



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

“Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en usuarios que acuden al servicio de salud mental de un centro hospitalario en Chimbote”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
Licenciada en Psicología

AUTORAS:

Bendezu Barreto, Massiel Margot (ORCID: 0000-0001-9765-4323)

Valverde Marrufo, Elena Milagros (ORCID: 0000-0002-6417-9340)

ASESOR:

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

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:  
Psicométrica

CHIMBOTE - PERÚ  
2019

## **Dedicatoria**

A mis padres, quienes cumplen un papel preponderante en mi desarrollo como futura profesional, brindándome su apoyo constante y amor incondicional mediante sus palabras de aliento así como siendo modelos de fortaleza y perseverancia en los momentos más difíciles de esta faceta llena de múltiples aprendizajes importantes. Asimismo, a mis hermanos mayores Anthony y Otoniel por impulsarme a ser una mejor persona cada día enfocada en el trato humano, ayudándome en aquellas circunstancias que necesite de ellos. Además, a mis hermanos menores, quienes son fuente de motivación e inspiración para seguir adelante y ser ejemplo a seguir para su desarrollo académico así como emocional.

Bendezu Barreto Massiel

A mi padre Yulfo Valverde Gavidia, quien fue el principal motor de cimiento para la construcción de mi vida profesional y a mi madre quien en vida fue Juana Marrufo Caldas quien ha sido un motivo de inspiración para el cumplimiento de mis objetivos. Del mismo modo a mis hermanos Lorena, Aldo y Sandra que me han apoyado incondicionalmente a lo largo de mi carrera profesional y me brindan el soporte emocional adecuado para poder sobresalir en las diferentes áreas de mi vida, así como también por brindarme su cariño y amor incondicional.

Valverde Marrufo Elena

## **Agradecimiento**

Agradezco a Dios por guiarme y brindarme la sabiduría para afrontar las distintas situaciones en este camino hacia mi realización personal y profesional, por darme la calma y seguridad en aquellos momentos que me sentí impaciente. Igualmente, agradezco mis docentes, amigos y compañeros por haberme permitido compartir sus conocimientos a lo largo de mi desarrollo académico mediante sus aportes significativos que consolidaron mis aprendizajes.

Bendezu Barreto Massiel

A Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera profesional, por ser mi fortaleza en momentos de debilidad, por brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencias que nutren mi desarrollo personal. De la misma manera a las personas que formaron parte de mi proceso académico quienes me instruyeron cada día para ser una buena profesional, humana, competente y de calidad.

Valverde Marrufo Elena

## Página del Jurado

 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS</b>	
--	--	--

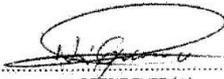
El Jurado encargado de evaluar el Proyecto de tesis presentada por:

(sr./sra.) Bendezu Barreto Massiel Margot.....

cuyo título es: "Propiedades psicométricas del Inventario  
de Depresión de Beck en usuarios que acuden  
al servicio de salud mental de un centro  
hospitalario en Chimbote".....

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por  
el estudiante, otorgándole el calificativo de: 20..... (número)  
Veinte.....(letras).

Chimbote, 11..... de Febrero del 2019

  
PRESIDENTE (A)

Dr. NOE GRIJALVA, MARTIN

  
SECRETARIO (A)

Lic. GONZALES MORENO, MONICA

  
VOCAL

Mgr. FLORES FLORES, IVETH

## Página del Jurado

 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS</b>	
--	--	--

El Jurado encargado de evaluar el Proyecto de tesis presentada por:

(sr./sra.) Valverde Marrufo Elena Milagros

cuyo título es: «Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en usuarios que acuden al servicio de salud mental de un centro hospitalario en Chimbote»

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por

el estudiante, otorgándole el calificativo de: 10 (número)

Diez (letras).

Chimbote, 11 de febrero del 2019



PRESIDENTE (A)

Dr. NOE GRIJALVA, MARTIN



SECRETARIO (A)

Lic. GONZALES MORENO, MONICA



VOCAL

Mgtr. FLORES FLORES, IVETH

## Declaratoria de autenticidad

### DECLARATORIA DE AUTENCIDAD

Nosotras, Massiel Margot Bendezu Barreto y Elena Milagros Valverde Marrufo, identificadas con DNI°76679329 y 73529785, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, declaramos bajo juramento que la presente tesis es de nuestra autoría, habiendo respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Asimismo, declaramos también bajo juramento que todos los datos e información que se presentan en la tesis son auténticos y veraces. En tal sentido, asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.



---

Bendezu Barreto Massiel Margot

DNI: 76679329



---

Valverde Marrufo Elena Milagros

DNI:73529785

## **Presentación**

Señores miembros del jurado, presentamos ante ustedes nuestra tesis titulada “Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en usuarios que acuden al servicio de salud mental de un centro hospitalario en Chimbote”, con la finalidad de determinar las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II en 360 usuarios, en cumplimiento de Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo para que obtengamos el título profesional de licenciados en Psicología.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación, agradecemos de antemano las sugerencias y apreciaciones que se brinden para la siguiente investigación.

## Índice

Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento .....	iii
Página del jurado .....	iv
Declaratoria de autenticidad .....	v
Presentación .....	vii
Índice .....	viii
Índice de tablas .....	ix
<b>RESUMEN</b> .....	x
<b>ABSTRACT</b> .....	xi
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>II. MÉTODO</b> .....	10
2.1 Tipo de investigación .....	10
2.2 Variables, Operacionalización .....	11
2.3 Población, muestra y muestreo.....	12
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad .....	13
2.5 Métodos de análisis de datos .....	14
2.6 Aspectos éticos.....	15
<b>III. RESULTADOS</b> .....	16
<b>IV. DISCUSIÓN</b> .....	21
<b>V. CONCLUSIONES</b> .....	24
<b>VI. RECOMENDACIONES</b> .....	25
<b>VII. REFERENCIAS</b> .....	26
ANEXOS.....	31
ANEXO N° 1: INSTRUMENTO .....	31
ANEXO N° 2 FICHA TÉCNICA .....	34
ANEXO N° 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	35

## Índice De Tablas

Tabla 1: Operacionalización de Variables.....	11
Tabla 2: Estadísticos descriptivos y correlación ítem-factor del instrumento (n=360).....	16
Tabla 3: Índices de ajuste global (n=360).....	17
Tabla 4: Matriz de correlaciones por ítems (n=360).....	19
Tabla 5: Estadísticos de consistencia interna según el coeficiente Omega (n=360).....	20

## RESUMEN

El estudio de diseño instrumental propuso determinar las evidencias psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II en 360 usuarios, de ambos sexos, mayores a los 13 años de edad, que acuden al servicio de salud mental de un centro hospitalario de Chimbote. Los resultados evidencian en la validez basada en la estructura interna mediante el análisis factorial confirmatorio, por el método de máxima verosimilitud, que reporto GFI=.89, RMSEA=.56, SRMR=.52, CFI=.90, TLI=.89, PNFI=.75, asimismo cargas factoriales estandarizadas  $>.30$ , asimismo en la confiabilidad mediante el método de consistencia interna a través del coeficiente omega, para el factor cognitivo-afectivo reporta un valor de .76 y en somático-motivacional de .87, de criterio aceptable, con una contribución en lo práctico, además del área metodológica y también en la teoría.

**Palabras clave:** Depresión, Cognitivo afectivo, Somático

## ABSTRACT

The instrumental design study proposed to determine the psychometric evidence of the Beck Depression Inventory II in 360 users, of both sexes, older than 13 years of age, who go to the mental health service of a hospital in Chimbote. The results show in the validity based on the internal structure through the confirmatory factor analysis, by the maximum likelihood method, which reported GFI = .89, RMSEA = .56, SRMR = .52, CFI = .90, TLI = .89, PNFI = .75, also standardized factor loads > .30, also in reliability through the method of internal consistency through the omega coefficient, for the cognitive-affective factor it reports a value of .76 and in somatic-motivational of .87, of acceptable criteria, with a contribution in the practical, in addition to the methodological area and also in theory.

**Keywords:** Depression, cognitive affective, somatic.

## I.INTRODUCCIÓN

La depresión supone una problemática pública de salud, transcurriendo conjuntamente con el desarrollo de la humanidad, vivenciándose desde tiempos remotos, siendo denominado melancolía, paralelamente sus síntomas fueron redactados en la mayoría de registros médicos y literarios (Zarragoitia, 2011).

Asimismo, Morales (2017), manifiesta que esta patología ocasiona un grado de aflicción entre quienes la experimentan que puede alterar su facultad para ejecutar las tareas habituales, incluyendo las más sencillas, perjudicando en forma significativa las relaciones familiares, amicales así como laborales, generando de ese modo un impacto social y económico en la sociedad.

