



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**“Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck
en adultos mayores de la Ciudad de Piura - 2022”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA:

Pérez Vilela, Alejandra (ORCID: 0000-0002-0405-6488)

ASESOR:

Mg. Jesus Alfonso Jibaja Balladares (ORCID: 0000-0003-0545-6878)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Psicométrica

PIURA – PERÚ

2022

DEDICATORIA

A Graciela Aguirre; que, dentro de su memoria vive sola; y, con cada visita me llena el alma.

AGRADECIMIENTO

A cada adulto mayor de la ciudad de Piura, por su tiempo y palabras de aliento.

Índice de contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas.....	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. METODOLOGÍA.....	17
3.1 Tipo y diseño de investigación	17
3.2 Variables y operacionalización.....	17
3.3 Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis..	17
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	18
3.5 Procedimientos.....	18
3.6 Métodos de análisis de datos	19
3.7 Aspectos éticos	19
IV. RESULTADOS	20
V. DISCUSIÓN	28
VI. CONCLUSIONES	31
VII. RECOMENDACIONES	32
REFERENCIAS	33
ANEXOS.....	36

Índice de tablas

Tabla 01:

Validez de contenido por el método criterio de expertos del instrumento de medición en investigación..... 20

Tabla 02:

Validación de ítem-test a través de la correlación del inventario en estudio..... 22

Tabla 03:

Prueba de adecuación muestral de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett.....23

Tabla 04:

Resultados de la confiabilidad usando el Análisis Factorial 24

Tabla 05:

Matriz de componentes rotados 25

Tabla 06:

Análisis de confiabilidad a través del Alfa de Cronbach 26

Tabla 07:

Baremos percentilares generales..... 26

RESUMEN

En el presente estudio se exploran las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en adultos mayores de la ciudad de Piura. La muestra fueron 210 adultos mayores. El inventario mostró un nivel alto de consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach de 0,969. También se obtuvo la validez de contenido mediante el juicio de 7 expertos, arrojando niveles adecuados, y la validez de constructo a través de la técnica análisis factorial obteniendo satisfactorios resultados. En suma, los resultados son indicador de adecuadas propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en adultos mayores de la ciudad de Piura, quedando disponible y aceptable su aplicación en dicha población.

Palabras claves: Depresión, adulto mayor, propiedades psicométricas.

ABSTRACT

In the present study we explore the psychometric properties of the Beck Depression Inventory in older adults of the city of Piura. The sample was 210 older adults. The inventory showed a high level of internal consistency using the Cronbach's alpha of 0.969. Content validity was also obtained through the judgment of 7 experts, yielding adequate levels, and construct validity through the technique factorial analysis obtaining satisfactory results. In summary, the results are indicative of the adequate psychometric properties of the Beck Depression Inventory in older adults of the city of Piura, making its application in the population available and acceptable.

Keywords: Depression, older adult, psychometric properties

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los dos problemas psicológicos que afectan a un amplio número de personas en todo nivel, tanto mundial como a nivel nacional.

Es escaso el trabajo investigativo sobre las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en adultos mayores, lo cual motivó a ejecutar el presente trabajo de investigación cuya finalidad prima sobre el aporte a el área de la metodología con un instrumento de detección de depresión en adulto mayor con datos válidos y confiables, basándose en los resultados de la realidad piurana ayudando, como ya se ha mencionado, a la comprensión de la sintomatología depresiva.

En relación a la depresión dentro la población adulto mayor Sosa, 2000, refiere que “La depresión es lo más común en el adulto mayor asociado a las enfermedades que se generan durante esta edad. Pese a que la prevalencia no se ha documentado como considerable, sorprende la frecuencia con la que la depresión y sus problemas acompañan a las tan variadas complicaciones de salud de personas ancianas. Las situaciones como aislamiento social, pérdidas frecuentes y el hecho de que la mayoría de los senectos ven el envejecimiento como algo malo, hacen que estos sean mucho más vulnerables. Sin embargo, estos ancianos han tenido citas con diferentes médicos, quienes hicieron una serie de diagnósticos, pero ninguno tenía que ver con problemas depresivos

Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2016 pronuncia que, “La depresión es un trastorno mental que ocurre con mucha frecuencia, caracterizado por la pérdida de interés y placer en hacer las cosas, la presencia de tristeza, falta de autoestima al igual que de sentimientos de culpa; viene acompañada también de trastornos alimenticios, de sueño y dificultad para concentrarse”.

A nivel nacional “Las adicciones, la depresión, la ansiedad y otros problemas mentales afectarán a cuatro de cada diez peruanos en algún momento de su vida”, según el Ministerio de Salud (MINSA). La ansiedad y la tristeza son los problemas más comunes a nivel nacional, según una investigación estadística de la Dirección de Salud Mental del MINSA. Una condición de salud mental afecta a cuatro de cada 10 peruanos. (10 de octubre de 2012). *Perú 21*.

La ciudad de Piura, no es ajena a esta problemática, ya que existen grupos de adultos mayores en establecimientos de salud y organizaciones con esta

característica, que mediante la realización de actividades buscan mejorar su calidad de vida, sin embargo existen también adultos mayores que asisten con el profesional de psicología presentando sintomatología depresiva, en este sentido para el profesional es importante contar con un instrumento que le confirme los indicadores respecto al estado depresivo del paciente para poder abordarlo de la manera adecuada a su estado depresivo.

La investigación surgió a partir de la frecuencia con la que los problemas depresivos son una de las perturbaciones psicológicas de mayor frecuencia, haciendo una comparación con rama de la medicina, podríamos decir es el equivalente a un “resfriado” entre los problemas de salud mental.

Por ese motivo se formuló el cuestionamiento siguiente: ¿Cuáles eran las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en adultos mayores de Piura 2022?

La justificación teórica del estudio realizado se fundamentó ya que en la población adulto mayor la depresión se acentúa debido a las pérdidas experimentadas a lo largo de la vida, a la situación física que se tiene, el hecho de estar sin trabajo, o de realizar actividades de manera limitada. En el adulto mayor, esta inseguridad se encuentra fortalecida por diversos factores, aislamiento en diferentes sentidos, dificultades económicas, cambios en la rutina y su modo de vida.

Tiene una justificación metodológica con beneficios para los profesionales de la salud mental, ya que las propiedades psicométricas de este inventario, será de gran utilidad ya que podrán aplicarlo en sus centros de trabajo de manera grupal o individual para averiguar las dificultades que presentan los pacientes adultos mayores con depresión.

La justificación práctica del presente trabajo investigativo partió de la carencia de instrumentos válidos, confiables y estandarizados de medición en adultos mayores con depresión, siendo de valor vital en el diagnóstico y posterior tratamiento del mencionado problema de salud mental en la tercera edad.

La justificación social, implica que la investigación es una alerta acerca de un problema social que demanda de un conjunto de medidas que redundan en la solución de problema, a través de la información obtenida que ayude a comprender mejor el problema, sobre las que se puede tomar acciones correctivas para

enmendarlo, beneficiando a adultos mayores de la ciudad de Piura para que diagnóstico y tratamiento de la depresión.

Como principal objetivo, los investigadores buscaron determinar las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en los barrios de Piura.

Asimismo, como objetivos específicos: Establecer cuán válido es el contenido mediante el análisis de expertos del Inventario de Depresión de Beck en adultos mayores de Piura. Establecer validez de constructo a través el método ítem-test de obstrucción del Inventario de Depresión de Beck en adultos mayores de 18 años de Piura. Establecer cuan válido es el constructo mediante el método de análisis factorial del Inventario de Depresión de Beck en adultos mayores de 18 años de Piura. Establecer la confiabilidad por consistencia interna a través del estadístico de Alfa de Cronbach del Inventario de Depresión de Beck en adultos mayores de la ciudad de Piura. Establecer las normas percentilares del instrumento en cuestión.

