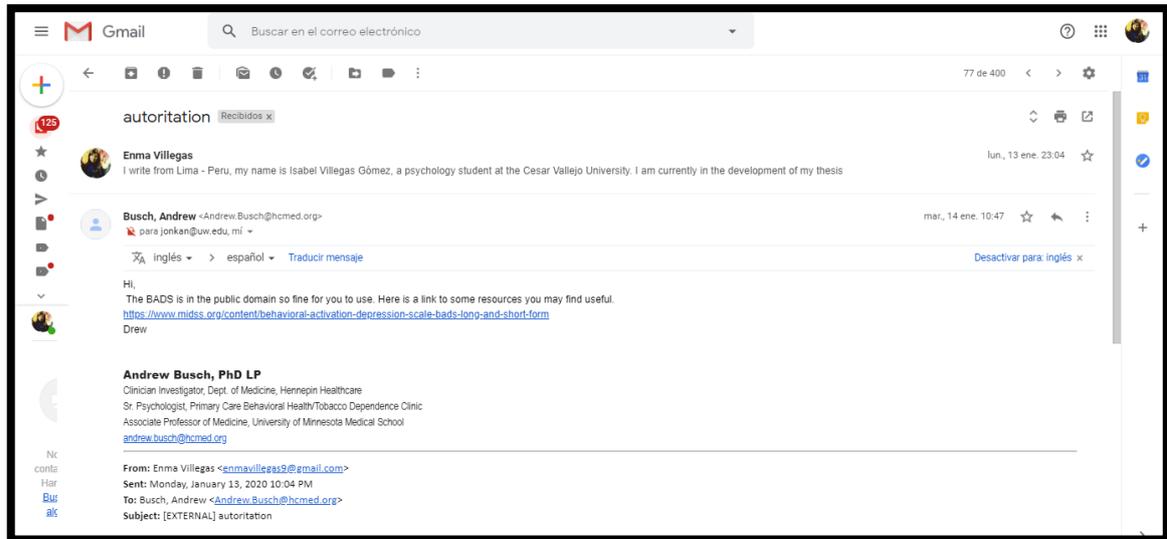
¡Muchas Gracias por su participación!

Nota: Protocolo realizado en base a las herramientas de McCoach et al., 2013

Anexo 17

Figura 17

Permiso del autor de la escala



Nota: Permiso oficial por parte del autor de la escala.

Anexo 18

Figura 18

Baremos del HADS

Puntos de corte para la población	Niveles	HADA	HADD	HADS
	Problema clínico	9 -- Max	8-- Max	17 -- Max
	Dudoso	6-8	5-7	10--16
	Normal	Min-5	Min -- 4	Min-9

Para la toma de muestra se realizó el primer filtro que correspondió a evaluar mediante la escala de ansiedad y depresión hospitalaria a todos los evaluados que respondieron a la escala BADA. Teniendo como resultado a 203 participantes con una presunción diagnóstica de problema clínico en la dimensión de depresión, ya que obtuvieron puntajes mayores a 14.

Anexo 19

Interpretaciones de las puntuaciones totales y por dimensiones según el género.