Igualmente, este tipo de trastorno emocional según la proporción y magnitud de los síntomas puede separarse en niveles clasificándose en leve, moderada y grave, siendo el suicidio un extremo peligro, siendo hasta 800 mil personas quienes tienen pensamientos de quitarse la vida entre jóvenes de 15 y 29 años anualmente, por ello se concluye que el problema emocional es el primordial motivo de limitación en la condición de vida de quien la padece, lo cual provoca un porcentaje significativo de mortalidad y morbilidad, evidenciándose como una situación alarmante comprometiendo a los sistemas de salud (Morales, 2017).

Según, la Organización mundial de la salud (2017), la variable de depresión establece una alteración psíquica concurrente, representándose por la existencia de melancolía, desinterés, culpabilidad, autoestima inadecuada, trastornos del cambio del apetito o sueño, cansancio, déficit de atención y concentración, esto puede agudizarse y convertirse en una enfermedad crónica e imposibilitar en el adecuado rendimiento de la realización de las actividades y su estilo de afrontamiento ante las circunstancias.

De la misma manera, Álvarez et al (2014), refiere que la depresión se expone como una agrupación de características de preponderancia afectiva (angustia anómala, indiferencia, incapacidad para experimentar placer, desaliento, debilidad, excitabilidad, autopercepción de intranquilidad e insuficiencia frente a los acontecimientos de la vida) aunque, del mismo

modo existen indicadores de carácter somático, cognitivo y volitivo, de efecto global tanto psíquica y físicamente, enfatizándose en el área emocional, llamada afectiva.

Además, cabe explicar que este constructo tiene demasiada concurrencia siendo el inicial elemento de recurrencia a causa de los diversos factores, ya que suele ser una afección repetida, y al experimentarlo por primera vez existe probabilidad de que la persona vuelva a sentir los síntomas mencionados anteriormente, sin embargo también se pueden hallar otras causas ambientales que detallan que los adultos son los afectados, con inclinación a sentirse solos, jubilación, enfermedades físicas, muerte familiar, involución cerebral y factores neurobiológicos.(Menchón, 2011).

Por otro lado, el Instituto Nacional de Salud mental (2012), indicó en una investigación sobre salud mental que los casos más reiterados según los porcentajes obtenidos fueron a causa de episodios depresivos ocupando un mayor puntaje, en segundo lugar encontraron a los problemas relacionados con la dependencia de alcohol y por último lugar ubicaron al trastorno de estrés postraumático, resaltando así también una elevada incidencia de depresión en adultos y adolescentes.

Es importante mencionar, que el estudio sobre la variable de depresión, permitió recopilar una obtención de información detallada de datos estadísticos más próximos a nuestra realidad, en el cual se halló que el mayor número de incidencia en el último mes en Callao y Lima metropolitana fue de un porcentaje de 9,8%; obteniendo como menor puntaje en Lima rural con un 2,0% (INSM, 2012).

El constructo permitió generar diversos instrumento como: Yesavage (2014) quien construyó la prueba Escala de Depresión Geriátrica GDS, que tiene por objetivo la evaluación clínica en personas de edad avanzada con indicios de problemas con diagnóstico de depresión. Un año después, los autores Grau, Ramírez y Grau (2015) desarrollaron el inventario de depresión Rasgo- Estado (IDERE), que mide el tipo de patología como estado y a nivel personal.

Igualmente, Hamilton (1960, citado por Vinuesa, 2014) quien elaboró la prueba en inglés traducida su nombre al castellano como Escala de calificación de Hamilton para la

depresión, preparada para estimar el nivel de gravedad del constructo. Montgomery (2002, citado por Vinuesa, 2014) construye la prueba Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), la cual valora los indicadores y su gravedad del constructo de depresión. Para el presente estudio se ha tomado en cuenta el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) creado por los pioneros Beck, Steer y Brown (1996), en su adaptación española, cuyo objetivo principal es determinar el nivel de depresión en pacientes adolescentes y adultos con una patología psiquiátrica en un rango de edad determinado, el cual es desde los 13 años en adelante.

En cuanto a la investigación se hallaron elementos positivos, Vega, Coronado y Mazzotti (2014) en su estudio, cuyo objetivo fue validar el Inventario de Depresión de Beck en su versión española teniendo de población específica a los usuarios localizados en los nosocomios de medicina general, encontraron como fortalezas, que el inventario en español utilizada del BDI muestra una alta capacidad para diferenciar entre personas que presentan y no la patología de depresión mayor con respecto al DSM-IV, determinando que los enunciados que contribuyen a la precisión del diagnóstico son: autopercepción del aspecto físico, inconformidad con uno mismo, insomnio, autocensura y sentir que uno mismo es castigado.

Como resultado, se determina la importancia de realizar esta investigación, de ese modo evaluar y profundizar las evidencias del constructo psicológico del test luego de haber desarrollado un análisis minucioso de la realidad del constructo a investigar, en una población peruana, específicamente local que nos ayudará a obtener puntuaciones más próximas a nuestra realidad.

Por otra parte, ahondando sobre la variable, podemos mencionar a Valdez et al (2017), en su estudio del inventario de depresión IA, obtuvo como principal conclusión un alto coeficiente de alfa de Cronbach de 0,92. Asimismo los autores, Estrada, Delgado, Landero y Gonzáles (2015) hallaron en el modelo bifactorial del BDI-II, la cual es una versión española, una alfa de Cronbach de 0.901, específicamente en los factores se obtuvieron como resultados, en el factor cognitivo-afectiva 0.85 y en el factor somático-motivacional 0.78. Del mismo modo, Vega, Coronado y Mazzotti (2014) realizaron una investigación en Lima, concluyéndose, un alfa de Cronbach de 0.889, reflejando una óptima validez y

confiabilidad del constructo. También, Gorenstein y Wang (2013) en su estudio encontró una consistencia interna de 0.9 analizándose como un instrumento psicométrico relevante, altamente confiable y con una mejor validez. Igualmente, Carranza (2013) investigó el inventario Adaptado, siendo el resultado un 0.878 de alfa de Cronbach. Asimismo, Rodríguez y Farfán (2013) ejecutaron una investigación del Inventario II, logrando un resultado de confiabilidad de 0.891, también hallaron en el factor cognitivo-afectivo una alfa de Cronbach de 0.837 y en el factor somático-motivacional, 0.808. En relación al último antecedente, Beltrán, Freyre y Hernández (2012), profundizaron su estudio del inventario de BDI-IA, encontrándose como principal resultado un alto alfa de Cronbach, siendo 0.92.

Por consiguiente, es importante plasmar los conceptos básicos de esta variable a estudiar, donde Rodríguez y Mesa (2011), enfatizan la descripción del origen de la depresión empezando de la clásica y amplia entidad de la melancolía, quedando actualmente descrita de forma más precisa. En tal sentido, la definición de la variable estudiada se ha vulgarizado, manteniendo dudas sobre las reacciones normales e intensas de aburrimiento, tristeza, agotamiento, conllevando a la confusión el verdadero trastorno depresivo incluso de desmoralización.

En efecto, los autores Caballo, Salazar y Carroble (2011), conceptualizan a la depresión integrado por una multitud de factores como un fenómeno bastante complejo, iniciando por los más generales, lo que se distingue fácilmente son una persona y un contexto, de esta diferenciación se ha llegado históricamente a la distinción, aun protegida por algunos autores teóricos más que la doctrina médica entre depresiones endógenas (orgánico-médicas), que vienen a ser las que creemos que de alguna manera podemos controlar o incluir su probabilidad de ocurrencia y de presiones exógenas (reactivas o psicógenas), las cuales escapan de nuestro control. De esta manera se atienden a la suposición de que la etiología está interna y externamente del propio sujeto.

Además; los investigadores Beck, Rush, Shaw y Emery (2010), agrupan distintos síntomas de depresión de la siguiente manera: Síntomas afectivos: Dentro de los indicadores se encuentra la tristeza, en donde la mayor cantidad de personas depresivas suelen comunicar de un cierto grado de infelicidad, como segundo indicador se presenta períodos de

reacciones de llanto, siendo un síntoma recurrente en la patología, los sentimientos de culpabilidad, basándose en patrones arbitrarios e idiosincráticos, la vergüenza lo cual aparece de la creencia de la persona de que lo juzgan como, débil, loco, infantil, etc, la cólera catalogado como conflictos usuales del paciente depresivo, algunos de las personas experimentan un mayor enojo cuando comienzan a sentirse mejor que antes y la ansiedad como una problemática que frecuentemente acompaña cuando la depresión va poco a poco ausentándose. Síntomas motivacionales: Inclínación a escapar de las situaciones de su realidad haciendo referencia a la carencia de motivación del paciente para encaminar adecuadamente las tareas más fáciles de realizar, el paciente sabe lo que tiene que hacer, pero no tiene el impulso interno para hacerlo y la dependencia caracterizado por experimentar una significativa tendencia a solicitar apoyo a los demás para ejecutar normalmente sus actividades de su vida diaria.