II. MARCO TEÓRICO

La investigación presentada en estas páginas es respaldada por algunos antecedentes de manera internacional y nacional que aportaron referencias a la misma, las cuales se detallan a continuación:

Benites, A., Tadeo, R., (2020). En su publicación, Propiedades psicométricas del Inventario de depresión de Beck II en pacientes atendidos en Hospital I la Esperanza – EsSalud. “Como objetivo general buscó determinar estas propiedades utilizando una muestra de 343 pacientes, 79 varones y 264 féminas, con un rango de edad de 18 a 80 años, que requieren el servicio de los psicólogos del hospital, en un periodo comprendido por los 4 últimos meses del año 2019 (de septiembre a diciembre). En cuanto a la validez del constructo a través del análisis factorial confirmatorio, se observó los índices de ajustes; RMR= .029; (2/gl= .363, AGFI= .986; RFI= .983, NFI= .985; PNFI= .88.2, PRATIO=.895;) y cargas factoriales. Del mismo modo, la confiabilidad fue trabajada con el Coeficiente Omega, y se estimó la consistencia interna de .93. Del mismo modo, se realizaron los baremos Percentilares generales, con puntos de corte y niveles. En conclusión, se encontraron adecuadas propiedades psicométricas para el inventario evaluado”.

La investigación realizada por Bendezu Barreto, M., y Valverde Marrufo, E., (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck pacientes atendidos en el servicio de salud mental de un centro hospitalario en la ciudad de Chimbote. “Buscó establecer las pruebas psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II en una muestra de 360 personas de ambos géneros, con una edad mayor a los 13 años, que son atendidos en el servicio de salud mental de un hospital de la ciudad de Chimbote. Los resultados muestran que la estructura interna es legítima, utilizando el análisis factorial confirmatorio y la técnica de máxima verosimilitud, la cual reportó RMSEA=.56, GFI=.89, CFI=.90, SRMR=.52, PNFI=.75, TLI=. 89, así como la confiabilidad a través del método de consistencia interna a través del coeficiente omega, el cual reporta un valor de .76 para el factor cognitivo-afectivo y una puntuación de .87 para el factor somático-motivacional. Contribuyendo en el área metodológica, práctica y teórica.

El estudio realizado por Barreda Sánchez-Pachas, D., (2019). Propiedades psicométricas de la versión II del Inventario de Depresión de Beck (IDB-II). “Aquí se estudió una muestra de 400 peruanos, atendidos en consulta externa de un centro especializado en salud mental de la capital peruana el rango de edad de quienes participaron en este estudio fue entre 17 y 71 años. Se encontró que el coeficiente de confianza alfa de Cronbach era alto (alfa = 0,93) en el estudio. Se redujo hasta el punto en que no se eliminó ninguno de los 21 ítems del BID II, dejando el número total de ítems para el examen final en 21. El índice de validez de contenido fue alto, con un puntaje Aiken V de .99, lo que indica que todos los ítems eran legítimos. Se utilizó el análisis de componentes principales para evaluar la validez de constructo; el modelo previamente propuesto de dos variables somático-afectivas y cognitivas no fue verificado en este estudio. El análisis de componentes principales muestra que el BDI-II, de las dimensiones generales de la depresión mide una sola”.

Carranza, R., (2013) indagó las Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en Universitarios de Lima. Universidad Peruana Unión – Tarapoto. “El propósito fue evaluar las características psicométricas del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) entre estudiantes universitarios de Lima. Los índices del Inventario de Depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA) fueron minuciosamente estudiados por sus cualidades psicométricas, revelando una excelente consistencia interna (alfa de Cronbach). De igual forma, se estableció la validez de constructo y de contenido mediante el enfoque de análisis factorial, con excelentes resultados. Por último, se consiguieron ideales propiedades psicométricas del BDI-IIA. Los hallazgos muestran que el instrumento tiene consistencia interna, validez y que tan estable es el instrumento ideal con nuevos parámetros para universitarios de 16 a 36 años de Lima.

La investigación presentada por Andrade, L., (2010). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) en residentes de la ciudad de México (tesis de licenciatura). Universidad Autónoma de México. “Se trata de un estudio no experimental, ex post facto de carácter psicométrico; en el que se administró una versión traducida al español del BDI-II a un total de 574 estudiantes de entre 12 y

66 años de edad. Todos los reactivos discriminan entre puntajes altos y bajo, y tiene altas correlaciones ítem-test, lo que los señala como buenos predictores del síndrome depresivo. Se obtuvo un Coeficiente Alfa de 0.954 y dos factores mediante el Análisis Factorial de los datos. Se concluye que la adaptación traducida al español del BDI-II tiene sus propiedades psicométricas aptas para residentes mexicanos.

La teoría de Beck ha significado una relevante importancia en relación a la indagación de la psicopatología relacionada a la depresión, animando a postular conceptos y técnicas que lograron contribuir a una mayor determinación de los modelos explicativos sobre dicho trastorno, así como todo lo relacionado a diseños y métodos correctos para evaluar los modelos.

La afirmación elemental y esencial instaurada por Beck en su teoría expresa que, en los desarreglos emocionales, hay una discrepancia en el proceso de la información. Es así, que en las personas con problemas depresivos aparece un sesgo durante la interpretación de los acontecimientos o situaciones que involucran una privación o pérdida. Es normal que las personas con características depresivas aprecien excesivamente estos hechos negativos, llegando a catalogarlos como generales, normales y definitivos, exponiendo, pues, lo conocido como la tríada cognitiva negativa: una negativa mirada del ego, del futuro y sobre mundo. El mencionado proceso cognitivo errado que está en los problemas depresivos, llevan a los síntomas directamente involucrados con la afectividad, así como también su conducta, la motivación y los fisiológicos que la caracterizan.

La famosa triada cognitiva que Beck propone nos habla sobre el formato característico que padecen los sujetos depresivos, y que el mismo Beck cataloga la triada depresiva, consiste en una visión negativa de:

- Sí mismo: Las personas que padecen de depresión, comúnmente se les considera como personas deficientes e improductivos (García-Allen, 2015), fracasados, se ven desgraciados, torpes, crónicos, constantemente tienden a una perspectiva de bajo valor sobre ellos mismos (Camacho, 2003). Le atribuyen sus errores a un defecto mental físico o moral que tengan, y llegan a pensar que los demás los repudian (García-Allen, 2015). Consideran cierto

que carecen completamente de fortalezas o destrezas que le generen mantenerse en estados de alegría, buenos y felices. (Camacho, 2003).

- Del mundo o de sus experiencias: Sienten frustración y derrota social, que no dan la talla a lo que se les exige ni son capaces de traspasar los obstáculos (García-Allen, 2015). El sujeto ve sus relaciones con el ambiente en términos fatalistas, cada pequeño obstáculo lo ven exageradamente grande, constantemente están encontrando problemas. (Camacho, 2003).
- Del futuro: La persona es susceptible a visualizar el futuro de una manera pesimista, como si solo cosas peores le fueran a pasar. Le es difícil proyectar un sentido realista o de optimismo. (Camacho, 2003).

Estos tipos de depresión ocasiona conductas inadecuadas que, en situaciones normales, los individuos no las realizan, pues los pensamientos referentes a la óptica de sí mismos, del mundo y del futuro, es negativa. Ante este tipo de situaciones, los individuos depresivos producen pensamientos automáticos seleccionados de cada una de las situaciones que experimentan en la vida, y son alentados de gran negatividad, transformándose con el tiempo en distorsiones cognitivas llegando a esclavizarse de las mismas.