Tabla 10

Interpretación de resultados del BADS según género

Lesbianas					
PT	Total, Activación conductual para la depresión Diagnostico	PT	Activación Diagnostico	PT	Evitación Diagnostico
9-23	Baja activación conductual para la depresión	4-14	Baja conducta de activación	1-2	Baja conducta de evitación
24-31	Moderada activación conductual para la depresión	15-23	Moderada conducta de activación	3-15	Moderada conducta de evitación
32-50	Alta activación conductual para la depresión	24 >	Alta conducta de activación	16-28	Alta conducta de evitación
Gay					
PT	Total, Activación conductual para la depresión	PT	Activación	PT	Evitación
11 - 24	Baja activación conductual para la depresión	6-14	Baja conducta de activación	1-8	Baja conducta de evitación
25 - 37	Moderada activación conductual para la depresión	15-20	Moderada conducta de activación	9-20	Moderada conducta de evitación
38 - 53 >	Alta activación conductual para la depresión	21-24	Alta conducta de activación	21-30	Alta conducta de evitación
Transexuales					
PT	Total, Activación conductual para la depresión	PT	Activación	PT	Evitación
13-23	Baja activación conductual para la depresión	4-11	Baja conducta de activación	1-5	Baja conducta de evitación
24-29	Moderada activación conductual para la depresión	12-21	Moderada conducta de activación	6-17	Moderada conducta de evitación
30-48	Alta activación conductual para la depresión	22-24	Alta conducta de activación	18-27	Alta conducta de evitación
Bisexual					
PT	Total, Activación conductual para la depresión	PT	Activación	PT	Evitación
3-26	Baja activación conductual para la depresión	3-13	Baja conducta de activación	1-12	Baja conducta de evitación
27-37	Moderada activación conductual para la depresión	14-18	Moderada conducta de activación	13-20	Moderada conducta de evitación
38-54	Alta activación conductual para la depresión	19-24	Alta conducta de activación	23-30	Alta conducta de evitación
Intersex					
PT	Total, Activación conductual para la depresión	PT	Activación	PT	Evitación
26-27	Baja activación conductual para la depresión	1-15	Baja conducta de activación	12-13	Baja conducta de evitación
28-48	Moderada activación conductual para la depresión	16-23	Moderada conducta de activación	14-24	Moderada conducta de evitación
49 >	Alta activación conductual para la depresión	24 >	Alta conducta de activación	25 >	Alta conducta de evitación

Nota: Pt = Puntaje total,

Anexo 20

En la tabla 11, se observa las comparaciones que existen entre las diferentes investigaciones realizadas en otros contextos y bajo otras poblaciones frente a la presente investigación, el cual se observa que las óptimas propiedades psicométricas alcanzadas por la investigación es igual e inclusive mejor que alguna investigaciones, ello conlleva a concluir que los procesos que se usaron según las directrices de la comisión internacional de los test y los estándares para las pruebas educativas y psicológicas, fueron adecuadas para la obtención de un grado alto de validez y confiabilidad de las puntuaciones de la prueba (ITC, 2017; AERA et al., 2014).

Tabla 11

Cuadro comparativo de resultados con otras investigaciones

Autores	País	Muestra	AF	Evidencias de Validez de estructura interna					Confiabilidad		Dimensiones	
				CFI	TLI	GFI	RMSEA	SRMR	ω	α	4 F	2 F
(Villegas, 2020)	Perú	203 personas LGTBI con síntomas depresivos	AFC	.983	.977	-	.014	.044	.727-.859	.746-855		✓
(González-Roz et al., 2018)	España	169 fumadores	AFE/AFC	.980	-	.990	.070	.060	0.85	0.82		✓
(Fuhr et al., 2016)	Alemania	258 (episodios depresivos)	AFE/AFC	.960	-	-	.080	-	-	0.86		✓
(Wagener et al., 2015)	Francia	504 (no clínicos)	AFE/AFC	.990	-	.990	.030	.040	-	0.81		✓
(Teismann et al., 2016)	Alemania	371 (estudiantes)	AFC	.820	-	-	.070	.080	-	0.85		✓
(Li et al., 2014)	China	480 (universitarios)	AFC	.910	.870	-	.050	.030	-	.79		✓
(Kanter et al., 2008)	Estados Unidos	193 (Personas con síntomas depresivos)	AFC/AFE	.823	.804	-	.082	1.00	-	0.92		✓

Nota: AF = Análisis factorial; ω = Coeficiente de omega; α = Coeficiente alfa; F = Factores; CFI= Índice de Ajuste Comparativo; TLI = Índice de Tucker Lewis; GFI = Índice de bondad de ajuste; SRMR= Raíz residual estandarizada cuadrática media; RMSEA: error cuadrático medio de aproximación.

Anexo 21

Piloto

Tabla 12

Variables sociodemográficas (n = 30) piloto

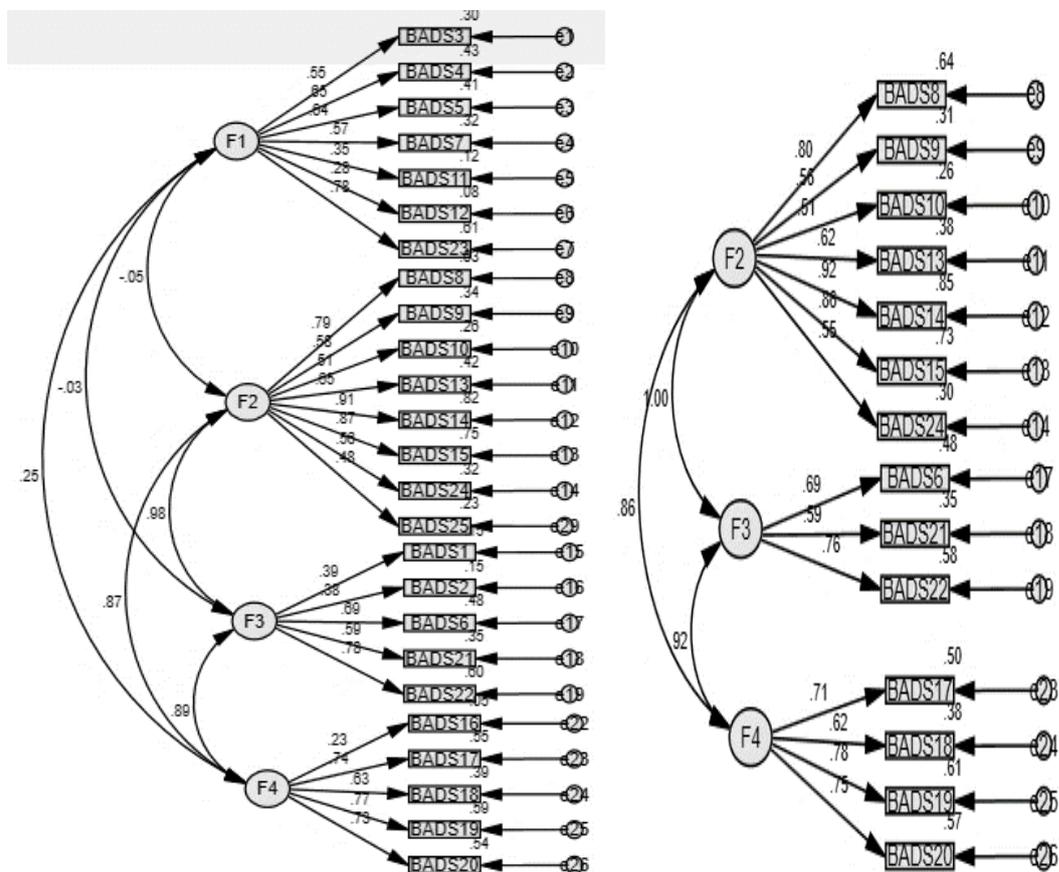
Variable	f	%	Ds	M	Mo
Edad					
18 a 24 años de edad	17	56.6	0.50	1.43	1
25 a 54 años de edad	13	43.3			
Sexo					
♂	19	63.3	0.49	1.36	1
♀	11	36.6			
Orientación sexual					
Lesbianas	8	26.6	1.25	2.50	2
Gay	9	30.0			
Transexual	4	13.3			
Bisexual	8	26.6			
Intersex	1	3.33			
Grado de instrucción					
Superior completo	15	50.0	1.49	2.10	1
Superior incompleto	4	13.3			
Tec. completo	9	30.0			
Sec. incompleta	1	3.33			
Primaria completa	1	3.33			
Hijos					
No	29	96.6	0.18	1.03	1
Si	1	3.33			
Ocupación					
Con trabajo	21	70.0	0.46	1.30	1
Sin trabajo	9	30.0			

Nota: f = Frecuencia; % = Porcentaje; n = Muestra; ♀ = Mujer; ♂ = Hombre; Ds = Desviación Estándar; M = Media; Mo = Moda

Anexo 22

Figura 19

Dos modelos de AFC mediante AMOS del piloto



Anexo 23

Tabla 13

Modelos del instrumento por AFC (n = 30) piloto

Variable	χ^2	df	p	χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA
Modelo 1 (25 ítems en 4 factores)	599.413	269	< .001	2.228	0.415	0.347	0.206
Modelo 2 (14 ítems en 3 factores)	142.48	74	< .001	1.925	0.733	0.672	0.179

Nota. χ^2 = Índice de la Chi-cuadrado; CFI = Índice de Bondad del Ajuste; TLI = Índice Tucker-Lewis; RMSEA = Índice de la Raíz cuadrada media del Error de la Aproximación.

Anexo 24

Tabla 14

Cargas factoriales estandarizadas y correlación entre factores del BADS Modelo 1 (n =30) piloto

Ítems	F1	F2	F3	F4
BADS3	.548			
BADS4	.654			
BADS5	.637			
BADS7	.570			
BADS11	.346			
BADS12	.284			
BADS23	.779			
BADS8		.794		
BADS9		.580		
BADS10		.512		
BADS13		.645		
BADS14		.906		
BADS15		.865		
BADS24		.563		
BADS25		.479		
BADS1			.389	
BADS2			.383	
BADS6			.691	
BADS21			.591	
BADS22			.778	
BADS16				.233
BADS17				.742
BADS18				.628
BADS19				.770
BADS20				.732
Promedio de cargas factoriales	.545	.668	.566	.621
Correlación entre factores				
Activación(F1)	-	-.054	-.029	.246
Evitación (F2)	-	-	.975	.871
Discapacidad L y E (F3)	-	-	-	.890
Discapacidad social (F4)	-	-	-	-

Nota: F = factor; BADS = Escala de Activación Conductual para la Depresion

Anexo 25

Tabla 15

Evidencias de fiabilidad del instrumento (n = 30) piloto

Instrumento	Dimensiones	Nº Ítems	α	ω
Activación conductual para la Depresion (Total)		25	.883	.860
	Activación	7	.761	.750
	Evitación	8	.882	.890
	Discapacidad laboral y escolar	5	.713	.720
	Discapacidad social	5	.772	.780

Nota: α = Alfa; ω = Omega

La investigación realizó un piloto ($n = 30$), el cual se observa en líneas generales que en las variables socio demográficas (ver tabla 12) la mayoría de personas esta entre las edades de 18 a 24 años de edad, por otro lado, el sexo masculino obtuvo mayor presencia, asimismo, la orientación sexual más representativa fue la bisexual y las lesbianas. Por otro lado, mediante el programa AMOS se realizó el AFC (ver tabla 13), el cual no se obtuvo un modelo adecuado, dado que la cantidad muestral es insuficiente, ya que para realizar un AFC o AFE se necesita como mínimo 150 participantes (Medrano & Navarro, 2017). Además, la investigación no realizó un AFE, debido a que apela al argumento, de que dicho análisis solo sería necesario cuando se construye un instrumento y no cuando se adapta, dado que ya existe una tendencia del modelo (Lloret-Segura et al., 2014). Asimismo, (ver tabla 14) se reporta adecuadas cargas factoriales $>.30$ (Escobedo et al., 2015). Por último, en las evidencias de fiabilidad (ver tabla 15), se reporta adecuados valores mayores a $>.70$ en los coeficiente alfa y omega (Ventura-León, 2017).