Síntomas cognitivos: Se caracteriza por la indecisión, el sujeto suele tener cogniciones que su familia, su trabajo o las situaciones de su vida son la causa de lo que padece pero no está completamente seguro, siente los problemas como abrumadores, así como una percepción negativa de medio que lo rodea, del futuro y de sí mismo, la autocrítica, en este indicador el paciente busca la fundamentación precisa de sus dificultades, por lo cual tiende a interpretar algunos defectos suyos, el cual puede ser cualquiera como el porqué de su padecer, presenta problemas de memoria y dificultad para concentrarse.

Síntomas conductuales: Resalta la pasividad, inercia y evitación, las cuales se han interpretado como una manera de inhibición neurofisiológica; de igual manera la falta de afrontamiento a los conocidos problemas prácticos que con frecuencia lo presentan, igualmente problemas de habilidades sociales, obteniendo un funcionamiento debajo de lo normal en casi todas las áreas, incluyéndose el área social. Síntomas fisiológicos: Alteraciones del sueño, así como alteraciones sexuales y del apetito, los cuales son con frecuencia, los primeros signos de la depresión, ambos indicadores parecen ser expresiones de la pérdida de placer.

Mientras tanto, Ajjan y Chiner (1997), estudian los patrones mentales negativos del sistema cognitivo donde valoran los síntomas y signos del síndrome depresivo: Entre los cuales, se encuentran los síntomas motivacionales: Son producto de los pensamientos negativos

produciendo una disminución fuerza de voluntad es producida por el desgano y angustia, asimismo los deseos de pensar y atentar contra su vida, comprendiéndose como una manifestación extrema de ansias de evadir a lo que perciben como problemas que no pueden solucionar. Síntomas cognitivos: Puede demostrar los síntomas físicos, es por ello, que la apatía y la escasa energía podrían ser efectos del pensamiento, por ende, el paciente cree que fracasara en todas la metas que se proponga alcanzar.

De acuerdo a los factores causales la variable de depresión está definido por la presencia de una serie de características clínicas, pero que no requiere una causa en específico, sin embargo puede comprometer aspectos psicológicos como biológicos (Paykel, 2008). Sin embargo, se considera que las personas que carecen de recursos económicos, están más propensas a tener depresión en comparación con aquellas personas con ingresos más altos. (Pratt y Brody, 2014 citado por Gary et al, 2018).

Por otro lado, Ajjan y Chiner (1997), hablan acerca de las teorías del psicoanalista Sigmund Freud, quien menciona que la predisposición a la depresión se desarrolla en la primera infancia, cuando las necesidades del niño son escasas o demasiado satisfechas, cuando sea adulto puede permanecer en cierta manera situado en esa etapa, conllevando a que quizás depende demasiado de los demás para sentirse bien. Beck et al (2010), cree que la depresión puede desarrollarse a causa de estos esquemas negativos o errores lógicos. En paralelo, resaltan que el nombrado psicólogo cognitivo Aarón Beck afirma que la gente se deprime cuando su lógica es incorrecta, es decir, cuando distorsionan la realidad de un modo que les hace sentir que la vida es desesperante, sacan conclusiones ilógicas, por lo cual Beck manifiesta que cuando los niños y adolescentes padecen constantes tragedias, aprendiendo a describir y organizar su vida negativamente, este esquema negativo se activa en la edad adulta siendo la gente es víctima de sus emociones, sobre las que tiene poco control (Ajjan y Chiner, 1997).

No obstante, las investigaciones de salud mental manifiestan que hay muchos factores que pueden ejercer un importante papel en la patología, incluyendo la biología y la química del cerebro así como la genética, así como ciertos acontecimientos de la vida, ello puede iniciarse a cualquier edad, sin embargo de manera frecuente empieza en la adolescencia o a comienzos de la adultez (INSM, 2015). Similarmente, González (2017), menciona que

los causantes de la depresión se encuentran en la genética, la cual implica la existencia de antecedentes de la patología en familiares directos, también los factores fisiológicos que destacan la aparición y evolución del problema, igualmente la edad es un factor influyente, así como el embarazo y el posparto conllevan a un mayor riesgo de padecer de ello y los factores ambientales, que considera que los principales determinantes son aquellas circunstancias que son perjudiciales para la persona (inhabilidad de encauzar los conflictos, estrés, ansiedad,) en cualquier aspecto personal.

Además, Chappa (2003) manifiesta que la depresión puede diferenciarse factorialmente de varias subescalas (somática, cognitiva, emocional, etc.) que nos habla de las manifestaciones heterogéneas del cuadro clínico depresivo. Los investigadores encontraron que el BDI puede dividirse en tres escalas: 1.Somática, inhibición, 2. Inhibición y ánimo y 3.Culpa y fracaso. Chappa (2003), manifiesta que con los puntajes de las dos últimas subescalas y el agregado del ítem 12 de la “somática” se conforma otra subescala, que los autores llaman “cognitiva”, la cual claramente no es homogénea.

En este estudio se toma como sustento principal teórico a lo propuesto por Beck et al. (2010), quien se basa en: (1) la tríada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos:

El primer concepto que corresponde a la triada cognitiva menciona distintos puntos: La primera: es la percepción negativa de la persona sobre sí misma, se siente torpe, enfermo, desgraciado, minusválido, atribuye sus vivencias negativas a un defecto suyo y se inclina de forma frecuente a subestimarse, así como a criticarse: El segundo: Consiste en la inclinación a analizar sus vivencias de una forma negativa. El tercero: Se fundamenta en la percepción negativa con respecto al futuro de sí mismo, esto se evidencia, cuando se planean proyectos, debido a que está anteponiendo que sus problemas persistirán indefinidamente, considera que las frustraciones y privaciones no tendrán un fin para él, cuando en un momento piensa en asumir la responsabilidad de una actividad en un futuro a corto plazo, forzosamente sin tener control sobre ello.

Como segundo concepto, propone la organización estructural del pensamiento depresivo llamado también el modelo de esquemas, en donde, Beck et al (2010) refiere que esta conceptualización se utiliza para esclarecer por qué la persona sostiene actitudes que le

generan daño y son desfavorable. El término “esquema” denomina estos patrones cognitivos permanentes, mencionados esquemas empleados determinan la manera como una persona estructurará diferentes experiencias, lo cual puede persistir inactivo durante lapsos de tiempo prolongados y ser estimulado por el medio ambiente concretos. Cuando estos esquemas se activan en una situación determinada concluyen automáticamente la forma de respuesta del ser humano.

Por tercer lugar, insta los errores en el procesamiento de la información, para lo cual en una idea de Beck (1967) leída en una publicación de Beck et al (2010) destaca que los errores sistemáticos que se generan en la cognición de la persona depresiva mantienen la idea del paciente validando sus conceptos de tipo negativo, a pesar de la presencia de evidencia opuesta.

Cabe enfatizar que este inventario toma también como base los criterios de la depresión mayor según el DSM IV, el cual nos menciona detalladamente los indicadores de un ánimo depresivo y pérdida de placer, incluyendo alteraciones en parte de sus funciones biológicas. (American Psychiatric Association, 2002).

Respecto a las consecuencias de la depresión, diversos autores describen los efectos negativos que genera la depresión en las personas, por ello Morales, (2017) resalta que provoca un nivel de angustia que puede perjudicar su capacidad para ejecutar las acciones de su vida diaria, incluso las más sencillas, esto afecta significativamente en las interacciones con el entorno social como: los familiares, las amistades y la participación en el área de trabajo, el problema conlleva a un riesgo extremo, como es el suicidio, las personas entre nueve y quince años son quienes en la mayoría de situaciones se ven mayormente afectados, circunstancia que intensifica las consecuencias sociales y económicas de la patología. Se comparte con lo mencionado por Amezcua (2017), quien refiere que uno de los efectos más graves es el riesgo de morir o la funcionalidad en su vida cotidiana llegándose a sentirse incapacitado, por consecuencia, cuando los síntomas no son tratados adecuadamente y la patología sigue progresando, el desinterés por garantizar la propia supervivencia va disminuyendo de manera activa conllevando al suicidio y de forma pasiva al dejar de comer.

Es fundamental plasmar que dada la magnitud de esta enfermedad, los investigadores han indicado que las intervenciones para la prevención y detección temprana de los síntomas depresivos deben comenzar durante los años de formación (Rice et al., 2014 citado por Gary et al, 2018).