La depresión está íntimamente relacionada con las distorsiones cognitivas, por lo general se manifiestan como pensamientos autónomos y su principal característica es que aparecen en la mente de forma involuntaria y automática, con frecuencia tienden a distorsionar de manera exagerada las situaciones; hace que cada individuo acoja y tome una postura que le lleve a considerar de forma rígida cada acontecimiento vivido. Es así que, ante una misma situación, cada individuo la toma desde su punto de vista asegurando estar en lo cierto, dejando de lado información externa.

Los pensamientos involuntarios no son fáciles de suprimir, debido a que, como no son pensamientos reflexivos ni racionales, no se puede comprobar que sean reales y quien los tiene a menudo cree en ellos con facilidad. Así mismo son el reflejo circunstancial de lo que se ha aprendido a lo largo de la niñez y adolescencia, ya sea en la escuela, familia u otros espacios socioculturales. Siendo absorbidos y

albergados en la conciencia "esperando" a ser expulsados por escenarios emocionalmente cargados (Ruiz y Imbernon, 1996).

Se presenta, a continuación, la lista con las que viene siendo consideradas como las significativas distorsiones cognitivas que se presentan en la depresión:

1. Filtraje o absorción selectiva: Se logra adoptando una perspectiva amplia en forma de "visión de túnel" de una característica particular de una situación, un aspecto que une todas las interpretaciones del escenario y excluye a quienes no están de acuerdo. Cuando se da prioridad a lo negativo, se ignora lo positivo. No estoy seguro de poder manejar esto, no estoy seguro de poder manejar esto y no estoy seguro de poder manejar esto son las frases importantes para detectar esta distorsión. Así como es horrible, es intolerable.

2. Pensamiento polarizado: Esta forma desviada de pensar se caracteriza por que se resaltan los hechos de manera exagerada y se deja de lado los aspectos en término medio. Las circunstancias son percibidas como blancas o negras, como buenas o malas. Las palabras claves que identifican a las personas que padecen de esta distorsión son: "Inútil", "Fracasado", "Cobarde".

3. Sobregeneralización: Trata sobre llegar a una conclusión general sobre un hecho en particular sin argumentos suficientes. Las palabras claves que identifican a las personas que padecen de esta distorsión son: "Nadie... Todo... Todos... Nunca... Siempre... Ninguno..."

4. Interpretación del pensamiento: Es interpretar sin sustento alguno el sentir e intención de terceros. En algunas ocasiones, dichas interpretaciones están basadas en un sistema nombrado proyectivo, este se trata de asumir en los demás tienen el mismo sentir y motivación que nosotros. Las palabras claves pueden ser: "Esto se debe a...", "Eso es porque...", "Sé que eso es por..."

5. Visión catastrófica: Trata sobre predecir de manera trágica, acontecimientos para intereses particulares, prediciendo que sucederá lo peor. La palabra clave pueden ser: "¿Y si me ocurre... tal cosa?"

6. Personalización: Es aquella costumbre de vincular con uno mismo, sin fundamento real, los hechos de todo de lo que nos rodea. Las palabras claves pueden ser: "Hago esto mejor (o peor) que tal", "Lo dice por mí".

7. Falacia de control: Es un pensamiento respecto a la visión que tiene el individuo de sí mismo sobre que tanto control tiene este sobre lo que le pasa a lo largo de su vida. Aquí existen dos posibilidades, el individuo cree ser responsable de todos los acontecimientos que pasan a su alrededor o cree no tener control alguno sobre estos mismos.

8. Falacia de justicia: Los individuos tienen como hábito ver algo injusto aquello que va en desacuerdo con sus ideas. Palabras claves son: "Si de verdad tal, entonces... cual", "No hay derecho a..." "Es injusto que...".

9. Falacia de cambio: Aquí el individuo cree que su bienestar radica exclusivamente en el actuar de las demás personas, también piensa que antes que él, son los otros quienes deben cambiar su conducta para que este mismo pueda cubrir sus necesidades, debido a que creen depender solo de aquellos. Como palabras claves tenemos: "Si tal cambiara esto, yo me sentiría mejor"

10. Etiquetas globales: Se trata de etiquetar con un nombre globalizador, bien a nosotros o a aquellos, generalmente se les designa con el verbo "ser". El hecho de agrupar con una etiqueta situaciones distintas de manera inadecuada, produce una visión del mundo errada y promueve los estereotipos en las personas.

Otros autores respaldan la teoría con sus estudios realizados por años, de esta manera Seligman (1975) planteó una hipótesis sobre, la situación por la cual se produce la depresión. "Cuando la persona es incapaz de encontrar una diferencia entre sus actos o comportamiento y las consecuencias positivas o negativas que estos tienen, se produce algo llamado indefensión aprendida." Dicha expresión hace alusión al estado pasivo, así como a otras maneras en el actuar que el

individuo tiene cuando se ve comprometido en situaciones donde no hay una discriminación de relación entre sus actos y las consecuencias de estos.

Posteriormente, Abramson y sus colaboradores (1978) replantearon la hipótesis de Seligman, resaltando el tipo de aportaciones que el individuo hace sobre la causa de su indefensión, estas aportaciones varían ocasionalmente en las dimensiones siguientes: interna- externa, global-específica, y estable inestable. Un ejemplo de esto es que, si un individuo acude a una entrevista de trabajo y no logra ocupar el puesto, culpa de su fracaso a su baja capacidad, esto es una atribución de tipo interno, estable y global. Pero si atribuye su fracaso a que el para él no era ese puesto de trabajo, estaría haciendo una atribución de tipo externo, específica e inestable. Las tres dimensiones mencionadas anteriormente determinan el efecto sobre la autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión sobre la depresión. (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000).

Está comprobado que, más probable es que los sujetos que sufren de depresión atribuyan los acontecimientos malos a ellos mismos (factores de atribución internos), a factores estables y globales (estos dos últimos quieren decir que son irreversibles y que abarcan todo) (Peterson, Maier y Seligman, 1993).

Rehm (1977) planteó un sistema de autocontrol para los problemas depresivos, en este trató de incluir los aspectos cognitivos y de conducta de estos. La práctica en el autocontrol enfatiza una mezcla de la consecución progresiva del objetivo, autorrefuerzo, control de contingencias y rendimiento de la conducta. En la práctica del autocontrol, tal y como lo desarrolló el autor Rehm (1977), se comprende que los problemas depresivos o depresión es producto de la relación entre recompensas y castigos, un producto negativo. La teoría del autocontrol hace énfasis en la atribución del sujeto a esta mala relación, por medio de las respuestas cognitivas y de conducta. Se intuye que los sujetos en depresión portan una aspiración a la perfección, tienen metas que no se pueden obtener, hacen énfasis en lo negativo de lo que les rodea y ponen poco esfuerzo pese a que el castigo sea alto. La actual teoría no trata de hacer menos el papel de los factores del ambiente, esta considera que los acontecimientos buenos, se dan con en muy poca medida,

debido a sesgos cognitivos no funcionales y déficit de estrategias de autocontrol. El individuo puede recurrir al autocastigo como resultado de la mala regulación de las expectativas y los procedimientos de autoevaluación, la codificación y el procesamiento selectivos y la recuperación de eventos desagradables. (Vázquez et al., 2000).