Este estudio se formula con el siguiente problema:

¿Existen evidencias psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en usuarios que acuden al servicio de salud mental de un centro hospitalario?

Además, este trabajo se justifica en tres niveles de la siguiente manera:

- \_ A nivel teórico, los resultados servirán para incrementar el conocimiento de la variable de estudio.
- \_ A nivel práctico, permitirá contar con un instrumento y puntuaciones en el uso del campo clínico.
- \_ A nivel metodológico, servirá como referente para otras investigaciones de estudios psicométricos.

Por otra parte, se ha planteado como objetivo general y objetivos específicos lo siguiente:

General:

- Determinar las evidencias psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en usuarios que acuden al servicio de salud mental de un centro hospitalario de Chimbote.

Específicos:

- Determinar la validez del análisis factorial confirmatoria del Inventario de Depresión de Beck en usuarios que acuden al servicio de salud mental de un centro hospitalario de Chimbote.
- Determinar la confiabilidad mediante el método de consistencia interna a través del coeficiente de Omega de McDonald del Inventario de Depresión de Beck en usuarios que acuden al servicio de salud mental de un centro hospitalario de Chimbote.

## **II. MÉTODO**

### **2.1 Tipo de investigación**

Para el presente trabajo se usará el tipo de estudio INSTRUMENTAL, en esta condición se compenetran diversos trabajos que determinan las propiedades psicométricas de instrumentos de medida psicológicos. (Muñiz, Elosua, y Hambleton, 2013 citado por Ato, López, y Benavente, 2013).

## 2.2 Variables, Operacionalización

Tabla 1: Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala de medición
Depresión	La depresión es una tendencia a interpretar los sucesos cotidianos de manera negativa, ver las cosas como poco prometedoras en lugar de apreciarlas de manera positiva. (Beck et al, 2010).	La depresión se medirá mediante el Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión, BDI-II.	<p>La escala es bidimensional. El Consejo general de colegios oficiales de Psicólogos (2011), nos menciona que existen dos subescalas lo cuales son:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Cognitivo afectivo</b> <b>Ítems</b> (1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10).</li> <li>2. <b>Somático - Motivacional</b> <b>Ítems</b> (6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 , 21).</li> </ol>	Ordinal

## 2.3 Población, muestra y muestreo

### Población

El estudio poblacional consta de usuarios que acuden a un servicio de salud mental de un centro hospitalario de Chimbote, en lo cual, encontramos a 519 personas del género masculino y 374 del género femenino, obteniendo un total de 893 personas (Hospital de Chimbote, 2018).

### Muestra

Se empleará la siguiente fórmula de poblaciones finitas para conseguir el tamaño de la muestra:

$$n = \frac{N z^2 P (1 - P)}{(N - 1) e^2 + Z^2 P (1 - P)}$$

Dónde:

Nivel de Confiabilidad : z : 1.96

Proporción de P : p : 0.5

Tamaño poblacional : N : 893

Error de Muestreo : e : 0.04

Tamaño de la Muestra : n

Remplazando los datos:

$$n = \frac{(893)(1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(893)(0.04)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{857.6372}{1.4288 + 0.9604}$$

$$n = \frac{857.6372}{2.3892}$$

$$n = 358.96$$

$$n = 359$$

n = 358.96

n = 359

Razón, por lo que la muestra será conformada por un total de 359 usuarios que asisten a un servicio de salud mental de ambos sexos mayores de 13 años.

### **Muestreo:**

En este estudio, se utilizará un muestreo probabilístico aleatorio simple, (Vara, 2010).

### **Criterios de Inclusión**

- \_ Usuarios que acuden al servicio de salud mental del centro hospitalario determinado.
- \_ Usuarios de ambos sexos.
- \_ Usuarios mayores de 13 años.
- \_ Usuarios que acepten formar parte de la investigación.

### **Criterios de Exclusión**

- \_ Usuarios que no deseen formar parte de la investigación.
- \_ Usuarios que no pertenezcan al centro hospitalario determinado para este estudio.

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

El test que se aplicará el Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión, BDI-II; en su adaptación española, el cual es un instrumento de autoaplicación de 21 ítems, compuesta por dos factores, los cuales son cognitivo - afectivo y somático – motivacional. Ha sido elaborado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en personas con una edad mínima de 13 años en adelante (Consejo general de colegios oficiales de Psicólogos, 2011).

Se integra de ítems indicativos de síntomas constituyendo a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV y CIE-10 (Consejo general de colegios oficiales de Psicólogos, 2011).

Cabe mencionar, que Beck et al. (1996) evidenció altas consistencias internas del BDI-II, en muestras clínicas y no clínicas, obteniendo un coeficiente alfa de 0,92. Asimismo, en la adaptación española, realizada y publicada por los autores Sanz y Vásquez (2011,

citado por el Consejo general de colegios oficiales de Psicólogos, 2011). Asimismo, el Inventario alcanzó índices elevados de consistencia interna en muestras de universitarios, de población general y de consultantes con trastornos psicopatológicos. (Sanz et al., 2005; Sanz et al., 2003; Sanz, Perdigón & Vásquez, 2003).

Específicamente, la adaptación española del Inventario de Depresión de Beck BDI- II en la población general, presenta una alta confiabilidad y validez, alcanzando una alfa de Cronbach de 0,87, indicando muy buena consistencia interna y replica los coeficientes hallados en la literatura con muestras similares (Sanz et al, 2003).

Por otro lado, en el Perú se realizó la validez de una versión en español del inventario de depresión de Beck en usuarios hospitalizados de medicina general, obteniendo como resultado un coeficiente alfa de Cronbach de 0,889, lo cual significa muy aceptable, brindando una alta confiabilidad y validez (Vega, Coronado y Mazzotti, 2014).

## **2.5 Métodos de análisis de datos**

En el presente estudio psicométrico se encontró la validez a través del análisis de la estructura interna, asimismo se llevó a cabo un análisis preliminar, mediante el programa Statistical Package for Social (SPSS), el cual brindó la media, desviación estándar, correlación ítem- test y como segundo paso se utilizó el AMOS26, el cual nos facilitó la asimetría y curtosis, estos son procedimientos directos en los cuales no se hace uso de una estadística. (Elosua y Bully, 2012).

Por consiguiente, a través del AMOS26 se obtuvo el análisis factorial confirmatorio, según los puntajes adquiridos en cuanto a asimetría y curtosis, siendo los valores alcanzados inferiores a +/-2, aceptando de esta forma la presencia de una normalidad univariada (Lloret, Ferreres, Hernández y Tomás, 2014), lo cual nos permitió utilizar el método de máxima verosimilitud mediante la matriz de correlaciones Pearson (Medrano y Muñoz, 2017).

De igual manera, el proceso de análisis confirmatorio, se realiza de la misma forma en el AMOS26, para lograr conseguir las cargas factoriales estandarizadas mayores a .30 (>.30) (Fernández, 2015), igualmente los índices de ajuste en lo cual encontramos el ajuste absoluto, hallando así valores para el índice de bondad de ajuste (GFI) con valores

aceptables mayores a .90 ( $>.90$ ) (Escobedo, Hernández, Estebane y Martínez, 2016). El residuo estandarizado cuadrático medio de aproximación (RMSEA) y el residuo estandarizado cuadrático medio (SRSM) los cuales deben ser menores a .080 ( $<.080$ ) (Ruiz, Pardo y San Martín, 2010).

Respecto al ajuste comparativo, se obtuvieron valores de ajuste comparativo (CFI) y el índice de Tucker-Lewis (TLI) los cuales deben ser menores a .90 ( $<.90$ ) y el AIC se usa en reespecificación para ver qué modelo es el más apropiado. (Pérez, Medrano y Sánchez, 2013).

Finalmente, para hallar la confiabilidad se hizo uso del método de consistencia interna, donde los valores son aceptables a partir de .70 ( $>.70$ ), (Campo y Oviedo, 2008), lo cual se realizó a través el programa del Project R, haciéndose uso de las cargas factoriales obtenidas con anterioridad. (Fernández, 2015)

## **2.6 Aspectos éticos.**

Para la realización de la presente investigación en primera instancia se solicitó el permiso al centro hospitalario, para poder ingresar y realizar la ejecución del inventario en los usuarios. En el requerimiento se detalló que el estudio de investigación no implica a gasto alguno por parte de ellos, que su objetivo es netamente de nivel académico y que los resultados serán manipulados específicamente para este. De acuerdo a los usuarios a quienes se les va aplicar el inventario se les informará que sus datos personales estarán bajo anonimato para su seguridad, todo esto mediante el uso de un consentimiento informado.

### III. RESULTADOS

#### Análisis descriptivos de los reactivos

En la tabla 2, se analiza los estadísticos descriptivos de los puntajes alcanzados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en una muestra de usuarios que acuden al servicio de salud mental de un centro hospitalario de Chimbote, de tal manera que el puntaje promedio más bajo es para el reactivo 9 ( $M=.66$ ) y el más alto para el reactivo 16 ( $M=1.55$ ), los valores de desviación estándar varían de .60 a .90, asimismo la distinción de las puntuaciones por medio de la asimetría y curtosis refleja que es univariada, puesto que los valores alcanzados se ubican dentro del intervalo  $\pm 2$  (Lloret, Ferres, Hernández y Tomás, 2014), los valores de correlación ítem-factor varían de .41 a .61 con niveles de discriminación de muy bueno (Elousa y Bully, 2012) a excepción del reactivo 10 que presenta un valor de .25 con un nivel discriminación de aceptable (Kline, 2005). Además, se analizó la normalidad multivariada de todos los reactivos usando el test de Mardia, de tal modo que se obtuvo una asimetría de 32.72.16 y una curtosis de 23.84, y con valores de significancia que indican ausencia de dicha normalidad (Elousa y Bully, 2012).

Tabla 2: Estadísticos descriptivos y correlación ítem-factor del instrumento ( $n=360$ )

Factor	Ítem	Media	DE	g1	g2	Ítem-Factor $r_{itc}$	
Cognitivo afectivo	It1	1,16	,60	,86	1,82	,53	
	It2	1,06	,71	,62	,79	,53	
	It3	1,06	,78	,26	-,54	,48	
	It4	1,36	,66	,50	,21	,50	
	It5	,92	,71	,45	,13	,51	
	It8	1,15	,77	,36	-,12	,52	
	It9	,66	,67	,63	-,15	,41	
	It10	1,44	,84	,24	-,52	,25	
	Somático motivacional	It6	,96	,88	1,04	,68	,53
		It7	1,03	,72	,59	,66	,51
It11		1,14	,76	,72	,61	,61	
It12		1,24	,74	,78	,61	,56	
It13		1,12	,75	,65	,55	,59	
It14		,83	,81	,68	-,20	,50	
It15		1,32	,70	,75	,49	,60	
It16		1,55	,88	,39	-,81	,46	
It17		1,10	,65	,41	,65	,48	
It18		1,36	,83	,50	-,28	,56	
It19		1,23	,66	,70	,87	,56	
It20	1,16	,76	,24	-,29	,56		
It21	1,05	,90	,72	-,10	,44		

Nota: g1=asimetría; g2=curtosis;  $r_{itc}$ =índice de correlación R corregido

## Análisis factorial confirmatorio

Posterior al análisis descriptivo de las puntuaciones del inventario de depresión de Beck, se efectuó un análisis factorial confirmatorio según el método de máxima verosimilitud con matrices Pearson, sobre la base de la estructura de 2 factores, el criterio para el uso del método fue el de la normalidad univariada en la distribución de las puntuaciones y puesto que facilita la estimación de valores consistentes, eficientes y libre de sesgo respecto a la cantidad de muestra (Fernández, 2015; Lara, 2014). Se reporta el ajuste absoluto por medio de: el valor de chi cuadrado sobre grados libertad ( $X^2/gl=2.15$ ); el índice de bondad de ajuste (GFI=.89); el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA=.056; IC90% LI=.049; LS=.064), y el residuo estandarizado cuadrático medio (SRMR=.052); representando los ítems a la variable de manera aceptable (Escobedo et al, 2016), asimismo el ajuste comparativo por medio de su índice (CFI=.90) siendo mencionado dicho ajuste bueno (Escobedo et al, 2016) y el índice de Tucker-Lewis (TLI=.89), representando un ajuste mínimamente aceptable (Gaskin,2012); finalmente, el ajuste parsimonioso a través del índice normado de parsimonia (PNFI=.75), alcanzando una calidad de ajusta aceptable (Escobedo et al, 2016).

*Tabla 3: Índices de ajuste global (n=360)*

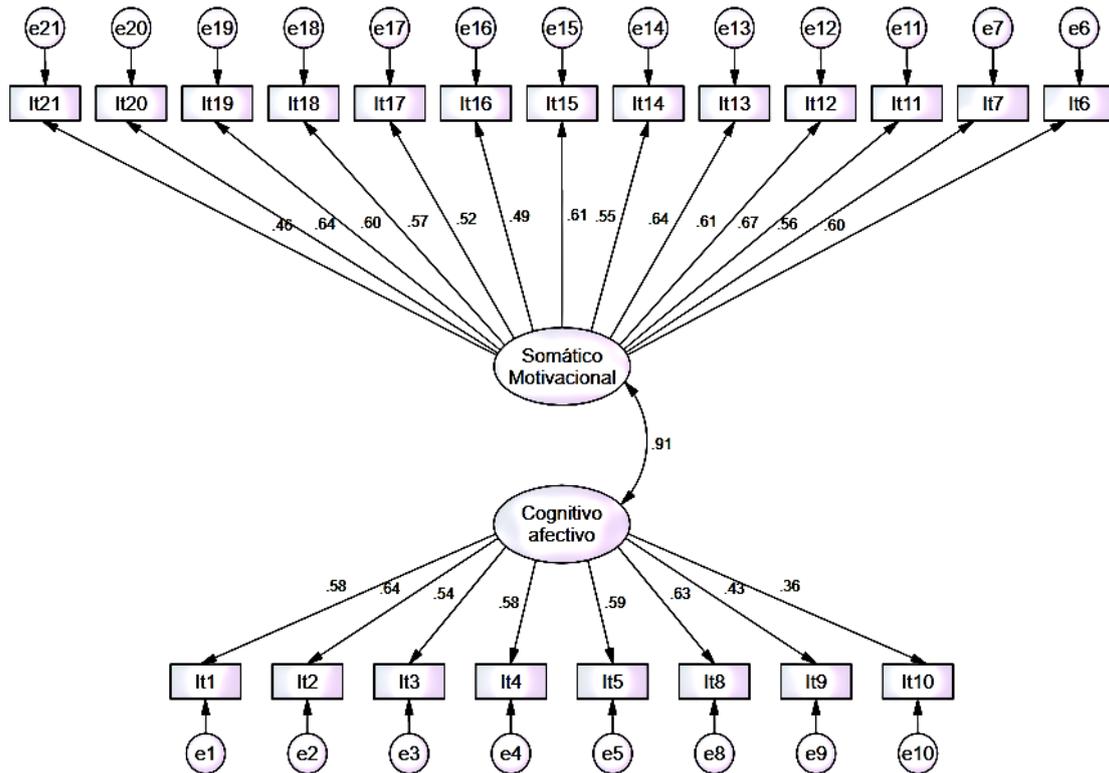
Modelo	Ajuste Absoluto				Ajuste Comparativo		Ajuste Parsimonioso
	X <sup>2</sup> /gl	GFI	RMSEA (IC 90%)	SRMR	CFI	TLI	PNFI
M2-21	2.15	,89	,056 (.049–,064)	,052	,90	,89	,75

*Nota:* M2-21=Modelo de 2 factores correlacionados, X<sup>2</sup>/gl=chi cuadrado sobre grados libertad; GFI=índice de bondad de ajuste; RMSEA=error cuadrático medio de aproximación; SRMR=residuo cuadrático estandarizado; CFI=índice de ajuste comparativo; TLI=índice de Tucker-Lewis; índice normado de parsimonia

En la figura 1, se presenta las cargas factoriales estandarizadas estimadas según el modelo de 21 reactivos agrupados en dos factores, los valores para el factor cognitivo afectivo varían de .36 a .64 y en somático emocional de .46 a .67, las cargas factoriales estandarizadas tienen un nivel óptimo puesto que son superiores a .30 (Fernández, 2015).

Figura 1

*Cargas factoriales estandarizadas del modelo M2-21 (n=360)*



En la tabla 4, se presenta los índices de correlación entre los reactivos que componen el instrumento, es así que en la dimensión cognitivo afectivo los valores varían de .16 a .40 y en somático motivacional los valores varían de .23 a .43, los índices señalan que no hay presencia de multicolinealidad debido a que los valores son inferiores a .85 (Pérez, Medrado y Sánchez, 2013).