La biología nos explica los fundamentos sobre la depresión. “Pese a la increíble cantidad de estudios que fueron realizados en los últimos años acerca de la depresión y su biología, aún es poco el conocimiento que se tiene sobre el papel de los componentes orgánicos en la patogénesis y etiología de la depresión mayor (Thase y Howland, 1995). Una gran parte de las teorías de los problemas depresivos incluyen cambios en algunos de los sistemas neuroquímicos del cerebro. Se está estudiando la participación de varios neurotransmisores en el sistema nervioso central, en particular las norepinefrinas, catecolaminas y la dopamina, así como la serotonina, indolamina, y la acetilcolina. Friedman y Thase (1995). Afirman que la depresión puede verse biológicamente como una aberración en la regulación de uno o más de estos sistemas de neuroconducción: 1) inhibición del comportamiento; 2) facilitación del comportamiento; 3) ritmos biológicos; 4) respuesta al estrés; y 5) procesamiento de información en la corteza ejecutiva. El error en estos sistemas podría ser heredado o adquirido. Incluso una razón más concreta, sería que las anomalías en uno de los muchos sistemas que puedan generar problemas depresivos en un individuo, sean producidos por la interacción entre hechos de estrés que dicho sujeto vive. (Post, 1992; Thase y Howland, 1995)” (Vázquez et al., 2000).

Con fines específicos de del estudio realizado, es de suma importancia definir este término, el mismo aludido a lo largo de la investigación, así como también la diferenciación del adulto mayor.

Los 60 años fueron definidos como el umbral de edad en la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Viena en 1982, y la Organización Mundial de la Salud desarrolló la frase "Adultos Mayores" para referirse a los mayores de 60 años en 1984, esto también se aplica en Perú.

Cuando nos referimos a un estado depresivo, estamos hablando de un escaso porcentaje de contestación de las personas ante los incidentes del diario de la vida. Las personas están enfocadas en imágenes y pensamientos alrededor de sus desgracias, indefensión, o incapacidad. También hablamos de tener baja autoestima y tener una mala visión de sí misma, de su futuro y vida. Los pensamientos o impulsos suicidas son comunes, al igual que la falta de interés en las actividades normales, la dificultad para disfrutar de las actividades normales y los sentimientos de culpa, ira o preocupación. Existe una particularidad básica de los sujetos depresivos en la que se ve afectado el nivel de intensidad con la que realizan sus quehaceres habituales. El notable descenso sobre el apetito, dificultades para dormir y el desinterés por las relaciones sexuales son síntomas de depresión. (Ruiz y Imbernon, 1996).

Es de vital importancia recordar que, según el manual CIE-10 el episodio de problemas depresivos debe tener una duración de por lo menos 14 días (2 semanas) para poder diagnosticarse y otorgarle la categorización respectiva de acuerdo al nivel en el que se presente.

Para poder catalogar como un problema de depresión mayor, un simple episodio depresivo, el DSM-V da los siguientes criterios para que el primero se diagnostique de manera correcta:

- A. Cinco o más de los siguientes síntomas estuvieron ahí durante las mismas dos semanas y manifiestan un cambio en la funcionalidad de anterior; al menos uno de los síntomas es el 1 (estado de ánimo deprimido) o el 2 (pérdida de interés o placer).

Nota: No atribuir síntomas que podrían deberse a razones médicas.

- 1. Estado de ánimo deprimido casi todo el tiempo, las razones pueden ser variadas y la información subjetiva (p. ej., se siente decaído, sin esperanza y triste) a los ojos de los demás puede verse lloroso. Nota, los niños y adolescentes pueden sentirse irritados en vez de tristes.

2. Gran desinterés por las cosas y actividades cotidianas (se puede ver en la observación y la información subjetiva).

3. Pérdida anormal del peso corporal o bien aumento anormal del mismo (p. ej., alteración del 5% del peso en 4 semanas) aumenta o se disminuyen las ganas de comer diario. (Nota: En infantes se debe considerar el fracaso para el aumento de peso deseado).

4. Dificultad para dormir o muchas ganas de hacerlo.

5. Alteración psicomotora (retraso o agitación) diariamente (puede ser observada por 3ros y no solo por la sensación de agitación o retraso)

6. Cansancio y fatiga a diario.

7. Sentimientos de culpa e inutilidad en exceso a diario, llegando a ser frenético (o solo el autorreproche o culpabilidad por estar delicado de salud).

8. Presenta trastornos de déficit de atención, problemas para poder pensar, tomar decisiones y casi todo el tiempo. (Partiendo del relato subjetivo, pero también es observable).

9. Ideas de cometer suicidio, pensamientos de muerte (no solo del miedo a esta) que pueden estar o no planificadas para llevarse a cabo, intentos de suicidio.

B. Los síntomas pueden causar problemas y malestares clínicos importantes, al igual que deterioro en el ámbito laboral y social.

C. El episodio no se puede asignar a efectos fisiológicos de alguna sustancia o situación médica.

Nota: Los puntos A-C componen un episodio depresivo avanzado.

Nota: Las reacciones ante una pérdida grave (duelo, crisis económica, ruina causada por un desastre natural, condiciones médicas graves) pueden contener sentimientos de extrema tristeza, problemas para dormir, falta de apetito y

variaciones en el peso descritas en el punto A, que simulan un episodio de depresión. Aunque estas reacciones llegan a ser difíciles de comprender o considerados normales ante la pérdida, es oportuno considerar la presencia de un episodio depresivo avanzado.

Dicha decisión precisa el criterio clínico en base a la historia y las normas culturales del sujeto para que se exprese la molestia dentro del contexto de la pérdida.

A. Se cumplieron los criterios para al menos un episodio maníaco.

(Criterios A–F en “Episodio maníaco” más adelante) al menos para un episodio de depresión mayor (Criterios A–C en “Episodio de depresión mayor” antes citados).

B. No hubo episodio maníaco.

C. La presencia del o los episodios hipomaniacos y depresivos avanzados, no son mejor explicados por trastornos esquizofrénicos, esquizoafectivos o esquizofreniformes, tampoco por trastornos de ideas delirantes, alguna otra variante del espectro esquizofrénico o trastornos de psicosis.

D. Los síntomas depresivos o de incertidumbre con causa en la alternación con frecuencia de periodos depresivos e hipomaniacos, provocan molestias clínicas altas y desgaste laboral y social,

El problema psicológico más importante que se propone el sujeto al llegar a la tercera edad es, de qué manera pueden lograr adaptarse a su nueva forma de existir, la inseguridad que naturalmente sienten las personas aumenta significativamente en la vejez. Dicha inseguridad se encuentra fortalecida por diversos factores, aislamiento en diferentes sentidos, dificultades económicas, cambios en la rutina y su modo de vida.

Dentro del entorno social que rodea al adulto mayor, se experimentan importantes cambios, cambios que afectan las relaciones de pareja, familiares y sociales. Lo difícil que resulta el adaptarse a estos cambios que llegan con la tercera edad, provocan que el sujeto se sienta abatido psicológicamente y por tanto existe la posibilidad de que se origine una enfermedad depresiva. La cercanía con el fin de

la vida, tiene importantes connotaciones psicológicas y por lo general es aceptada con tristeza y dificultad. Todos estos factores favorecen la llegada de enfermedades depresivas o causan la descompensación de depresiones sufridas en edades más tempranas (adolescencia o juventud) y que la probabilidad que tienen los ancianos para sufrirlas sea alta. Ocasionalmente la depresión suele equipararse con la llegada de la vejez, pero la depresión y sus problemas no son normales durante esta etapa.

El adulto mayor en depresión expresa su situación de diversas maneras. Por ende, los síntomas llegan a ser muy variados de un paciente a otro. En el aspecto funcional ellos se sienten, tristes, abatidos, irritables, solos, también expresan miedo, llanto, se muestran desinteresados y ansiosos. En el aspecto cognoscitivo existen pensamientos de suicidio, poca autoestima, alucinaciones, ideas delirantes, pesimismo, duda sobre sus valores y creencias, dificultad para concentrarse, mala memoria, etc. En el aspecto físico, pueden presentarse, problemas con el sueño, trastornos alimenticios, astenia, variaciones en el peso, inquietud, dolores, etc. En el aspecto volitivo reflejan falta de motivación y voluntad para seguir con su día a día.

Los sujetos tienen signos en su aspecto físico que se pueden observar, como cara triste, postura inmóvil, son suspicaces y a veces hostiles, presentan confusión, no son colaborativos y, en casos de gravedad presentan babeo y un aspecto desaliñado. Se puede ver impactación fecal y adelgazamiento, poca gesticulación y movimientos lentos. Algunos muestran agitación, lesiones de rascado, caminan lento y con movimientos torpes. En ocasiones el comportamiento está fuera de lo común con, negatividad, intentos de suicidio, caídas súbitas hacia atrás y agresividad. En la mayor parte de casos los síntomas no son tan notorios sino un poco más discretos dentro de lo que cabe. A diferencia de los jóvenes cuya tendencia predominante es el sentimiento de culpa, en los ancianos predomina la somatización. (Insomnio, dolores, estreñimiento, etc.). En cuanto a las ideas de suicidio es más frecuente en los jóvenes, pero si se habla de intentos reales de este son más frecuentes en los adultos mayores. Los ancianos con mucha frecuencia se sienten muy inútiles. (Crespo, 2011)

Hay varias distinciones entre la depresión experimentada por un adulto mayor y la depresión experimentada por un adulto. Hay más quejas somáticas relacionadas con el dolor en los ancianos, y la pérdida de la estima personal es un síntoma más relevante en la edad avanzada en términos de control personal. Del mismo modo, las quejas de olvido están más relacionadas con la tristeza que con el olvido en sí mismo, y los pensamientos de juzgar a los demás juegan un papel.

Las personas mayores están más preocupadas por sus propios éxitos a lo largo de su vida, y siempre hay una sensación de desesperación, insomnio, agitación, estrés y sentimientos melancólicos. Los síntomas depresivos tienden a volverse más consistentes y uniformes a medida que pasa el tiempo.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación:

El tipo de esta investigación fue no experimental ya que carece de manipulación deliberada de variables y en la que sólo se tiene en cuenta el fenómeno en su espacio natural para que luego pueda ser estudiado. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010)

Diseño de investigación:

Es de diseño psicométrico puesto que se encuentra relacionado con la adaptación y construcción de test psicológicos, aptitudes específicas, habilidades, personalidad, intereses vocacionales y escalas de actitudes. Lo cual significa que los estudios generan el desarrollo de instrumentos de medición con los requisitos de confiabilidad y validez necesarios para conseguir resultados reales y coherentes de las conductas establecidas (Alarcón, 2008).

3.2 Variables y operacionalización

Definición conceptual: La condición depresiva implica una disminución en el nivel de reactividad de la persona a los eventos de su vida. El individuo está preocupado por imágenes e ideas relacionadas con sus pérdidas, incompetencia, fracasos o impotencia. (Ruiz y Imbernon, 1996)

Definición operacional:

El instrumento de medición usado para fines de la investigación, consta de 21 ítems, aplicados a adultos mayores sin alguna enfermedad degenerativa.

Indicadores: Se mide la depresión mediante componentes psicológicos, físicos y emociones.

Escala de medición: Se utilizó una escala de medición de tipo ordinal

3.3 Población, muestra, muestreo, unidad de análisis

Población: Para esta investigación los sujetos de selección fueron personas a partir de 60 años de edad de la ciudad de Piura, 300 personas en total, 145 del sexo femenino y 155 del sexo masculino.

- **Criterio de inclusión**

- Adultos mayores de la ciudad de Piura.
- Adultos mayores que sepan leer y escribir.

- **Criterios de exclusión**

- Adultos mayores que no respondan completamente el inventario.
- Adultos mayores analfabetos.

Muestra

Arias (2012), refiere que la muestra es aquel subgrupo finito y con un nivel de representatividad sobre las variables o fenómenos de la población. Para conseguirlo se propuso la siguiente fórmula que da como resultado la muestra de 210 adultos mayores con una confianza de 95% y un error estándar del 5%.

$$n = \frac{1.96^2 * 300 * 0.5 * 0.5}{0.05^2(300 - 1) + (1.96^2 * 0.5 * 0.5)} = 210$$

Muestreo

La muestra se obtuvo a través del muestreo no probabilístico por juicio, ya que sólo los adultos mayores en condiciones de escribir y leer participaron de la investigación.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos Para esta investigación se utilizó la técnica de la encuesta y el instrumento usado para la recolección de datos fue el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Anexo .

3.5 Procedimientos

Los pasos seguidos para el análisis de todo lo referente a la recolección de datos para la investigación fueron: en primera instancia, solicitar la autorización respectiva al Centro del Adulto Mayor (CAM) de EsSalud en Piura para aplicar el inventario a su población. Como segunda instancia se organizó el día y hora para la reunión con los adultos mayores de centro. Finalmente se aplicó el inventario para realizar el análisis correspondiente para fines de la investigación.

3.6 Métodos de análisis de datos

El instrumento que usó esta investigación es el SPSS, un programa estadístico informático muy usado en las ciencias exactas, sociales y aplicadas, además de las empresas de investigación de mercado, ya que cuenta con capacidades informáticas que permiten obtener estadísticas precisas y ampliar los resultados. “Es un coeficiente que se determina como el cociente de un dato recogido sobre la mayor suma de la diferencia de los valores concebibles”, según el coeficiente de validez de Aiken. Puede determinarse utilizando los juicios de un grupo de jueces en referencia a un solo elemento o los juicios de un solo juez en relación con una variedad de objetos. (Escrura, 1988, p.107). Para establecer la validez de constructo se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson que arroja la relación de los ítems respecto al inventario, es decir, si los ítems tienen relación con lo que se pretende medir. Además, Se utilizó la prueba de adecuación de muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para ver si el análisis factorial, que proporciona la estructura interna, las dimensiones subyacentes y la transformación de una gran cantidad de variables, podría elaborarse en una estructura con menos dimensiones, más simple y que proporcione la misma información y permita así globalizar la investigación. La consistencia interna del instrumento, se obtuvo mediante la prueba estadística Alfa de Cronbach. Por último, se utilizaron los baremos percentilares, que brindaron las normas, niveles y/o categorías de la variable investigada.

3.7 Aspectos éticos

La investigación fue realizada basándose en los principios éticos provenientes de los principios universales de los derechos humanos, y que han sido considerados en el reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo. Para esto se explicó la motivación de la indagación, además se fundamentó el procedimiento del instrumento a emplear, también se solicitó la autorización para la aplicación del inventario, de igual manera se explicó la aplicación del instrumento a las personas a evaluar, garantizando y cuidando la confidencialidad de la información recolectada.

IV. RESULTADOS

4.1 Validez

Tabla 1: Validez de contenido por el método criterio de expertos del instrumento de medición en investigación.

Se utilizó el Valor Aiken para las tres categorías que indican el formato por juicio de expertos. Por un lado, en la categoría Claridad se obtuvo un porcentaje de acuerdos entre 85.71 y 100% con un nivel de significancia de .008 en su mayoría. Por otro lado, en la categoría relevancia se obtuvo un porcentaje de acuerdos por unanimidad de 100% con un nivel de significancia de .008. Y, por último, en la categoría coherencia se obtuvo un Valor Aiken entre 0.86 y 1.00 con un nivel de significancia de .008 y un índice de acuerdos de 1.00. Estos resultados indican una validez de contenido adecuada del instrumento.