*Tabla 4: Matriz de correlaciones por ítems (n=360)*

Ítem	It1	It2	It3	It4	It5	It8	It9	It10	It6	It7	It11	It12	It13	It14	It15	It16	It17	It18	It19	It20	It21
It1	-																				
It2	,37	-																			
It3	,32	,35	-																		
It4	,34	,37	,32	-																	
It5	,34	,38	,32	,34	-																
It8	,37	,40	,34	,37	,37	-															
It9	,25	,28	,24	,25	,25	,27	-														
It10	,21	,23	,20	,21	,21	,23	,16	-													
It6	,32	,35	,30	,32	,32	,35	,24	,20	-												
It7	,30	,32	,28	,30	,30	,32	,22	,18	,34	-											
It11	,36	,39	,33	,36	,36	,39	,27	,22	,41	,37	-										
It12	,33	,36	,31	,33	,33	,35	,24	,20	,37	,34	,41	-									
It13	,34	,37	,32	,34	,34	,37	,25	,21	,39	,36	,43	,39	-								
It14	,29	,32	,27	,29	,29	,32	,22	,18	,33	,30	,37	,34	,35	-							
It15	,33	,36	,31	,33	,33	,35	,24	,20	,37	,34	,41	,38	,39	,34	-						
It16	,26	,29	,25	,26	,26	,29	,20	,16	,30	,28	,33	,30	,32	,27	,30	-					
It17	,28	,30	,26	,28	,28	,30	,21	,17	,31	,29	,35	,32	,33	,29	,32	,26	-				
It18	,31	,33	,29	,30	,31	,33	,23	,19	,35	,32	,39	,35	,37	,31	,35	,28	,30	-			
It19	,32	,35	,30	,32	,32	,34	,24	,20	,36	,33	,40	,37	,38	,33	,37	,29	,31	,34	-		
It20	,34	,37	,32	,34	,34	,37	,25	,21	,39	,36	,43	,39	,41	,35	,39	,32	,33	,37	,38	-	
It21	,24	,27	,23	,24	,25	,26	,18	,15	,28	,25	,31	,28	,29	,25	,28	,23	,24	,26	,27	,29	-

### **Análisis de consistencia interna**

En la tabla 5, se pone de manifiesto los índices de consistencia interna a través del coeficiente Omega, alcanzando valores de .76 a .87, con una valoración de aceptable (Campo y Oviedo, 2008).

*Tabla 5: Estadísticos de consistencia interna según el coeficiente Omega (n=360)*

Factores	Nº Ítems	M	DE	g1	g2	$\omega$	IC 95%	
							LI	LS
Cognitivo afectivo	8	8,81	3,517	,181	,279	,76	,73	,80
Somático motivacional	13	15,10	6,220	,591	,421	,87	,84	,89

*Nota:*  $\omega$ =coeficiente de consistencia interna Omega; M=media; DE=desviación estándar; g1=asimetría; g2=curtosis; IC=intervalos de confianza; LI=límite inferior; LS=límite superior

#### IV. DISCUSIÓN

Ante la realidad que distingue a la depresión como una problemática psicosocial frecuente (Organización mundial de la salud, 2017), ubicándose según el estudio epidemiológico del Instituto Nacional de Salud mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2012) como el cuadro más frecuente en el Perú, se efectuó como objetivo determinar las evidencias psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en 360 usuarios, de ambos sexos, mayores a los 13 años de edad, que acuden al servicio de salud mental de un centro hospitalario de Chimbote.

De esta manera, su cumplimiento concierne, determinar la validez basada en la estructura interna mediante el análisis factorial confirmatorio, el cual se ejecutó por el método de máxima verosimilitud, que responde directamente a la presencia de normalidad univariada (Medrano y Núñez, 2017), especificada en los valores del análisis de asimetría y curtosis por debajo de  $+2$  (Lloret, Ferreres, Hernández y Tomás, 2014), que permitió reportar el  $GFI=.89$  el cual indica un ajuste de los ítems próximo a bondadoso, asimismo el  $RMSEA=.56$ ,  $SRMR=.52$  refieren tanto un error como residuo aceptable, al evidenciar valores dentro de los parámetros psicométricos, lo cual permite aseverar que el modelo representa de forma aceptable al constructo depresión, a continuación el  $CFI=.90$   $TLI=.89$  permiten indicar que esta representación logra mostrar un buen ajuste a los usuarios acudientes al servicio de salud mental, que el  $PNFI=.75$  lo reafirma, al expresar una calidad del ajuste de apreciación aceptable (Escobedo, Hernández, Estebane y Martínez, 2016), asimismo las cargas factoriales estandarizadas y las covarianzas reportaron resultados en sus parámetros mayores al  $.30$ , resultados que Fernández (2015) atribuye como valores óptimos, es decir que los ítems muestra correspondencia con el factor establecido, y entre factores existe una covarianza acorde al modelo determinado, por último frente la ausencia de multicolinealidad se desataca relaciones de tipo Pearson ecuánimes (Pérez, et al., 2013).

En su comparación, evidencia similar reporta Estrada, et al. (2015) al estudiar en una población social y de universitarios, logra evidenciar en el análisis factorial confirmatorio resultados favorables para el modelo de dos factores, con índices de ajuste propicios, así como las cargas factoriales, que avalan la estructura interna, reafirmando la validez del test, en diversas poblaciones, misma caracterización expone Carranza (2013), con la distinción que además contribuyo con la validez de contenido, propiciando el amplio conocimiento de

las propiedades del inventario, asimismo Rodríguez y Farfán (2013) a pesar de la realización del análisis factorial exploratorio, logra enmarcar la estructura original como de mayor ajuste a una población de estudiantes del último grado de secundaria, es así que la investigación de Beltrán, et al., (2012) también concluyó la validez del test, con una amplitud tanto en grupos clínicos como no clínicos, que resalta las cualidades del instrumento.

Este conjunto de hallazgos psicométricos, permite pautar en el análisis psicológico, que el Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión, BDI-II, se ajusta a las características de la población estudiada, representada por la muestra de usuarios que asistieron al servicio de salud de un hospital de Chimbote, de tal manera que los constructos Somático-Motivacional y Cognitivo-Afectivo, logran caracterizar de forma propicia los rasgos que presenta el grupo de interés (Lara, 2014), generando la viabilidad para su continuo estudio y posterior utilización en el proceso de medición atribuido a la evaluación psicológica, realizada con fundamentos empíricos-teóricos, como parte de una praxis que presenta soporte y asume vías deontológicas para el abordaje de la problemática.

Por último, se logró determinar la confiabilidad mediante el método de consistencia interna a través del coeficiente omega, cuyo uso responde a las bondades evidenciadas a nivel metodológico (Ventura y Caycho, 2017), de esta manera, para el factor cognitivo-afectivo reporta un valor de .76 y en somático-motivacional de .87, en ambos casos según Campo y Oviedo (2008) alcanza una fiabilidad aceptable, lo cual refiere que la estructura interna mantiene su consistencia en la réplica del test en la población, que incluso en los intervalos de confianza se logra mantener esta apreciación de realce psicométrico para el instrumento (Ventura, 2018).

Confiabilidad propicia que en la comparación con los antecedentes, también resalta los estudios de, Valdez et al. (2017) en una población chilena de 18 a 73 años, obtiene un alfa total de .92, asimismo Estrada, et al. (2015) en dos poblaciones de universitarios y general, reportan un alfa total de .90, y por factores de .78 a .85, de igual forma Vega, et al. (2014) en pacientes hospitalizados obtiene un alfa de .88, Carranza (2013) en universitarios de 16 y 36 años el alfa alcanzado fue de .87, por su parte Rodríguez y Farfán (2013) en alumnos de último grado del nivel secundario reporta un alfa total de .89, por factores de .80 a .83, en tanto Beltrán, et al., (2012) en adolescentes de 14 y 16 años, evidencia un alfa de .92, que

reafirman que en la diversificación de zonas, edades y condiciones clínicas el inventario sigue manteniendo su confiabilidad.

El análisis psicológico de este apartado permite desglosar que la variable depresión entendida como la percepción negativa sobre los sucesos que desencadena labilidad y altera la estabilidad emocional (Beck et al, 2010), mantiene su estructura dentro en la población de interés, lo cual impulsa a un proceso de medición continua, con la certeza que permitirá en cada aplicación la caracterización de la variable, perfilando un test que es fiable para su uso, teniendo en cuenta la localidad de su realización (Alarcón, 2013).

Finalmente, los hallazgos logran concluir el aporte al campo práctico de la psicología, asimismo en la contextualización de la metodología y también en la estructuración de lo teórico, para el primer caso permite contar con un inventario viable en la medición de la depresión, para el segundo perfila un antecedente que cumple a cabalidad el conjunto de disposiciones que pauta la investigación de línea científica, en el tercer apartado, se debe considerar las teorías revisadas y presentadas, que genera viabilidad del estudio.

## V. CONCLUSIONES

- ❖ Se determinó las evidencias psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en 360 usuarios, de ambos sexos, mayores a los 13 años de edad, que acuden al servicio de salud mental de un centro hospitalario de Chimbote, con una contribución en lo práctico, además del área metodológica y también en la teoría.
- ❖ Se determinó la validez basada en la estructura interna mediante el análisis factorial confirmatorio, por el método de máxima verosimilitud, que reporto GFI=.89, RMSEA=.56, SRMR=.52, CFI=.90, TLI=.89, PNFI=.75, asimismo cargas factoriales estandarizadas  $>.30$ , que indican un buen ajuste de la teoría a la población.
- ❖ Se logró determinar la confiabilidad mediante el método de consistencia interna a través del coeficiente omega, para el factor cognitivo-afectivo reporta un valor de .76 y en somático-motivacional de .87, de criterio aceptable.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- ❖ Proceder con la evidencia de validez basada en la relación con otras variables, mediante el uso de los análisis psicométricos denominados convergente, hacía constructos como ansiedad, estrés, y el procedimiento divergente, con variables como metas de vida, inteligencia emocional, para seguir aperturista el conocimiento psicométrico del test.
  
- ❖ Realizar la estimación de la fiabilidad, bajo otros procedimientos de corte psicométrica, tal es el caso del método test-retest, que permite aunar aún más en la confiabilidad del test, y ampliar su comprensión.
  
- ❖ El test puede ser utilizado para el proceso de medición dentro del contexto de estudio, teniendo en cuenta una valoración colectiva, y una comprensión a partir de la media alcanzada en correspondencia a la media teórica.

## VII. REFERENCIAS

- Ajjan D. y Chiner D. (1997). *La curación natural del estrés, la ansiedad y la depresión*. El colectivo de medicina natural. Barcelona: Robinbook,. Recuperado de: <https://books.google.com.pe/books?id=Zg03kgjS14MC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>.
- Alarcón, R. (2013). *Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento*. (2da ed.). Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Álvarez, M. et al (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. España. Recuperado de: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Amezquita, A. (2017). Causas y consecuencias de la depresión. Recuperado de <https://www.metrord.do/do/destacado/2017/07/16/causas-y-consecuencias-de-la-depresion.html>.
- 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.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19a.ed.). España: DESCLEE DE BROWER. Recuperado de [https://www.srmcursos.com/archivos/arch\\_5847338ec8c7c.pdf?fbclid=IwAR3Yo5RhfrkRIONs4yA\\_72M\\_nzK6GCEg1pwWbOtKCtUQ-ZSRIXB-ugPtiTaE](https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847338ec8c7c.pdf?fbclid=IwAR3Yo5RhfrkRIONs4yA_72M_nzK6GCEg1pwWbOtKCtUQ-ZSRIXB-ugPtiTaE).
- Beck, A., Steer, R.A. & Brown, G.K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-second edition. Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York: Hoeber,
- Beltrán, M. Freyre, M. y Hernández, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*. 30(1), 5-13. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082012000100001](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100001).
- Caballo; V. Salazar; I. y Carrobes, J. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Ediciones pirámide.

- Chappa, H. (2003). *Distimia y otras depresiones crónicas*. Buenos Aires: Médica Panamericana. Recuperado de: [https://books.google.com.pe/books?id=yJZacIMB7RAC&pg=PA176&dq=factores+de+la+depresion+segun+beck&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi\\_vavp9\\_feAhWHzVMKHTUbCjcQ6AEIPDAE#v=onepage&q=factores%20de%20la%20depresion%20segun%20beck&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=yJZacIMB7RAC&pg=PA176&dq=factores+de+la+depresion+segun+beck&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi_vavp9_feAhWHzVMKHTUbCjcQ6AEIPDAE#v=onepage&q=factores%20de%20la%20depresion%20segun%20beck&f=false).
- Campo, A. y Oviedo, H. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Rev. Salud pública*. 10 (5):831-839. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/422/42210515.pdf>.
- Carranza, R. (2013). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck universitarios de Lima”. *Rev. Psicol. Trujillo*. 15(2), 170-182. Recuperado de [http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R\\_PSI/article/viewFile/219/128](http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/viewFile/219/128)
- Consejo general de colegios oficiales de Psicólogos (2011). Evaluación del inventario BDI-II. Recuperado de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Elosua, P. y Bully, G. (2012). *Prácticas de Psicometría: Manual de Procedimiento* (1ra ed.). Vasco: Universidad de Vasco.
- Escobedo, M. Hernández, J. Estebane, V. y Martínez, G. (2016). Modelos de Ecuaciones Estructurales: Características, Fases, Construcción, Aplicación y Resultados. *Ciencia & Trabajo*, 18(55), 16-22.
- Estrada, B., Delgado, B., Landero, R. y Gonzáles, M. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 14 (1), 15-26. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/278026014\\_Propiedades\\_psicometricas\\_del\\_BDI-II\\_version\\_espanola\\_en\\_muestras\\_mexicanas\\_de\\_poblacion\\_general\\_y\\_estudiantes\\_universitarios](https://www.researchgate.net/publication/278026014_Propiedades_psicometricas_del_BDI-II_version_espanola_en_muestras_mexicanas_de_poblacion_general_y_estudiantes_universitarios)
- Fernández, A. (2015). Aplicación del análisis factorial confirmatorio a un modelo de medición del rendimiento académico en lectura. *Ciencias Económicas*, 33(2), 39-66.
- Gary et al (2018). Beck Depression Inventory-II: Factor Analyses with Three Groups of Midlife Women of African Descent in the Midwest, the South, and the U.S.

- Virgin Islands. *Issues Ment Health Nurs.* 39(3), 233-243. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5889520/#R80>.
- Gaskin, J. (2012). *Validity Master, stats tools package*. Provo:Brigham Young University.
- González, H. (2017). *Depresión*. Revista de salud y bienestar. <https://www.webconsultas.com/depresion/causas-de-la-depresion-290?fbclid=IwAR1Pv-7W2RyyB9EePIIMTm9EjfSdwqbpZLZCmAnNf8Da0eX34m-iisPehY>.
- Gorenstein, C y Wang, Y. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Bras. Psiquiatr.* 35 (4). Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462013000400416](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462013000400416).
- Grau, M., Ramírez, V. y Grau, R. (2015). *Manual del Inventario de Depresión Rasgo*. Available from: Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/283016407\\_Manual\\_del\\_Inventario\\_de\\_Depresion\\_Rasgo](https://www.researchgate.net/publication/283016407_Manual_del_Inventario_de_Depresion_Rasgo).
- Instituto Nacional de la Salud Mental (2015). *Depresión*. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Recuperado de: <https://infocenter.nimh.nih.gov/pubstatic/SP%2015-3561/SP%2015-3561.pdf>.
- Instituto Nacional de Salud mental. (2012). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao*. Lima. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>
- Kline, B. (2005). *Principios y práctica de modelado de la ecuación estructural*. New York: Guildford Press
- Lara, A. (2014). *Introducción a las ecuaciones estructurales en AMOS y R*. Recuperado de: <http://masteres.ugr.es/moea/pages/curso201314/tfm1314/tfm-septiembre1314/memoriamastrerlahormigoantonio/>
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A. & Tomás, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30 (3), 1151-1169.

- Medrano, L. & Muñoz, R. (2017). Aproximación conceptual y práctica a los modelos de ecuaciones estructurales. *Revista de investigación en docencia universitaria*, 11(1), 1-21
- Menchón, J. (2011). *Entrevistas de Salud*. Revista de salud y bienestar. Recuperado de: <https://www.webconsultas.com/salud-al-dia/depresion/entrevista-dr-jose-manuel-menchon-magrina-jefe-del-servicio-de-psiquiatria-de>.
- Morales, C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Cubana Salud Pública*, 43(2), 136-138. Recuperado de: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S086434662017000200136&script=sci\\_arttext](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S086434662017000200136&script=sci_arttext).
- Organización mundial de la salud. (2017). Depresión. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
- Paykel, E. (2008). Basic concept of depresión. *Dialogues Clin Neurosci*. 10(3), 279–289. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181879/>
- Pérez, E., Medrano, L. & Sánchez, J. (2013). El Path Analysis: conceptos básicos y ejemplos de aplicación. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 5(1), 52-66.
- Sanz, J., García, M.P., Espinosa, R., Fortún, M. & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 121-142.
- Sanz, J., Navarro, M.E. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Sanz, J., Perdigón, A. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Rodríguez, E. y Farfán, D. (2013). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013. *Revista de Investigación Universitaria* 4 (2), 71-78.
- Rodríguez, J. y Mesa P. (2011). *Manual de psicopatología clínica*. Madrid: Ediciones pirámide. Madrid: Ediciones pirámide.