ÍTE MS	CLARIDAD			RELEVANCIA			COHERENCIA			
	Total	% de acuerdos	Sig. (p)	Total	% de acuerdos	Sig. (p)	Total	V Aiken	Sig. (p)	IA
1	6	85.71%	-	7	100%	.008	20	0.95	.008	1.00
2	7	100%	.008	7	100%	.008	21	1.00	.008	1.00
3	7	100%	.008	7	100%	.008	21	1.00	.008	1.00
4	7	100%	.008	7	100%	.008	19	0.90	.008	1.00
5	7	100%	.008	7	100%	.008	21	1.00	.008	1.00
6	7	100%	.008	7	100%	.008	18	0.86	.008	1.00
7	7	100%	.008	7	100%	.008	20	0.95	.008	1.00
8	7	100%	.008	7	100%	.008	21	1.00	.008	1.00
9	7	100%	.008	7	100%	.008	21	1.00	.008	1.00
10	6	85.71%	-	7	100%	.008	20	0.95	.008	1.00
11	7	100%	.008	7	100%	.008	21	1.00	.008	1.00
12	7	100%	.008	7	100%	.008	21	1.00	.008	1.00
13	7	100%	.008	7	100%	.008	21	1.00	.008	1.00
14	7	100%	.008	7	100%	.008	21	1.00	.008	1.00
15	7	100%	.008	7	100%	.008	21	1.00	.008	1.00

16	7	100%	.008	7	100%	.008	21	1.00	.008	1.00
17	7	100%	.008	7	100%	.008	20	0.95	.008	1.00
18	7	100%	.008	7	100%	.008	21	1.00	.008	1.00
19	7	100%	.008	7	100%	.008	21	1.00	.008	1.00
20	7	100%	.008	7	100%	.008	21	1.00	.008	1.00
21	7	100%	.008	7	100%	.008	21	1.00	.008	1.00

Nota: Aplicado a 7 jurados expertos.

Tabla 2: Validación de ítem-test a través de la correlación del inventario en estudio.

En la tabla se evidencia la validez de constructo, donde arrojó correlaciones entre moderadas y altas, así mismo un nivel de significancia que ubica los ítems válidos dentro del test.

Correlaciones Ítem – Test		
Ítems	Correlación de Pearson	de Nivel
I1	0.85	válido
I2	0.80	válido
I3	0.87	válido
I4	0.84	válido
I5	0.83	válido
I6	0.82	válido
I7	0.85	válido
I8	0.83	válido
I9	0.70	válido
I10	0.82	válido
I11	0.81	válido
I12	0.85	válido
I13	0.84	válido
I14	0.56	válido
I15	0.84	válido
I16	0.78	válido
I17	0.82	válido
I18	0.81	válido
I19	0.81	válido
I20	0.81	válido
I21	0.50	válido

Nota: Aplicado a 210 adultos mayores de la ciudad de Piura.

Tabla 3: Prueba de adecuación muestral de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett.

Se evidencia que el nivel de la prueba de KMO, aplicada antes del análisis factorial, arrojó un ,962; demostrando que es un nivel adecuado para realizar dicho análisis. También la prueba de Bartlett demostró alta significancia en la matriz de las correlaciones entre los ítems, arrojando un nivel adecuado dentro del análisis factorial ($p < 0,01$).

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,962
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	4312,125
	gl	210
	Sig.	,000

Tabla 4: Resultados de la confiabilidad usando el Análisis Factorial.

Se establecieron 3 componentes.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	Varianza en%	Porcentaje acumulado	Total	varianza en%	Porcentaje acumulado
1	13,377	63,701	63,701	13,377	63,701	63,701
2	1,244	5,924	69,625	1,244	5,924	69,625
3	1,055	5,024	74,648	1,055	5,024	74,648
4	,600	2,856	77,504			
5	,563	2,682	80,187			
6	,517	2,461	82,648			
7	,471	2,242	84,889			
8	,392	1,865	86,755			
9	,347	1,650	88,405			
10	,314	1,497	89,902			
11	,287	1,368	91,270			
12	,273	1,302	92,572			
13	,245	1,165	93,737			
14	,230	1,097	94,834			
15	,203	,968	95,802			
16	,188	,895	96,697			
17	,170	,807	97,504			
18	,163	,776	98,280			
19	,142	,676	98,956			
20	,112	,536	99,492			
21	,107	,508	100,000			

Tabla 5: *Matriz de componentes rotados.*

Se evidenció los ítems correspondientes a cada componente establecido mediante el análisis factorial. Así, encontramos a los ítems del 1 al 13 pertenecientes al primer componente; mientras que los ítems del 15 al 20 pertenecen al segundo componente; y por último se observó que el tercer componente está formado por el ítem 14 y 21.

Matriz de componentes rotados			
Ítems	Componentes		
	1	2	3
I1	,770	,379	,219
I2	,673	,463	,106
I3	,818	,347	,211
I4	,779	,393	,122
I5	,742	,410	,159
I6	,731	,382	,187
I7	,751	,458	,090
I8	,805	,314	,180
I9	,728	,135	,311
I10	,646	,453	,232
I11	,578	,492	,266
I12	,649	,478	,289
I13	,626	,491	,268
I14	,267	,197	,776
I15	,428	,715	,283
I16	,263	,864	,166
I17	,380	,805	,136
I18	,383	,798	,126
I19	,418	,742	,140
I20	,405	,735	,204
I21	,176	,165	,831

4.2 Confiabilidad

Tabla 6: *Análisis de confiabilidad a través del Alfa de Cronbach*

La tabla muestra que la consistencia interna, arroja un nivel de confiabilidad de 0.969 ubicando el instrumento en una categoría alta, de esta manera queda apto para la aplicación en adultos mayores de la ciudad de Piura.

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	N°	de elementos analizados
,969	21	

Nota: Ejecutado a 210 adultos mayores de la ciudad de Piura.

4.3 Normas Percentiles

Tabla 7: *Baremos percentilares generales.*

Los adultos mayores que obtengan un puntaje entre 0 y 6 alcanzarán un percentil entre 1 y 25 ubicándolos en una categoría baja respecto al nivel de depresión. Mientras que los adultos mayores que obtengan un puntaje entre 7 y 29 alcanzarán un percentil entre 30 y 75 ubicándolos en una categoría promedio respecto al nivel de depresión. Por último, los adultos mayores que obtengan un puntaje entre 32 y 63 alcanzarán un percentil entre 80 y 99 ubicándolos en una categoría alta respecto al nivel de depresión.

BAREMOS

Estadísticos

Total

N	Válido	210
	Perdidos	0
Media		18.7
Desviación estándar		14.904
Percentiles	1	0
	5	0
	10	2
	15	3
	20	4
	25	6
	30	7
	35	10
	40	11
	45	16
	50	17
	55	19
	60	21
	65	23
	70	26
	75	29
	80	32
	85	34
	90	40
95	45	
99	63	

V. DISCUSIÓN

En el presente estudio, se tuvo el objetivo de determinar las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en adultos mayores de la ciudad de Piura, se realizaron los procesos estadísticos adecuados para obtener dichas propiedades psicométricas con valores similares a estudios previamente realizados, que, a pesar de no ser con la misma población fueron valores aceptados.

Para establecer la validez de contenido se utilizó el método de criterio de jueces, como se observa en la tabla N°01 se pudo establecer la validez de contenido por el juicio de 7 expertos, y mediante el coeficiente Valor Aiken en la categoría Claridad se obtuvo un porcentaje de acuerdos entre 85.71 y 100% con un nivel de significancia de .008 en su mayoría, lo cual indica que los jueces consideran que los ítems son comprensibles para la población, excepto el ítem 1 y 10 que están relacionados con el sentimiento de tristeza y la acción del llanto respectivamente. Por otro lado, en la categoría relevancia se obtuvo un porcentaje de acuerdos por unanimidad de 100% con un nivel de significancia de .008 lo cual indica que los jueces consideran a los ítems como importantes y que están a favor de determinar sintomatología depresiva en los adultos mayores. Y; por último, en la categoría coherencia se obtuvo un Valor Aiken entre 0.86 y 1.00 con un nivel de significancia de .008 y un índice de acuerdos de 1.00. Indicando que la validez de contenido es adecuada. El criterio de los jueces respecto a los ítems y los resultados positivos en su mayoría, se pueden comprobar con lo que postula Beck dentro del esquema del depresivo, ya que los ítems están redactados en torno a la visión negativa de sí mismos, el mundo y el futuro, así como también cogniciones irracionales, tales como el ítem N° 02 que claramente se evidencia información negativa respecto al futuro, algunas precepciones negativas de sí mismos como sentirse frustrados, decepcionados, culpables.

El segundo propósito de estudio fue establecer la validez de constructo mediante la correlación ítem-test del Inventario de Depresión de Beck en los adultos mayores de la ciudad de Piura, para conocer si los ítems contribuyen a la validez del

inventario, y, ya que, se proporciona una múltiple distribución de respuestas que van de 0 a 3, se cree adecuado el Coeficiente de Correlación de Pearson como el método estadístico con mejor resultado para evaluar la analogía ítems-test. Los hallazgos observados en la tabla 2 son los resultados estimados y considerando como criterio de aceptación, correlaciones significativas al $p < 0.05$, es decir que con esto los coeficientes de correlación son significativos, de igual modo la mayoría de los índices son mayores a 0.30. Finalmente los resultados de los análisis de cada uno de los ítems procesados, muestran correlaciones significativas con lo cual se evidencia la validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck en adultos mayores de la ciudad de Piura, ya que describen comportamientos propios de la depresión, como lo menciona Beck en la triada cognitiva negativa respecto a sí mismo, el mundo y el futuro, reflejado en ítems como el N°08, o sintomatología como dificultades para dormir, desinterés en las actividades diarias o pérdida de peso. Esto quiere decir que el inventario mide lo que se busca calcular.

Con el objetivo de establecer la validez de constructo mediante el análisis factorial, primero fue indispensable aplicar la prueba de adecuación muestral KMO para determinar cuán factible era la aplicación de dicho análisis, es así que la prueba KMO brindó un coeficiente de 0,962 demostrando un nivel adecuado para la aplicación del análisis factorial. Así, la estructura factorial hallada en la presente investigación arroja tres factores dentro del Inventario, el primer componente está formado por los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13; el segundo componente está formado por los ítems 15, 16, 17, 18, 19 y 20; y, el tercer componente se encuentra formado por los ítems 14 y 21 que están relacionados con los cambios en la apariencia física y con interés sexual respectivamente, estos últimos ítems pueden considerarse propios de la edad, ya que en diferentes investigaciones no ha salido ambos como un solo componente. También, estos resultados son diferentes a los mencionados por Sanz, et al. (2003), Melipillán, et al. (2008), Andrade, (2010) y Carranza (2013) en su análisis factorial, las cuales arrojan dos componentes del inventario. Estas diferencias se pueden atribuir a la versatilidad normal entre poblaciones, así como las características propias de la población estudiada, ya que, a diferencia de las investigaciones citadas, éstas se trabajaron con población adolescente, mientras que la presente investigación trabajó con

población adulto mayor. Así mismo Sanz, et al. (2003) específicamente hallaron que los individuos mayores de 60 años presentan mayor sintomatología depresiva que los más jóvenes, así mismo las personas sin estudios o con estudios básicos, más que aquellos que tienen estudios universitarios o secundarios, y las personas viudas, separadas o divorciadas, más que las personas que están en una relación de pareja en convivencia o casadas, y aquí radica otro motivo por el que los resultados arrojan tres componentes, las características propias de los sujetos estudiados.

Con el propósito de establecer la confiabilidad, se aplicó la prueba estadística Alfa de Cronbach que, arrojó el índice de consistencia interna de 0,969, lo cual indica que existe correlación entre los ítems del instrumento, que deja en evidencia como cada uno de ellos muestra el mismo constructo de depresión propuesto por el modelo teórico de Beck, de esta manera el Inventario de Depresión de Beck queda apto para su aplicación en adultos mayores de la ciudad de Piura. Valores altos de consistencia interna se encuentran también en las investigaciones citadas, a pesar de ser estudio con población completamente diferente, se corrobora que el Inventario de Depresión de Beck es confiable para su aplicación, teniendo en cuenta las diferentes edades de los estudios realizados.

Por último se establecieron los baremos en relación a la puntuación total del inventario, siendo los puntajes entre 0 y 6 con un percentil entre 1 y 25 ubicándolos en una categoría baja respecto al nivel de depresión. Mientras que los adultos mayores que obtengan un puntaje entre 7 y 29 alcanzarán un percentil entre 30 y 75 ubicándolos en una categoría promedio respecto al nivel de depresión. Por último los adultos mayores que obtengan un puntaje entre 32 y 63 alcanzarán un percentil entre 80 y 99 ubicándolos en una categoría alta respecto al nivel de depresión, de esta manera se brindó la descripción cuantitativa de la depresión dentro de Inventario de Depresión de Beck en adultos mayores de la ciudad de Piura.

VI. CONCLUSIONES

Después de realizar los procesos estadísticos correspondientes durante el transcurso del estudio planteado, se puede concluir lo siguiente:

1. La validez de contenido, como se observa en la tabla N°01, fue establecida por el juicio de 7 expertos, y mediante el coeficiente Valor Aiken, obteniendo entre 0.86 y 1.00 con un nivel de significancia de .008 y un índice de acuerdos de 1.00. Estos resultados indican una validez de contenido adecuada del instrumento.
2. La validez de constructo, se estableció mediante la correlación ítem-test del Inventario de Depresión de Beck en los adultos mayores de la ciudad de Piura, los resultados que se observan en la tabla N°02 muestran que todos los coeficientes de correlación son significativos.
3. La estructura factorial hallada en la presente investigación arroja tres factores dentro del Inventario. Estos resultados son diferentes a otras investigaciones realizadas, ya que se ha, en la mayoría, se ha investigado en población adolescente. Estas diferencias se pueden atribuir a la versatilidad normal entre poblaciones, así como las características propias de la población estudiada.
4. La confiabilidad, arrojó el índice de consistencia interna de 0,969, lo cual indica que el Inventario de Depresión de Beck queda apto para su aplicación en adultos mayores de la ciudad de Piura.
5. Se establecieron los baremos en relación a la puntuación total del inventario, siendo las categorías bajo, promedio y alto, las que ayudan a la interpretación cuantitativa de los resultados.

VII. RECOMENDACIONES

- Para la validez de contenido es recomendable ampliar el número de expertos con el fin de aumentar el nivel de los resultados, generando mayor conocimiento para beneficio de la población con la cual se trabaja.
- Aplicar otros métodos de confiabilidad a fin de contribuir a mejorar los resultados de la investigación como la Medida de estabilidad: en la que un instrumento de medición es aplicado dos o más veces a una misma muestra, después de determinada etapa. En cuanto a la Confiabilidad por test-retest, conocido como Método de formas paralelas o alternativas: no se aplica el mismo instrumento ya aplicado, se utiliza más de dos versiones semejantes al del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson. O el método de mitades partidas: En el cual se requiere de una sola aplicación, donde todos los ítems se dividen en partes equitativas comparando dichos resultados (Pearson y Spearman-Brown).
- Se recomienda realizar estudios con temas a fines a fin de contribuir con la investigación, como los tipos de distorsión en la población estudiada, diferencias significativas de la depresión entre jóvenes y adulto mayor, funcionamiento cerebral en la depresión, entre otros.
- Es recomendable establecer las diferencias de resultados entre el sexo de la población, ya que en esta investigación no se ha considerado.

REFERENCIAS

- Alarcón, R., (2008). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Andrade, L. (2010). *Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) en residentes de la ciudad de México* (tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México. México D. F.
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación: Introducción a la investigación científica (6ta ed.)*. Caracas, Venezuela: Editorial Episteme, C.A.
- Barreda Sánchez-Pachas, D., (2019). *Propiedades psicométricas de la segunda edición del Inventario de Depresión de Beck (IDB-II)*. Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/16580>
- Bendezu Barreto, M., y Valverde Marrufo, E.,(2019). *Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en usuarios que acuden al servicio de salud mental de un centro hospitalario en Chimbote*. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/40685>
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación*. Colombia: Pearson Educación. Tercera edición. <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/Elproyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf.pdf>
- Camacho, J., M., (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Recuperado de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Carranza, R. F., (2013). *Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck Universitarios de Lima* (tesis de pregrado). *Revista psicológica*, 15(2), 170-182.

- Diario Perú 21. (2012). Cuatro de cada diez peruanos sufren algún problema de salud mental. Recuperado de <http://peru21.pe/vida21/cuatro-cada-diez-peruanos-sufren-algun-problema-salud-mental-2045957>
- Escurra, L. M. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Pontificia Universidad Católica del Perú*, 6(1-2). Recuperado de <http://www.revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/viewFile/4555/4534>
- García-Allen, J., (2015). La Terapia Cognitiva de Aaron Beck. Recuperado de <https://psicologiaymente.net/clinica/terapia-cognitiva-aaron-beck>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5ta Edición. México: Mc Graw- Hill.
- Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P., y Valdivia, M., (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes
- Benites, A., Tadeo, R., (2020) (tesis doctoral). *Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck II, en pacientes atendidos en Hospital I la Esperanza – Essalud*. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/46831>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). La depresión. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Ruiz, J. J. y Imbernon, J. J. (1996). Sentirse mejor: cómo afrontar los problemas emocionales con terapia cognitiva. Recuperado de http://www.psicologia-online.com/links/JG/ESMUbada/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse.htm
- Sanz, J., Perdígón, A. I., Vázquez, C., (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general (tesis de pregrado). *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280. Madrid, España. Recuperado de: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>> ISSN 1130-5274

Sosa, A., (2000). Depresión. Geriátria, McGraw-Hill Interamericana, México, pp. 216-220.

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de medición
Depresión	El estado depresivo supone más bien una reducción del nivel de respuesta de la persona ante los acontecimientos de su vida. La persona está centrada en pensamientos e imágenes en torno a sus pérdidas, incapacidad, fracasos o indefensión. (Ruiz y Imbernon, 1996)	El Inventario de Depresión de Beck, que contiene 21 ítems, se aplica a los adultos mayores sin alguna enfermedad degenerativa.	Psicológicos	Ordinal

ANEXO 2: FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Nombre del test: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

Nombre del test en su versión original: Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II).

Autor: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown

Autor de la adaptación española: Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.

Editor del test en su versión original: NCS Pearson, Inc. (U.S.A.)

Editor de la adaptación española: Pearson Educación, S.A

Fecha de publicación del test original: 1996.

Fecha de la publicación del test en su adaptación española: 2011

ANEXO: 3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale marcando con una (X) cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes marcar.

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____

1	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me siento triste<input type="radio"/> Me siento triste.<input type="radio"/> Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.<input type="radio"/> Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me siento desanimado respecto al futuro.<input type="radio"/> Me siento desanimado respecto al futuro.<input type="radio"/> Siento que no tengo algo que esperar<input type="radio"/> Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me siento fracasado.<input type="radio"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.<input type="radio"/> Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.<input type="radio"/> Me siento una persona totalmente fracasada.
4	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Las cosas me satisfacen igual que antes<input type="radio"/> No disfruto de las cosas igual que antes.<input type="radio"/> Ya no obtengo una satisfacción de las cosas.<input type="radio"/> Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me siento culpable.<input type="radio"/> Me siento culpable en bastantes situaciones.<input type="radio"/> Me siento culpable en la mayoría de las situaciones.<input type="radio"/> Me siento culpable constantemente.
6	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No creo que esté siendo castigado.

	<ul style="list-style-type: none"> o Me siento como si fuese a ser castigado. o Espero ser castigado. o Siento que estoy siendo castigado.
7	<ul style="list-style-type: none"> o No estoy decepcionado de mí mismo. o Estoy decepcionado de mí mismo. o Tengo vergüenza de mí mismo. o Me odio.
8	<ul style="list-style-type: none"> o No me considero peor que cualquier persona. o Me critico por mis debilidades o por mis errores. o Continuamente me culpo por mis faltas. o Me culpo por todo lo malo que sucede a mi alrededor.
9	<ul style="list-style-type: none"> o No tengo ningún pensamiento de suicidio. o A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería. o Desearía suicidarme. o Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10	<ul style="list-style-type: none"> o No lloro más de lo que solía llorar. o Ahora lloro más que antes. o Lloro continuamente. o Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11	<ul style="list-style-type: none"> o No estoy más irritado de lo normal. o Me molesto o irrito más fácilmente que antes. o Me siento irritado continuamente. o No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12	<ul style="list-style-type: none"> o No he perdido el interés por los demás. o Estoy menos interesado en los demás que antes. o He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. o He perdido todo el interés por los demás.
13	<ul style="list-style-type: none"> o Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. o Evito tomar decisiones más que antes. o Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. o Ya me es imposible tomar decisiones.
14	<ul style="list-style-type: none"> o No creo tener peor aspecto que antes.

	<ul style="list-style-type: none"> o Pienso que ahora parezco poco atractivo. o Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo. o Creo que tengo un aspecto horrible.
15	<ul style="list-style-type: none"> o Mis actividades cotidianas son iguales que antes. o Me cuesta mucho comenzar alguna actividad. o Tengo que motivarme mucho para hacer algo. o Soy incapaz de hacer alguna cosa.
16	<ul style="list-style-type: none"> o Duermo igual que antes. o No duermo tan bien como antes. o Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. o Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volver a dormir.
17	<ul style="list-style-type: none"> o No me siento más cansado de lo normal. o Me canso más fácilmente que antes. o Me canso cuando hago cualquier cosa. o Estoy demasiado cansado para hacer las cosas.
18	<ul style="list-style-type: none"> o Mi apetito está igual que antes. o No tengo tan buen apetito como antes. o Ahora tengo mucho menos apetito. o He perdido completamente el apetito.
19	<ul style="list-style-type: none"> o Últimamente he perdido poco peso o nada. o He perdido más de 4 kilos aproximadamente. o He perdido más de 7 kilos aproximadamente. o Estoy a dieta para adelgazar.
20	<ul style="list-style-type: none"> o No estoy preocupado por mi salud. o Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. o Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más. o Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="304 183 1426 235">o No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.<li data-bbox="304 235 1426 286">o Estoy menos interesado por el sexo que antes.<li data-bbox="304 286 1426 338">o Estoy mucho menos interesado por el sexo.<li data-bbox="304 338 1426 389">o He perdido totalmente mi interés por el sexo.
----	---

ANEXO 4

$$n = \frac{1.96^2 * 300 * 0.5 * 0.5}{0.05^2(300 - 1) + (1.96^2 * 0.5 * 0.5)} = 210$$

ANEXO 5

Validez

Validez de contenido

Contenido	Valoración	Puntuación
Calidad de la representación del contenido o dominio	Buena	4
Consultas a expertos	No se aporta	

Validez de constructo

Contenido	Valoración	Puntuación
Diseños empleados	- Correlaciones con otros test. - Diferencias entre grupos. - Análisis factorial exploratorio. - Discriminación diagnóstica.	
Tamaño de las muestras	Excelente	5
Procedimiento de selección de las muestras	Incidental	
Correlaciones del test con otros test similares	Excelente	5
Calidad de los test empleados como criterio o marcador	Buena	4
Datos sobre el sesgo de los ítems	No se aporta	

Confiabilidad

Contenido	Valoración	Puntuación
Datos aportados sobre fiabilidad	Coeficientes de fiabilidad para diferentes grupos de sujetos	