- Ruiz, M., Pardo, A. & San Martín, R. (2010). *Modelos de ecuaciones estructurales. Papeles del psicólogo*, 31(1), 34-45
- Valdez et al (2017). *Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck IA para la población chilena*. Rev Med Chile. 145, 1005-1012. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n8/0034-9887-rmc-145-08-1005.pdf>
- Vega, J., Coronado, O. y Mazzotti, J. (2014). *Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina*
- Ventura, J. (2018). Intervalos de confianza para coeficiente Omega: Propuesta para el cálculo. *Adicciones*, 30(1), 77-78. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/download/962/899>
- Ventura, J. y Caycho, T. (2017). El coeficiente omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 25(1), 625-627.
- Vinuesa, M. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Recuperado de: [http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/2014/GP\\_C\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/2014/GP_C_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf).
- Yesavage, J. (2014). *Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage*. Costa Rica. Recuperado de: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/30350/Escala%20de%20Depresion%20Geri%C3%A1trica%20GDS%20de%20Yesavage.PDF?sequence=4&isAllowed=y>
- Zarragoitia, I. (2011). *Depresión: generalidades y particularidades*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: [http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo\\_files/depresion-cuba.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf).

## ANEXOS

### ANEXO N° 1:

#### INSTRUMENTO

#### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK ORIGINAL (BDI-II)

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino  Femenino   
Edad \_\_\_\_\_

“Este inventario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Marque o encierre el número correspondiente al enunciado elegido.”

##### 1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

##### 2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

##### 3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

##### 4. Pérdida de placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

##### 5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

##### 6. Sentimientos de castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

##### 7. Disconformidad con uno mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza de mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

### **8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

### **9. Pensamientos o deseos suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Quería matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

### **10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

### **11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

### **12. Pérdida de interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

### **13. Indecisión**

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

### **14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

### **15. Pérdida de energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada

### **16. Cambios en los hábitos de sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

**17. Irritabilidad**

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

**18. Cambios de apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio de mi apetito.
- 1a Mi apetito es muy poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es muy poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo en apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

**19. Dificultad de concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como lo habitual.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

**21. Pérdida de interés en el sexo**

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo.

**GRACIAS POR TU COLABORACIÓN 😊**

### FICHA TÉCNICA

**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).

**Autores:** Aarón 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

**Fecha de la última revisión del test en su adaptación española:** 2011

**Constructo evaluado:** Depresión

**Objetivo:** Detectar y evaluar la gravedad de sintomatología depresiva.

**Área de aplicación:** Psicología clínica, forense y Neuropsicología

**Materiales:** Papel y lápiz.

**Administración:** Individual y Colectiva.

**Numero de ítems:** 21 ítems.

**Puntuación mínima y máxima:** 0 - 63.

**Niveles:** 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

**Confiabilidad de un estudio realizado con el test original:** Una alta consistencia interna del BDI-II tanto en muestras clínicas como no clínicas, obteniendo un coeficiente alfa de 0,92.

**Confiabilidad de un estudio realizado con la adaptación española:** Los coeficientes son elevados (superiores a 0.85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del BDI-II.

ANEXO N° 3

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**“Año de la lucha contra la corrupción e impunidad”**

Nuevo Chimbote,.... de..... del 2019

Presente.-

Me dirijo a usted para saludarlo cordialmente; y al mismo tiempo solicitarle permiso para poder aplicarle una encuesta psicológica por motivo de realizar mi proyecto de tesis como estudiante del X del ciclo académico de la facultad de Humanidades, Escuela Académico Profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo.

La labor que se realizará comprendería la aplicación de una encuesta psicológica sobre el inventario de depresión de Beck BDI-II cuya duración oscila entre 5 a 10 minutos.

La encuesta estaría orientada al tema psicológico de depresión, una problemática que aqueja a la población femenina y masculina. El objetivo de este estudio es determinar las evidencias psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en usuarios que acuden al servicio de salud mental de un centro hospitalario de Chimbote.

Agradeciendo su apoyo y las sugerencias que brinde al presente para el cumplimiento cabal de mis funciones.

Me despido de usted,

Atentamente

---

Firma del participante

## Acta de Aprobación de originalidad de tesis

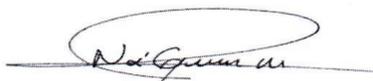
 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS</b>	Código : F06-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	--	---

Yo, HUGO MARTÍN NOÉ GRIJALVA, docente de la Facultad Humanidades y Escuela Profesional Psicología de la Universidad César Vallejo filial Chimbote (precisar filial o sede), revisor (a) de la tesis titulada:

**"Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en usuarios que acuden al de salud mental de un centro hospitalario"**, de los estudiantes **Bendezu Barreto, Massiel y Valverde Marrufo, Elena**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de **25%** verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lugar y fecha Nvo. Chimbote 09 setiembre 2019



.....  
Dr. Hugo Martín Noé Grijalva

Docente

DNI: 02866477

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

# Pantallazo de Turnitin

Feedback Studio - Mozilla Firefox

https://ev.turnitin.com/app/carta/es/?s=1&lang=es&cc=1248928400&u=1049696361

feedback studio Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en usuarios que acuden al servicio de salud mental de un centro hospitalario en Chimbote



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**  
FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en usuarios que acuden al servicio de salud mental de un centro hospitalario en Chimbote

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
Licenciada en Psicología

AUTORA:

BONICZI BARBETO, Marisol Mayra (ORCID: 0009-0001-4745-4325)

YAN YEROF VALDEZ FELIX, Mayra (ORCID: 0000-0002-4417-1940)

ASesor:

Dr. ANGE CRUZALTA, Hugo Martín (ORCID: 0000-0003-2214-8520)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:  
Psicología

CHIMBOTE - PERÚ  
2019

Todas las fuentes

Concordancia 1 de 158

Entregado a Universidad...	27%
repositorio.ucc.edu.pe	14%
ojs.upey.es	3%
Entregado a Corporaci...	3%
Entregado a Universid...	3%
Entregado a Universid...	3%
Entregado a Universid...	3%
www.redalyc.org	3%
www.scielo.cl	3%
Entregado a Universid...	3%
Entregado a Universid...	3%
www.sciencedirect.com	3%
scielo.conicet.gov.ar	2%

Excluir Fuentes

Página 1 de 28    Número de palabras: 5642    Text-only Report    High Resolution    Escrito

## Formulario de Autorización para la publicación de la tesis



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)  
"César Acuña Peralta"

### FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

#### 1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

Benedez. Barreto Massiel Margot  
D.N.I. : 76679329  
Domicilio : Urb. Nicolas Garateca N2105 LT 5  
Teléfono : Fijo : - Móvil : 964370934  
E-mail : Massielbenedez.06@hotmail.com

#### 2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad : Humanidades  
Escuela : Psicología  
Carrera : Psicología  
Título : Licenciada en Psicología

Tesis de Post Grado

Maestría

Doctorado

Grado :  
Mención :

#### 3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

Benedez. Barreto Massiel Margot  
Valverde Marrugo Elena Milagros

Título de la tesis:

Propiedades psicométricas del inventario de  
depresión de Beck en usuarios que acuden  
al servicio de salud mental de un centro hospitalario en  
Chimbote.  
Año de publicación : 2019

#### 4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

Firma :

Fecha : 11/09/19



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)
VALVERDE MARRUFO ELENA MILAGROS
D.N.I. : 73529785
Domicilio : URBANIZACION LOS OLIVOS MZ.F6 LT.3
Teléfono : Fijo : Móvil : 934089872
E-mail : elenita.marrofo@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:
[X] Tesis de Pregrado
Facultad : HUMANIDADES
Escuela : PSICOLOGIA
Carrera : PSICOLOGIA
Título : LICENCIADA EN PSICOLOGIA
[ ] Tesis de Post Grado
[ ] Maestría [ ] Doctorado
Grado :
Mención :

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:
VALVERDE MARRUFO ELENA MILAGROS
BENDERU BARRETO MASSIEL MARGOT
Título de la tesis:
PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN USUARIOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE UN CENTRO HOSPITALARIO EN CHIMBOTE.
Año de publicación : 2019

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,
Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis. [X]
No autorizo a publicar en texto completo mi tesis. [ ]

Firma : [Handwritten Signature]

Fecha : 11-09-2019

**Autorización de la versión Final del Trabajo de Investigación**



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

---

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

Valverde Marrufo, Elena Milagros

---

INFORME TITULADO:

Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en usuarios que acuden al de  
salud mental de un centro hospitalario

---

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

---

SUSTENTADO EN FECHA: 11/09/2019

NOTA O MENCIÓN: 18 (dieciocho)

---

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN



# UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

## AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

---

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

Bendezu Barreto, Massiel Margot

---

INFORME TITULADO:

Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en usuarios que acuden al de  
salud mental de un centro hospitalario

---

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

---

SUSTENTADO EN FECHA: 11/09/2019

NOTA O MENCIÓN: 20 (veinte)

---

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN