



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

“Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck en
estudiantes universitarios de Chimbote”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA:

BR. AGUIRRE BOY, INGRID ALEXANDRA

ASESOR :

NOÉ GRIJALVA, Hugo Martín

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Psicométrica

CHIMBOTE - PERÚ

2018

PAGINA DEL JURADO

Dr. Martin Noé Grijalva
Presidente

Mg. Mónica Gonzales Moreno
Secretaria

Mg. Tomas Caycho Rodríguez
Vocal

DEDICATORIA

A Dios, porque en cuento todo parecía perdido y todos parecían abandonarme estuvo conmigo apoyándome enviando personas adecuadas a mi vida para guiarme y hacerme más fuerte.

A mi madre Elvira Margot que durante toda su vida dio absolutamente todo por mí, y en esta etapa no fue la excepción.

A mis docentes, que a lo largo de la travesía universitaria me brindaron todos sus conocimientos, para mi formación profesional.

Aguirre Boy Ingrid Alexandra

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios, por cuidarme durante este camino y brindarme las fuerzas necesarias para vencer todos los malos momentos que atravesé.

A mi madre, docentes y familia por el apoyo, guía y motivación constantes que me ayudaron a no flaquear.

A mis docentes, Hugo Grijalva y Mónica Gonzales, por su ayuda, soporte y paciencia que acompañó cada uno de mis pasos durante el proceso de la investigación.

Asimismo, agradecer a las autoridades, docentes y alumnos de las universidades de la ciudad de Chimbote, que me brindaron el acceso a sus instalaciones para poder ejecutar la aplicación del instrumento.

Finalmente, a todas las personas que de alguna manera estuvieron presentes a lo largo de este camino, a mis bellas primas Sheila, Leslie y Brenda por sus consejos, a mi primo Kevin por su ejemplo de superación y motivación, a mi mejor amiga Valeria por su comprensión y apoyo incondicional.

DECLARACION DE AUTENTICIDAD

Yo, AGUIRRE BOY INGRID ALEXANDRA con DNI N° 70229330, 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 Profesional de Psicología, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y autentica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos veraces.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento y omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad Cesar Vallejo.

Chimbote, Setiembre del 2018

Br Ingrid Alexandra Aguirre Boy

DNI: 70229330

PRESENTACION

Estimados miembros del jurado, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Psicología de la Universidad Cesar Vallejo, presento ante ustedes la tesis titulada: "Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck en estudiantes universitarios de Chimbote".

El primer capítulo de esta investigación contempla la realidad problemática, los trabajos previos, teorías relacionadas al tema, formulación del problema, justificación, objetivo general y los objetivos específicos.

Asimismo, en el segundo capítulo, se expone la metodología de la investigación, variable junto a su operacionalización, población, muestra y muestreo; también la técnica de recolección de datos, la validación y confiabilidad del mismo, los métodos de análisis de datos, los criterios de inclusión y exclusión; y finalmente, la ética de la presente investigación.

En relación con el tercer capítulo, se presentan los resultados haciendo uso de tablas, obtenidas por el programa estadístico empleado.

En el cuarto capítulo, se encuentra la discusión de los resultados de la investigación, brindando una explicación más amplia de estos y se comparan con los antecedentes relevantes.

En el quinto capítulo, se muestran las conclusiones, realizando una síntesis de la investigación y resultados obtenidos.

En el sexto capítulo, se exponen las recomendaciones que los futuros investigadores deben tener en cuenta.

Finalmente, en el último capítulo se puede observar las referencias bibliográficas que se emplearon en la investigación.

INDICE

Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1. Realidad Problemática	11
1.2. Trabajos Previos	13
1.3. Teorías relacionadas al tema	14
1.4. Formulación del Problema	24
1.5. Justificación del estudio	24
1.6. Objetivos	25
1.6.1. Objetivo General	25
1.6.2. Objetivos Específicos	25
II. MARCO METODOLOGICO	26
2.1. Variable y Operacionalización	26
2.2. Tipo de estudio	28
2.3. Población y Muestra	28
2.3.1. Población	28
2.3.2. Muestra	28
2.3.3. Muestreo	29
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.	30
2.5. Método de análisis de datos	32
2.6. Aspectos éticos.	33
III. RESULTADOS	34
IV. DISCUSIÓN	38
V. CONCLUSIONES	43
VI. RECOMENDACIONES	44
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1	
<i>Operacionalización de la variable</i>	27
Tabla 2	
<i>Muestreo estratificado</i>	30
Tabla 3	
<i>Media, desviación estándar, asimetría y curtosis e índices de correlación R</i> <i>Rcorregido del instrumento (n=596)</i>	34
Tabla 4	
Índices de ajuste absoluto, ajuste comparativo y ajuste parsimonioso.	35
Tabla 5	
Estadísticos de fiabilidad del inventario de depresión de Beck (n=596).....	37

RESUMEN

El objetivo principal de la presente investigación fue determinar las propiedades psicométricas del inventario de Depresión de Beck en estudiantes universitarios de Chimbote, fue aplicado a 596 estudiantes universitarios de las distintas universidades de la ciudad, los mismos que fueron seleccionados según un muestreo probabilístico estratificado con edades que oscilan entre los 16 y 39 años de edad. Dentro de los resultados obtenidos se menciona a los índices de correlación ítem-test que superan el .40 con niveles de discriminación de bueno a muy bueno; asimismo los ajustes de bondad del inventario obtuvo estadísticos de GFI =.886, RMSEA =.065, SRMR =.050, CFI = .886, TLI= .874, PNFI= .763; finalmente se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach, con un indicador de .909 para la totalidad del cuestionario.

Palabras Claves: Depresión, validez, confiabilidad

ABSTRACT

The principal aim of the present investigation was to determine the properties psicométricas of the inventory of Beck's Depression in university students of Chimbote, was applied to 596 university students of the different universities of the city, the same ones that were selected according to a sampling probabilístico stratified by ages that range between 16 and 39 years of age. Inside the obtained results there is mentioned to the indexes of correlation article - test that overcome .40 with levels of discrimination of well to very well; likewise the adjustments of kindness of the inventory it obtained statisticians of GFI = .886, RMSEA = .065, SRMR = .050, CFI = .886, TLI = .874, PNFI = .763; finally a coefficient obtained Cronbach's alpha, with an indicator of .909 for the totality of the questionnaire.

Key words: Depression, validity, reliability

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

Al hablar de depresión, hacemos referencia a una enfermedad que además de afectar nuestro organismo y deteriorar nuestro estado de ánimo, afectando a la persona diagnosticada tiene repercusiones en su entorno. No hay discriminación de edad, es más, las investigaciones refieren que esta enfermedad puede iniciar a temprana edad y aumentando el riesgo en la adolescencia. (Bonet de Luna; Fernández y Chamón, 2011, p.472) y en el más grave de los casos esto puede conllevar al suicidio, siendo esta una causante de morbilidad y discapacidad. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

Por otro lado, a lo largo del tiempo la población universitaria ha sido de interés clínica, ya que en esta etapa existen nuevos cambios que determinaran su desempeño académico y social pudiendo generar cambios en su salud mental. Esto puede radicar en el hecho de que se desarrolla una mayor autonomía ya que hay retos académicos, asimismo se encuentran las expectativas de los familiares, el desarrollo de las relaciones interpersonales, relaciones de pareja, en algunos casos los estudiantes que viven en zonas alejadas a sus centro de estudios optan por dejar su hogar para estudiar desapegándose de su familia, asimismo esta la necesidad de adaptar a un nuevo lugar y otros factores psicosociales que los hacen vulnerables (Gutiérrez et al., 2010).

Desde hace años, las investigaciones epidemiológicas vienen alertando acerca de las características que matizan este trastorno, la depresión es tal vez la más irreconocible, no diagnosticada y mucha menos tratada de los trastornos mentales, es por esta razón que algunos investigadores la han denominado la gran epidemia silente. Actualmente esta enfermedad ocupa el cuarto lugar de las enfermedades incapacitantes con una estimación de que para el año 2020 ocupara el segundo lugar, puesto que ha sido diagnosticada aproximadamente en el 40 % de paciente que acuden a una consulta (Zarragotía, 2011).

Nuestro país, no es ajeno a dicha dificultad, puesto que tal y como se resaltan en los informes epidemiológicos elaborados por el Instituto Nacional de Salud del Perú (INSM), los trastornos mentales más frecuentes fueron el episodio depresivo en un 14.1 % seguido por el trastorno de ansiedad generalizada en un 4.2 % (Instituto Nacional de Salud Mental, 2012, p.29).

Asimismo, en la ciudad de Chiclaya, también se pudieron evidenciar casos de depresión, en personas de entre 15 a 39 años, estuvieron diagnosticados con depresión 1285 luego de un tamizaje realizado por los centros de salud. De esta población, el 84 % pertenecía a personas de sexo femenino y un 16 % a población de sexo masculino, esto según los datos de la Red Pacífico Norte del año 2017.

Ya que este problema viene dándose desde hace muchos años atrás, ha habido autores que se han interesado en medir dicha variable, creando escalas que son mencionadas a continuación: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), está compuesta por tres subescalas que son: depresión, la ansiedad y el estrés, las cuales permiten que haya una evaluación completa del estado de la persona, puesto que las preguntas que contienen están dispersadas al azar con el propósito de garantizar la medición adecuada (Román., Vinet y Alarcón., 2014, p182-183) . Asimismo encontramos el Inventario de Depresión Estado- Rasgo (IDER), este se compone de escalas que son la de Estado y la de Rasgo, a su vez, cada una cuenta con dos subescalas (Vélez, 2009). Otras de las pruebas utilizadas es la Escala de Depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR), el cual está orientado a la evaluación de la frecuencia como también la ocurrencia o duración de cada una de las sintomatologías constando de 30 ítems. (Ugarriza y Ecurra, 2002, p.94) el Inventario de Depresión Estado- Rasgo (IDER), este se compone de escalas que son la de Estado y la de Rasgo, a su vez, cada una cuenta con dos subescalas (Velez, 2009).

Finalmente, encontramos el Inventario de Depresión de Beck, el cual consta de 21 ítems y se enfoca en determinar el nivel de depresión, mínimo, leve, moderado y severo, este inventario fue adaptado en la ciudad de Lima en población no clínica (Carranza, 2013).

Esta última prueba fue con que se trabajó, sin embargo una de las principales limitaciones del Inventario de Depresión de Beck es que diferentes antecedentes muestran una estructura factorial distinta a la original. Por ejemplo Carranza (2013) reporta una estructura de dos factores de una varianza del 38%, asimismo Beltrán, Freyre y Hernández (2012) también reportó una estructura de dos factores sientosomático motivacional y cognitivo afectivo.

De esta manera se observa que el instrumento en diversos antecedentes presenta una estructura factorial subyacente distinta a la propuesta por Beck, por lo cual es necesario realizar un análisis de esta estructura para obtener las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes universitarios de Chiclayo.

1.2. Trabajos Previos

Carranza (2013) realizó un estudio para determinar las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck (BDI - II) para población universitaria de Lima Metropolitana. En lo que concierne a las propiedades psicométricas de dicho Inventario, sus índices psicométricos fueron estudiados de manera exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna ($\alpha = 0.878$). Asimismo, se obtuvo la validez de contenido y la Validez de constructo (índices mayores a 0.30) a través de la técnica análisis factorial obteniendo resultados altos y satisfactorios. Finalmente, concluye que su hallazgo indica que el instrumento presenta validez, consistencia interna y estabilidad del instrumento muy aceptable con nuevos parámetros para la población universitaria de 16 a 36 años, de la ciudad de Lima.

Asimismo Beltrán, Freyre y Hernández (2012) realizaron un estudio con la finalidad de evaluar la estructura factorial y determinar las propiedades

psicométricas del Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA) para adolescentes mexicanos. Para ello participaron un total de 385 adolescentes en dos muestras (comunidad general, pacientes psiquiátricos externos con y sin trastorno depresivo). Los participantes completaron el BDI-IA y una batería de instrumentos para medir constructos relacionados. El AFE mostró una solución de dos factores: el Cognitivo-Afectivo y el Somático. El AFC indicó ajuste aceptable del modelo propuesto por Beck, el BDI-IA mostró una $\alpha = .92$. Asimismo, mostró buena sensibilidad y especificidad para discriminar entre deprimidos y no deprimidos, concluyendo que el BDI-IA es una medida válida y confiable de los síntomas depresivos en adolescentes mexicanos de población clínica y no clínica.

También encontramos a Sanz, Perdigón y Vázquez (2003) quienes presentaron por primera vez datos normativos y de fiabilidad y validez factorial de la adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II, los cuales fueron obtenidos con una muestra de 470 adultos seleccionados de la población general española. La fiabilidad de consistencia interna del BDI-II dio un .87 de coeficiente alfa, asimismo los análisis factoriales indicaron que la prueba mide una dimensión general de depresión compuesta por dos factores altamente relacionados, uno cognitivo-afectivo y otro somático-motivacional. En términos de consistencia interna y validez factorial, el BDI-II parece mejor instrumento para evaluar sintomatología depresiva en población general que su predecesor el BDI-IA. Además, concluyen sus hallazgos con diferencias significativas en tales puntuaciones en función del sexo, la edad, el nivel de educación y estado civil: Las mujeres puntuaban más alto que los varones, las personas mayores de 60 más que las personas de menor edad, las personas con estudios básicos o sin estudios más que las personas con estudios secundarios o universitarios, y las personas divorciadas, separadas o viudas más que las personas casadas o convivientes con una pareja.

1.3. Teorías relacionadas al tema

Definición

Para la OMS (2017) la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por evidencia de tristeza, ausencia de interés o placer, así como sentimientos de culpa y falta de autoestima, dificultando el desempeño de la persona en el trabajo o la escuela y la capacidad de desenvolverse de manera cotidiana.

Asimismo, encontramos a Zarragoitia (2011) quien refiere que la depresión es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza e indefensión que aparecen sin razón aparente que la justifique. Asimismo, refiere que al ser este término muy confuso es utilizado frecuentemente para la descripción de estados anímicos negativos normales, los cuales tienden a desaparecer rápidamente porque se tornan de forma transitoria, por ello se debe tener en cuenta la persistencia, la severidad y como estos síntomas interfieren negativamente en la vida del individuo, esto es clave para distinguir la depresión de aquellos estados emocionales negativos habituales que no contribuyen a una enfermedad.

Alberdi, Taboada, Castro y Vásquez (2006) indican que la depresión es un síndrome o agrupación de síntomas afectivos, esfera de los sentimientos o emociones como tristeza patológica, decaimiento. Pero están presentes también síntomas de tipo cognitivo y somático.

Finalmente, para Beck (2003), la depresión es definida como una serie de concepciones negativas por parte de la persona hacia sí mismo, el mundo que lo rodea y el futuro; estas llevan a una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información. Entre ella se puede encontrar la sobre generalización, pensamiento dicotómico, interferencias arbitrarias, abstracción selectiva y la personalización.

Antecedentes históricos de la Depresión

Zarragoitia (2011) menciona que se considera que la depresión es persistente a lo largo de la vida, de manera escrita los primeros relatos en donde se "diagnostica" la depresión aparecen en la biblia, donde entre muchos relatos se destacan las afectaciones depresivas de Saúl y Job.

Puesto que desde la antigüedad, si símil recibió el nombre de melancolía y los síntomas de este estuvieron descritos en la mayoría de los registros literarios y médicos de ese entonces. Este término nace como fruto de la doctrina humorística medica antigua, definida por Hipócrates en el siglo V, quien explicaba que la salud así como la enfermedad eran una acción equilibrada o desequilibrada de los humores en el cuerpo: sangre, flema, bilis y atrabilis. Así las explosión de los humores mediante, sudor, vómitos, expectoración fueron conocidos como crisis, de tal forma que los medico sabían cuál era el momento crítico, es decir, el momento de la expulsión de los humores.

Los griegos ya hacían mención de locura delirante, describiendo los episodios mixtos, de depresión y manía, asimismo su modelo de pensamiento influyó por las más 2000 años.

Los romanos tenían su propia manera de nombrar a la bilis negra “Atra bilis”, pero preferían llamarlo como les sonaba fonéticamente, es decir, melancolía. Asimismo la palabra depresión derivan del latín “de” y “preme”, significando apretar u oprimir y “depreme” que significa empujar hacia abajo.

Hasta el siglo XVI, la melancolía fue aceptada como una enfermedad mental y definiéndola como afectación media de la cabeza, con privación de la razón, y así conforme avanzaba el tiempo, los conceptos y términos utilizados para referirse a la melancolía o depresión fueron más acertados y específicos. De esta manera, se propone eliminar el término melancolía y sustituirla por depresión.

Se puede decir, que la depresión a lo largo del tiempo paso de ser un concepto muy vago, impreciso y confundible con otras categorías como la manía, esquizofrenia y culmina con una propuesta validada desde el DSM III en 1980, así a lo largo del tiempo también tanto el DSM como el CIE-10 se han ido revisando y actualizando hasta el día de hoy.

El Modelo Cognitivo de la depresión según Beck

Beck, Rush, Shaw y Emery (2010) dan a conocer un modelo cognitivo de la depresión partiendo de a partir de sus observaciones clínicas así como sus investigaciones experimentales, donde postulas tres conceptos específicos que explican el sustrato psicológico de la depresión, misma que serán mencionadas a continuación (p.19-24):

- **La Triada Cognitiva**

Consiste en tres patrones distintos que hacen que la persona se considere así mismo, como a su futuro y sus experiencias de una manera distinta al resto de personas. El primer componente de esta triada está en torno la visión negativa que tiene el paciente de sí mismo, teniendo un concepto de torpeza, enfermedad, desgracias, que hace que atribuya toda experiencia desagradable a un defecto suyo que podría ser psíquico, moral o en lo físico. Ello hace que el paciente crea que es causante de todo lo malo y por ende se siente inútil y carece de autoestima que lo hace convencerse que no es capaz de lograr la alegría. El segundo componente de esta triada es la interpretación de las experiencias de forma negativa, es decir que el paciente asume que en su entorno solo se le presentan situaciones que tiene obstáculos insuperables de los cuales saldrá perjudicado, obteniendo un pensamiento de derrota y frustración con respecto al mundo. El tercer componente, se centra en la visión negativa de la persona con respecto a su futuro, es por ello que cuando hace planes a futuro tienes a anticipar que sus dificultades o sufrimientos vas a perjudicar lo que realizara por lo que su pensar está orientado al fracaso.

Para el modelo cognitivo, los síntomas y síndromes depresivos son la consecuencia de patrones cognitivos negativos, es decir que el paciente que piensa de forma desfavorables con respecto a una situación, es probable que reacciones con el mismo efecto ante dicha situación, por ejemplo si piensa que será rechazado por su entorno generaba sentimientos de soledad. Hay síntomas motivadores como la poca fuerza de voluntad, deseo de escape y evitación, que son generadas por cogniciones negativas que se

reflejan en las actitudes del paciente, por ejemplo el pesimismo del paciente, es más puede que su pensamiento erróneo de deseo de escape lo lleve a pensar que por su inutilidad sería bueno para todos, incluso el mismo de que estuviese muerto. Finalmente, el modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos de la depresión, este hecho está basado en que las apatías, y disminución de la energía son el resultado de la creencia que tiene el paciente, la cual lo predestina a fracasar en lo que se proponga y tener una visión negativa del futuro (sensación de futilidad) es la productora de la inhibición psicomotriz.

- **Organización estructural del pensamiento depresivo:**

Se refiere al modelo de esquemas que explica el por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir, pese a que puedan existir aspectos positivos en su vida. Para cualquier individuo es normal atender selectivamente a estímulos específicos, combinarlos y conceptualizar una situación, cuando se habla de esquemas, se refiere a los patrones cognitivos estables que hacen que una persona se enfrente a una situación. En el caso de las personas depresivas, sus conceptualizaciones se distorsionan de modo que sus esquemas se convierten en inadecuados, se vuelven esquemas idiosincráticos activos y a medida que se va agrandando el paciente pierde el control de sus pensamientos y se le dificulta acudir a esquemas más adecuados. En los pacientes con depresión leve aún hay cierto grado de objetividad que los hace capaz de percibir sus pensamientos negativos, sin embargo mientras se agrava el pensamiento cada vez en dominado por ideas negativas que incluso puede perjudicar la concentración de otro estímulo, como leer o responder preguntas por lo que se infiere que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser independientemente de los estímulos que son producidos en su entorno.

- **Errores en el procesamiento de la información.-** Los errores a nivel del pensamiento de los depresivos hace que crean en sus ideas negativas pese a tener evidencia de lo contrario, es así que pueden evidenciar los siguientes errores:
- **Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta).-** Es el proceso de adelantarse a una conclusión cuando no hay evidencia que lo apoye o cuando esta es contraria a la conclusión.
- **Abstracción selectiva (relativo al estímulo).-** Consiste en la concentración de un detalle externo que hacer que ignore otras características de mayor relevancia y conceptualice toda la experiencia en base al detalle externo.
- **Generalización excesiva (relativo a la respuesta).-** Hace referencia a la elaboración de un regla general que el paciente realiza a partir de sus experiencias y que las relaciona en situaciones similares como en las que son completamente distintas.
- **Maximización y minimización (relativo a la respuesta).-** Son los errores que comete la persona al evaluar una situación ya que suele exagerarla, ello quiere decir que presenta una distorsión.
- **Personalización (relativo a la respuesta).-** Hace referencia a la facilidad con la que la persona se puede atribuir fenómenos externos aun sin un base firme que evidencie un conexión.
- **Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta).-** La persona depresiva selecciona categorías extremas negativas para calificar sus experiencias, por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador.

- **Predisposición y desencadenamiento de la depresión**

Para el modelo cognitivo, la predisposición tanto como la aparición de la depresión, se debe a las experiencias tempranas que hacen que el sujeto

tenga conceptos negativos de su persona, su futuro y el mundo, de tal forma que estos permanecen de forma latente y pueden ser activados por situaciones similares a la experiencia inicial en la que se formó el concepto negativo.

Uno de los ejemplos que se puede emplear de situación traumática podría ser una ruptura matrimonial o la muertes de uno de los padres, estas situaciones pueden generar conceptos de perdida irreversible, asimismo un enfermedad puede activas una pensamiento de estar destinado a sufrir de por vida. Pero estos hechos no necesariamente conducen a la depresión, sin embargo cuando una persona esta sensibilizada hacia un tipo se situación la predispone por su organización cognitiva.

Criterios Diagnósticos

Actualmente es posible desarrollar un diagnóstico de la depresión, teniendo una clasificación referenciada a síntomas, donde encontramos los siguientes:

Según la clasificación diagnóstica del Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000), un episodio depresivo mayor, es un periodo de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo depresivo, así como la pérdida del interés o del placer en las actividades cotidianas, el sujeto también puede experimentar al menos cuatro síntomas que incluyen cambios en el apetito o peso, del sueño y actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, también están las ideas de muerte e intentos suicidas.

El DSM-IV toma en cuenta los siguientes criterios:

- Estado de ánimo depresivo, el sujeto manifiesta sentirse triste o vacío.
- Disminución acusada del interés o capacidad para sentir placer.
- Pérdida de peso o aumento del mismo.
- Insomnio o hipersomnia casi a diario.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores casi a diario.
- Fatiga o pérdida de energía casi a diario

- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva e inapropiada.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
- Pensamientos recurrentes de muerte.

Asimismo para Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE-10,1993) los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas ya sea episodio depresivo leve (F32.0), episodio depresivo moderado (F32.1) o episodio depresivo grave (F32.2 y F32.3), por lo general, el paciente sufre un estado de ánimo bajo con reducción de la energía y disminución de la actividad, hay ausencia de reacciones emocionales ante las actividades que normalmente producen dicha respuesta emocional, es sueño se altera por lo que puede despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, el humor depresivo empieza a empeorar.

El CIE-10 toma los siguientes criterios:

- Pérdida de interés o capacidad para disfrutar actividades
- Ausencia de reacciones emocionales ante actividades que normalmente producen una respuesta emocional.
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia de enlentecimiento psicomotor.
- Pérdida del apetito.
- Pérdida de peso (5% o más del peso corporal)
- Notable disminución de la libido.

Niveles de Depresión

- **Depresión mínima.-** Indican que no existe depresión, y los síntomas mencionados no causan afectaciones en el funcionamiento del sujeto. (Carranza, 2013).
- **Depresión Leve.-** Estarán presentes síntomas en el paciente, la intensidad con la que se presentan dichos síntomas son manejables y hay poco deterioro en el funcionamiento, personal, social o laboral, por

lo que podrá seguir con muchas de las actividades que realiza (CIE-10, p.98).

- **Depresión Moderada.**- Suelen estar presentes síntomas, pero en este nivel el paciente tiene grandes dificultades para la realización de actividades ordinarias (CIE-10, p.99).
- **Depresión Grave.**- En este nivel de depresión se presenta un número de síntomas que supera notablemente a los necesarios para el diagnóstico, además los síntomas suelen causar gran malestar que no es manejable interfiriendo notablemente en el funcionamiento de sus actividades (CIE-10, p.99).

-

Factores en torno a la Depresión

Bonet, Fernández y Chamón (2011) refieren que existen factores de vulnerabilidad, activación y protección de la depresión (p.473).

Factores de Vulnerabilidad: Son los factores que incrementan la predisposición general, pero es poco probable que provoquen directamente la enfermedad entre ellos tenemos los factores genéticos, historia de trastorno afectivo en los padres, sexo femenino, edad postpuberal, antecedentes de síntomas depresivos, antecedentes de abuso físico y sexual en la infancia, especialmente en el sexo femenino, afectividad negativa, pensamientos de tipo rumiativo.

Factores de Activación: Se encuentran directamente implicados en el comienzo de la depresión; en presencia de factores de vulnerabilidad, sus efectos pueden ser mayores. Suelen ser acontecimientos no deseados que dan lugar a cambios permanentes en las relaciones familiares y de amistad tales como conflictos conyugales, desestructuración familiar, acoso o humillación, situaciones de abuso físico, emocional o sexual, consumo de tóxicos.

Factores de Protección: Estos reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación entre ellos contamos el buen sentido del humor, buenas relaciones de amistad, relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia, logros

personales valorados socialmente, nivel de inteligencia normal-alto, práctica de algún deporte o actividad física, Participación en clubes escolares/sociales (p.473).

Intervención

Vásquez et all (2000) refieren que gran parte de los estudios realizados hasta la actualidad sobre la depresión y sus tratamientos psicológicos se han centrado en las terapias cognitivo – conductuales, siendo estas de índole activas y directivas ya que se emplean estrategias y tareas que son asignadas para realizar en casa. Asimismo tienen metas específicas lo cual favorece con la retroalimentación de la perspectiva al consultante.

- Terapias Conductuales

Según Caballo (2007) la terapia cognitivo-conductual se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas tienen su origen en el pensamiento, el cual dependiendo si es racional o irracional, determina en gran medida el bienestar o malestar del individuo.

Desde la perspectiva cognitivo-conductual se considera que, si se modifican los pensamientos del sujeto, en automático cambian la manera de sentir, y por consiguiente de comportarse.

Asimismo refiere que el programa de tratamiento con índole de importancia es que realizado por Lewinsohn en 1974, el cual se basó en la formulación conductual de depresión de Ferster y Skiner, la terapia se interesó por mejorar las habilidades sociales tanto como las de comunicación e incorporar en las personas conductas de adaptación como la aserción positiva y negativa. (Vásquez et al ,2000). Asimismo según esta teoría existen dos tipos de tratamiento:

Lewinsohn y su formulación conductual para el tratamiento de la depresión: Este tratamiento estuvo centrado directamente en aumentar la tasa de refuerzo en tres áreas: actividades agradables, actividades interpersonales y pensamientos saludables.

- El Entrenamiento en Habilidades Sociales

Lewinshohn refiere que la falta de habilidades sociales del paciente influye directamente en su depresión. Esto se sustenta en lo manifestado anteriormente por diversos autores que a través de sus estudios lograron constatar que las personas deprimidas suelen presentar problemas para interactuar con su medio ambiente. (Vásquez et al, 2000).

- **La terapia interpersonal**

Esta terapia busca identificar y solucionar las dificultades que tiene el paciente depresivo en su vida diaria. Esta terapia incluye las siguientes áreas: penas no resueltas, disputas interpersonales, roles de transición y déficits interpersonales (p.ej., aislamiento social) (Markowitz y Weissman, 1995; como se citó en Vásquez et al, 2000).

- **Tratamientos farmacológicos y somáticos**

Existen medicamentos capaces de tratar la depresión mayor y la distimia, en el tratamiento de la depresión se hace una división de tres fases: la fase aguda, fase de continuación y la fase de mantenimiento (Agency for Health Care Policy and Research, 2000 citado por Vazquez et al, 2000)

1.4. Formulación del Problema

¿Cuáles son las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en adolescentes?

1.5. Justificación del estudio

En cuanto al nivel de conveniencia, teniendo como variable a la depresión, la prueba nos permitirá obtener niveles de severidad en estudiantes universitarios y a la vez ello servirá para descartar la intervención de los mismos.

Con respecto al nivel social, la investigación nos permitirá en primera instancia a los profesionales de la salud mental, ya que con la aplicación del instrumento podrán realizar propuestas de programas de promoción y prevención para población universitaria.

También, a nivel teórico, los resultados hallados contribuyen con la contrastación e incremento del conocimiento del Inventario de depresión de Beck, así como también contribuyen en futuras investigaciones respecto a la variable de estudio en poblaciones similares con la presente investigación.

Se cuenta con un instrumento válido en la población de estudiantes universitarios de Chicbote, contribuyendo a la investigación dentro de nuestra ciudad.

Finalmente a nivel metodológico, el presente trabajo brinda un instrumento válido y confiable a la población de estudio siendo este un aporte más al campo de la psicología.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo General

- Determinar las propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck en estudiantes universitarios de Chicbote.

1.6.2. Objetivos Específicos

- Determinar la validez de constructo mediante el análisis factorial confirmatoria del Inventario de Depresión de Beck en adolescentes.
- Determinar la confiabilidad por medio de la consistencia interna a través del alfa de cronbach del Inventario de Depresión de Beck en adolescentes.

II. MARCO METODOLOGICO

2.1. Variable y Operacionalizacion

- Variable
Depresión
- Operacionalización de la Variable

Tabla 01.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Escala de medición
Depresión	Estado de ánimo bajo con reducción de la energía y disminución de la actividad, hay ausencia de reacciones emocionales ante las actividades que normalmente producen dicha respuesta emocional, es sueño se altera por lo que puede despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, el humo depresivo empieza a empeorar, también se presenta un enlentecimiento motor, disminución de apetito, pérdida de peso y notable disminución de la libido (CIE-10,1993).	La Depresión será medida por medio del “Inventario del Depresión de Aarón Beck (BDI-IIA)”, el cual permite obtener el nivel de depresión que presenta una persona y cuenta con 21 ítems.	Unidimensional - Depresión (21 ítems)	Ordinal

2.2. Tipo de estudio

El tipo de estudio a usar es instrumental, ya que se analiza las propiedades psicométrica de un instrumento de medida psicológica que ayude a la medición de un determinado comportamiento, ya sea para la creación de nuevo test o la adaptación de la misma (Ato, Benavente y López, 2013, p.1042).

2.3. Población y Muestra

2.3.1. Población

La población constó de 70 985 estudiantes universitarios, 41 359 de sexo femenino y 29 626 de sexo masculino, pertenecientes en su totalidad a tres universidades privadas y una nacional de la provincia del Santa.

2.3.2. Muestra

La muestra consta de 596 universitarios de la Provincia del Santa

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

Dónde:

Tamaño de la muestra: n

Nivel de Confiabilidad : z : 95

Proporción de P : p : 0.5

Tamaño poblacional : N : 70 985

Error de Muestreo : e : 0.04

Remplazando los datos:

$$n = \frac{(70985)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(70985 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$N = 596$$

Criterios de Selección

A. Criterios de Inclusión

- Estudiantes pertenecientes a las universidades de la Ciudad de Chimbote.
- Estudiantes matriculados en el periodo que se desarrolla la investigación.
- Estudiantes de ambos sexos.

B. Criterios de Exclusión

- Estudiantes no matriculados
- Estudiantes no pertenecientes a las universidades de la localidad
- Estudiantes que no estén presentes el día de la aplicación del instrumento

2.3.3. Muestreo

Se empleó un muestreo probabilístico estratificado, ya que la población será dividida en segmentos y se escogerá una muestra para cada segmento, de esta manera toda la población tendrá la misma posibilidad de ser elegida (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Fórmula aplicable al muestreo estratificado:

$$F^h = \frac{n}{N}$$

Dónde:

n: Tamaño de la muestra

N: Tamaño de la población

Reemplazando datos:

$$F^h = \frac{596}{70985}$$
$$F^h = 119$$

Tabla 02

Muestreo Estratificado

Población objetivo según sexo

Universidad	Varones	Mujeres	Total
1	2303	2510	4813
2	10759	14854	25613
3	14699	22233	36932
4	1865	1762	3627
Total	28626	41359	70985

Fuente: Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU) 2017

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

Técnica

Para la investigación se hizo uso de la encuesta mediante la aplicación del cuestionario; este presentó un conjunto de enunciados respecto a una variable a medir. Asimismo se empleó la técnica de observación no participativa puesto que no hubo un involucramiento con la muestra.

Instrumento

EL Inventario de Depresión de Beck (BDI-IIA), cuyo test fue adaptado por Felipe Carranza en el año 2013 en la ciudad de Lima. Es un instrumento autoadministrado que proporciona una medida del nivel de severidad de la depresión. Este comprende de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Presenta una fácil aplicación, puede ser de forma individual y colectiva mediante uso de lápiz y papel requiriendo solo entre 5 y 10 minutos.

Se solicita a la persona a elegir las afirmaciones más características teniendo en cuenta como periodo las últimas semanas y la fecha actual, los ítems responden a una escala de 4 puntos que se dan del 0 al 3. La puntuación mínima es de 0 y la máxima de 63, en las cuales se clasificaran a los evaluados en cuatro grupo: De 0 al 13, depresión mínima; de 14 a 19, depresión leve; 20 a 28, depresión moderada y 29 a 63, depresión grave.

Validez

Uno de los procedimientos para establecer si un instrumento mide el atributo para lo que fue construido consiste en estimar el grado en que cada ítem contribuye a la validez del instrumento al cual pertenece. Este procedimiento es denominado validez de constructo estimado por el método de análisis de ítems. Al respecto (Magnusson (1991) citado por Carranza, 2013) refiere que la relación entre un ítem y el test total puede expresarse en términos de coeficientes de correlación. En vista de que los ítems del BDI-IIA ofrecen una distribución múltiple de respuestas que va de 0 a 3, se considera el Coeficiente de Correlación Producto Momento de Pearson (r) como el estadístico más apropiado para establecer la relación ítems-test.

Los cálculos estimados y tomando como criterio de aceptación, correlaciones con significancia al $p < 0.05$, resulta que todos los coeficientes de correlación son significativos, así como la gran mayoría de dichos índices son mayores a 0.30.

En general, los resultados de los análisis de los ítems ejecutados al mostrar correlaciones significativas evidencian validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA) (Carranza, 2013).

Asimismo se tomó en consideración la validez del constructo mediante la técnica de análisis factorial, en el cual se contó con un índice KMO de 0.929 siendo un valor meritorio para obtener el

análisis factorial. Casi todos los ítems saturan en el primer factor, siendo los pesos factoriales en total mayores a 0.35, lo cual quiere decir que estos son lo suficientemente elevados. En consecuencia, los resultados del análisis factorial apoyan a la existencia de dos componentes factoriales para el constructo.

Confiabilidad

La confiabilidad se estableció mediante los valores Alpha de Cronbach, mostrando que cada uno de los ítems presentan una contribución muy parecida a la consistencia global del Inventario de Depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA). La alta homogeneidad del instrumento indica la existencia de una muy buena consistencia interna del Instrumento. Presenta un índice alfa de Cronbach de 0.878, lo cual indica que el instrumento presenta consistencia interna óptima (Carranza, 2013).

2.5. Método de análisis de datos

Inicialmente se realizó la recolección de datos utilizando el inventario de depresión de Beck adaptado (BDI-IIA), luego de ello se realizó la actividad del escrutinio, esta actividad consiste en determinar cuáles son válidos y cuales son viciados, posteriormente se exportaron los datos a una base de datos del programa Excel 2016.

Prosiguiendo se exporto la base de datos al programa SPSS versión 24. De esta manera se obtuvo la media, desviación estándar, asimetría, curtosis, y la correlación ítem test, mediante la correlación R de Pearson (Elousa, 2003). Luego se utilizó la extensión Amos versión 24 donde se utilizó el método de máximo verosimilitud, se obtuvo los índices de ajuste: GFI, AGFI, CFI y TLI, cuyos puntos de corte empiezan en el valor de .90 > a .90 para evidenciar un buen ajuste, asimismo mayor a .95 para un ajuste óptimo, además el RMSEA, SRMR tienen sus puntos de corte en valores por debajo de .80 para un buen ajuste y por debajo de .50 para un ajuste óptimo, por último el PNFI para un buen ajuste se aceptan valores mayores a .80 y para un buen ajuste valores mayores a .90 (Escudero et

al, 2016). Asimismo, se obtuvo las cargas factoriales estandarizadas cuyo punto de corte se ubica en valores por encima de .30 para un buen ajuste, por otro lado las covarianzas se aceptan valores por encima de .40 para un valor aceptable, (Fernandez, 2015). Por último, se obtuvo una matriz de correlaciones Pearson.

Para la confiabilidad, se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach a través del programa SPSS versión 24, obteniendo el coeficiente de confiabilidad cuyo punto de corte es a partir de .65 para una fiabilidad aceptable y sobre el .90 para una fiabilidad elevada (Ventura y Caycho, 2017).

2.6. Aspectos éticos.

Para el desarrollo de la investigación se informó a los participantes la finalidad de su evaluación y se brindó la explicación pertinente así como la resolución de dudas. Se mantuvo de esta manera la confidencialidad de los datos. Tal y como se estipula en el artículo 25 del código de ética del psicólogo peruano:

El investigador debe informar al participante de todas las características de la investigación que puedan influir en su decisión de participar, y de explicar otros aspectos de la investigación sobre lo que pregunte al participante. El no revelar aquello que es pertinente añade peso a la responsabilidad del investigador, pues tiene la obligación de proteger el bienestar y dignidad del participante (p.11)

III.RESULTADOS

3.1. Análisis preliminar de los ítems del inventario de depresión de Beck en estudiantes universitarios de Chimbote

Se aprecia el análisis descriptivo de los ítems al inventario de depresión de Beck en la tabla 3, se observa que la media alcanzada más baja es para el ítem 9 ($M=.23$; $DE=.501$), y el ítem 16 presenta la media más alta ($M=.93$; $DE=.889$), y la desviación estándar varía de .501 a .88; los valores de correlación ítem-test supera el .40 con niveles de discriminación de bueno a muy bueno; asimismo, se aprecia que los valores de la Asimetría y Curtosis en su mayoría se ubica por debajo del +/- 5 a excepción de los reactivos 1 y 9 que presenta una Curtosis ligeramente superior a 5, concluyendo por tanto que la normalidad es univariada..

Tabla 3

Media, desviación estándar, asimetría y curtosis e índices de correlación R corregido del instrumento (n=596)

Ítems	Media	DE	Asimetría	Curtosis	Ítem-Test
					r_{itc}
P1	.27	.538	2.320	6.742	.441
P2	.28	.551	2.075	4.212	.567
P3	.43	.681	1.475	1.496	.478
P4	.49	.636	1.104	.826	.485
P5	.49	.598	1.045	1.283	.549
P6	.37	.628	2.014	4.834	.562
P7	.53	.611	.830	.370	.614
P8	.44	.696	1.592	2.084	.613
P9	.23	.501	2.445	6.987	.593
P10	.35	.581	1.721	3.171	.462
P11	.44	.694	1.571	2.055	.537
P12	.47	.657	1.493	2.655	.531
P13	.60	.744	1.248	1.400	.615
P14	.36	.624	1.760	2.910	.581
P15	.54	.671	1.241	1.727	.651
P16	.93	.889	.906	.265	.496
P17	.58	.652	.897	.671	.561
P18	.72	.817	1.028	.517	.502
P19	.61	.678	.886	.528	.564
P20	.58	.747	1.187	.890	.621
P21	.38	.711	1.960	3.397	.426

Nota: DE=Desviación Estándar; r_{itc} =Coeficiente de correlación R corregido

3.2. Análisis factorial confirmatorio

El inventario de depresión de Beck se aplicó a una muestra de estudiantes universitarios de la Ciudad de Chimbote, al obtener la información se procedió a realizar el análisis factorial confirmatorio (AFC) suponiendo una estructura unidimensional de los 21 reactivos propuesta por el autor, el método usado para el AFC es el de máxima verosimilitud, debido a la presencia de normalidad univariada, según los valores obtenidos de asimetría y curtosis (Medrano y Nuñez, 2017) donde se reporta el ajuste absoluto por medio de: el índice de bondad de ajuste (GFI=.886), el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA=.065, el residuo estandarizado cuadrático medio (SRMR=.0507); el ajuste comparativo por medio de su índice (CFI=.886) y el índice de Tucker-Lewis (TLI=.874); finalmente, el ajuste parsimonioso a través del índice de ajuste normado de parsimonia (PNFI=.763).

Tabla 04

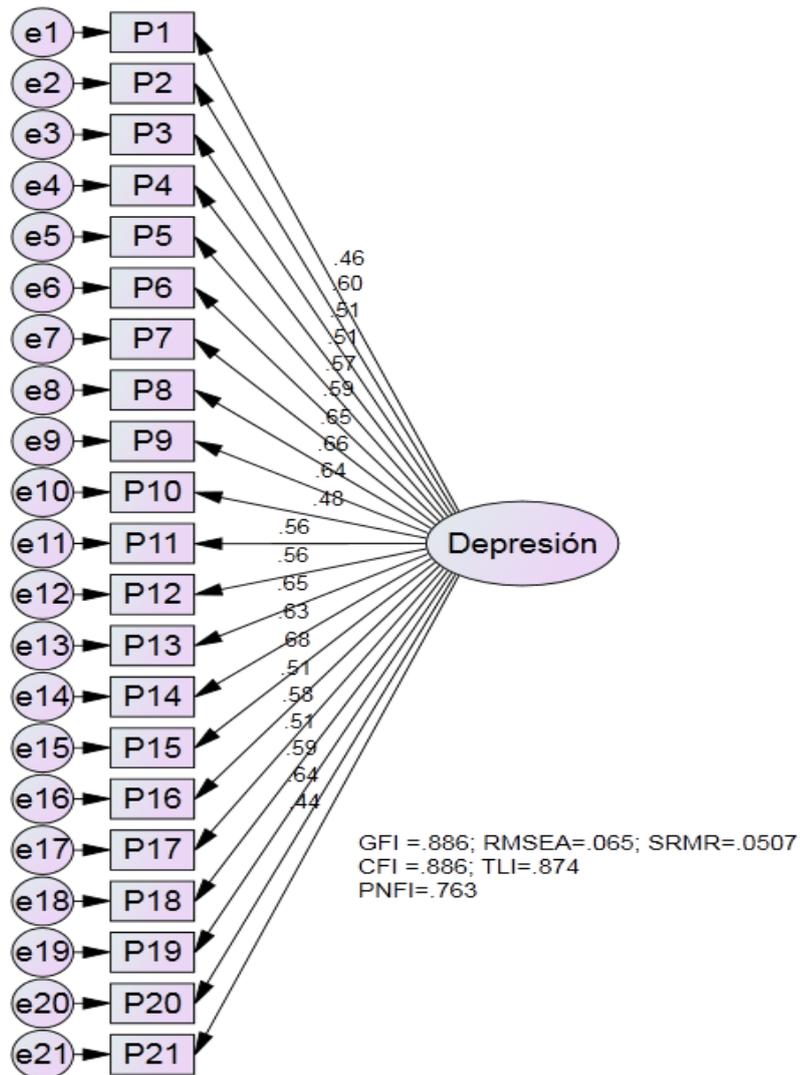
Índices de ajuste absoluto, ajuste comparativo y ajuste parsimonioso.

Índices de Ajustes		Resultado AFC (21 ítems)
Ajuste absoluto		
GFI	Índice de bondad de ajuste	0.886
RMSEA	Error cuadrático medio de aproximación	0.065
SRMR	Residuo estandarizado cuadrático medio	0.0507
Ajuste Comparativo		
CFI	Ajuste comparativo por medio de su índice	0.886
TLI	Índice de Tucker – Lewis	0.874
Ajuste parsimonioso		
PNFI	Índice de ajuste normado de parsimonia	0.763

Figura 1

En lo concerniente a las cargas factoriales estandarizadas se aprecia que oscila entre .44 a .68 .

Estructura factorial de la escala de Depresión de Beck (n=596)



3.3. Análisis de consistencia interna

De las puntuaciones alcanzadas se obtuvo la consistencia interna a través de los coeficientes Alfa de Cronbach, donde el primer coeficiente presenta un valor de .909 y el segundo coeficiente un valor de .916 (Ver tabla 3).

Tabla 05

Estadísticos de fiabilidad del inventario de depresión de Beck (n=596)

Dimensiones	Media	DE	Asimetría	Curtosis	N° de Ítems	α	IC 95%	
							LI	LS
Depresión	10.08	8.348	1.501	2.889	21	.909	.900	.933

Nota: DE=Desviación Estándar; α =Coeficiente de consistencia interna Alfa; IC=Intervalos de Confianza; LI=Límite Inferior; LS=Límite Superior

IV. DISCUSIÓN

Antes de la revisión de los resultados realizaremos una pequeña comparación entre las teorías que están relacionadas con este trastorno, tomando en cuentas las definiciones que fueron realizadas a través de diversas investigaciones a lo largo del tiempo.

En primer lugar, encontramos a Beck en el año 2003 que refiere que la depresión es una serie de conceptualizaciones negativas hacia sí mismo, el mundo y el futuro; estas a su vez llevan a una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información. Entre ellas se puede encontrar la sobre generalización, el pensamiento dicotómico, interferencias arbitrarias, abstracción selectiva y la personalización.

Por su parte, Alberdi, Taboada, Castro y Vásquez en el año 2006 indican que la depresión es un síndrome o agrupación de síntomas afectivos, esfera de los sentimientos o emociones como tristeza patológica, decaimiento. Pero están presentes también síntomas de tipo cognitivo y somático.

Asimismo, encontramos a Zarragoitía en el año 2011, que refiere que la depresión es un trastorno caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza e indefensión que aparecen sin razón aparente que la justifique. Asimismo, refiere que al ser este término muy confuso es utilizado frecuentemente para la descripción de estados anímicos negativos normales, los cuales tienden a desaparecer rápidamente por que se tornan de forma transitoria, por ello se debe tener en cuenta la persistencia, la severidad y como estos síntomas interfieren negativamente en la vida del individuo, esto es clave para distinguir la depresión de aquellos estados emocionales negativos habituales que no contribuyen a una enfermedad.

Finalmente encontramos al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, que fundamentan el trastorno mediante criterios, en ellos podemos encontrar: estado de ánimo depresivo, disminución acusada del interés, pérdida de peso, insomnio o hipersomnia casi a diaria, agitación o enlentecimientos, fatiga o perdida de energía casi a diario, sentimientos de

inutilidad de culpa excesiva e inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte.

Estas últimas definiciones, fueron con las que se realizó la creación del instrumento y han servido a su vez para la realización de investigaciones puesto que como se evidencia a lo largo la depresión ha crecido en forma drástica, durante los últimos años tanto en países ricos como pobres, nuestra ciudad no es ajena a ello y esto de manifiesta en los informes epidemiológicos de nuestra ciudad.

La investigación realizada nos permite determinar las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes universitarios de Chimbote, la cual se enfoca principalmente en la validez del cuestionario, que según Hernández, Fernández y Baptista (2010) se refiere a la forma en el que el test valora el constructo o rasgo que pretende medir sin perder los parámetros conceptuales proporcionados por la base teórica. Para la determinación de la validez de constructo del cuestionario se determinó la correlación ítem – test de los 21 ítems que componen el cuestionario respecto de la puntuación total obtenido de una muestra estratificada de 596 unidades de análisis.

En cuanto al primer objetivo específico, el cual estableció la validez de constructo, se aprecia un índice de validez de .441 a .651 de muy bueno en los 21 ítem que componen el instrumento, con el fin de observar que el test mide el constructo que realmente pretende medir esto lo sustenta (Abad, Garrido, Ponsola & Olea,2006).

Por lo anterior, se evidencia que las correlaciones superan el criterio $r > .30$ propuesto por Elousa Olien y Bully Garay (2012) pudiéndose afirmar que todos los ítems son relevantes para la escala, estos resultados coinciden plenamente con los resultados de la investigación que Carranza realizo en el 2013 quien establece la validez de constructo para el inventario mencionado con un nivel de correlación significativa, así como la gran mayoría de dichos índices son mayores a .30 , resultante de su aplicación en una muestra de 2005 estudiantes universitarios cuyas edades oscilan entre 16 y 36 años.

Asimismo, para el objetivo específico descrito como determinar la fuente de validez basada en la estructura interna mediante el análisis factorial confirmatoria del Inventario de Depresión de Beck en universitarios, se observa el uso del método de máxima verosimilitud, debido a sus mayores bondades como procedimiento, al estimar valores más precisos para los índices de ajuste, asimismo, por estar ligado a un tamaño de muestra representativo (Medrano y Núñez, 2017), el cual se considera sobre los 500 sujetos, disposición que cumple la investigación realizada (Lloret, Ferreres, Hernández y Tomás, 2014).

De esta manera se reportó para el ajuste absoluto, el índice de bondad de ajuste (GFI) de .88, el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) de .06, el residuo estandarizado cuadrático medio (SRMR) de .05, los cuales indican valores que se aproximan a un buen ajuste, el cual enmarca valores GFI sobre .90, y RMSEA/ SRMR, inferiores a .08, para referir que el modelo factorial representa a la variable teórica denominada como depresión (Escobedo, Hernández, Estebane y Martínez, 2016), asimismo el ajuste comparativo por medio de su índice de ajuste comparativo (CFI) de .886, el índice de Tucker-Lewis (TLI) de .874, que hacen referencia que el modelo teórico no se ajusta al modelo estimado, por valores inferiores a .90, lo cual indica que el modelo original no se ajusta para valorar la depresión en los Unviersitarios de Chimbote, lo cual se reafirma con el ajuste parsimonioso, reportado mediante el índice de ajuste normado de parsimonia (PNFI) de .763, el cual se ubica por debajo de .80, cuyo valor es el mínimo requerido para una calidad de ajuste aceptable (Pérez, Medrano y Sánchez, 2013).

Sin embargo, se debe tener en cuenta que las cargas factoriales estandarizadas reportan valores de .44 a .68 según Fernández (2015) de valoración optima, además se observa ausencia de colinealidad en la matriz de correlaciones pearson (Pérez, et al., 2013), valores satisfactorios, que refieren que los reactivos si pertenecen a la variable depresión, sin embargo, según los índices de ajuste reportados, el modelo unifactorial de forma general no se ajusta a la muestra de estudio, a pesar que los parámetros referidos a las cargas factoriales estandarizadas evidencien la pertenencia de los ítems a la variable depresión (Valdivieso, 2013), ello se puede deber a raíz de la comprensión y atribución

pertinente del significado a cada uno de los ítems, atribuidos correctamente a la variable depresión, sin embargo la variable depresión no se ajusta a la realidad psico-comportamental de los estudiantes universitarios de Chimbote (Ruiz, Pardo y San Martín, 2010).

Asimismo, desde una perspectiva sociocultural, se distingue que las características sociodemográficas, como edad, sexo, y contexto geográfico de la construcción del instrumento es distinta a la referida en la investigación desarrollada, que caracteriza universitarios, que incluso la adaptación de Lima, realizada por Carranza (2013) señala una estructura factorial distinta para el contexto peruano, donde el análisis factorial exploratorio reportó una solución constituida por dos variable no observadas, más que la existencia de un modelo unifactorial, de esta manera los resultados obtenidos son atribuidos a las diferencias sociodemográficas de las muestras de estudio, que a pesar que exista una comprensión de la variable esta no se ajusta a la realidad de las unidades de análisis (Mathiesen, Castro, Merino, Mora y Navarro, 2013).

Estos resultados corresponden a ciertas limitaciones para las siguientes investigaciones orientadas a la evaluación de la variable, debido que el instrumento aún no está acorde a la realidad de Chimbote, y posiblemente ello también se observe a nivel nacional (Carranza, 2013), ello en cuanto a las implicaciones que representa resultados desfavorables para la evidencia de validez basada en la estructura interna (Escobedo, et al., 2016), sin embargo también corresponde a un aporte relevante, a raíz de los resultados obtenidos, se observa la necesidad de conllevar análisis complementarios, como en análisis factorial exploratorio (Lloret, et al., 2014) o re especificar el modelo original, para proponer una solución factorial adecuada (Medrano y Núñez, 2017) de tal manera que las posteriores investigaciones se orienten a estos fines, y eviten la limitación que acarrió índices de ajuste de valoración insuficiente, correspondiendo a un aporte relevante a nivel metodológico, por ser referente en los posteriores métodos a utilizar para estimar la validez del inventario de depresión de Beck

Por último, como tercer objetivo específico se estableció la confiabilidad por consistencia interna empleando el coeficiente Alfa de Cronbach del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes universitarios de Chimbote, reportando valores de .909 para la totalidad del inventario, siendo este un valor elevado según Campo y Oviedo (2008).

Del mismo modo, el alto grado de confiabilidad obtenido en el inventario a través de la prueba de consistencia interna coincide con la investigación realizada por Beltrán, Freyre y Hernández en el año 2012 quienes alcanzaron un índice de .92 ,con ello se evidencia la elevada confiabilidad del instrumento dado que los índices presentados superan el valor de .70 a diferencia del coeficiente obtenida por Carranza (2013) que sólo alcanzó un valor de .878, y a pesar de ser menor al puntaje obtenido en la presente investigación , aun representa una confiabilidad muy respetable.

V. CONCLUSIONES

A continuación se presentan las conclusiones obtenidas luego de haber realizado la presente investigación:

- Se determinó las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes universitarios de Chimbote, en una muestra probabilística estratificada de 596 unidades de análisis, permitiendo reportar las evidencias de validez y confiabilidad, que conllevan a un aporte netamente metodológico.
- Se estableció la validez de constructo a través de la correlación ítem- test, alcanzando valores por encima de .30, denotando un nivel bueno de la relación de los reactivos.
- Se estableció la validez de constructo mediante análisis factorial confirmatorio del inventario de Depresión de Beck en estudiantes universitarios de Chimbote, utilizando el método de máximo verosimilitud. El índice de bondad de ajuste (GFI) de .886, el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) .065, el residuo estandarizado cuadrático medio (SRMR) .0507; el ajuste comparativo por medio de su índice (CFI) .886 y el índice de Tucker-Lewis (TLI) .874; finalmente, el ajuste parsimonioso a través del índice de ajuste normado de parsimonia (PNFI) .763E, al obtener resultados desfavorables , se concluye que el instrumento aplicado en la Ciudad de Chimbote carece de validez
- Se estableció la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes universitarios de Chimbote, reportando valores de .909, de apreciación elevada.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda extender el estudio de las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes universitarios de Chimbote, seleccionando una población y muestra distinta a la presente, con la finalidad de corroborar la validez y la confiabilidad del instrumento.
- La investigación presente, debe ser utilizada como un aporte netamente metodológica, por lo tanto, los datos que se obtuvieron no pueden ser utilizadas o referentes para las investigaciones correlacionales, descriptivas, u otras que conllevan a la evaluación directa de la variable.
- Se recomienda a su vez, de forma tentativa, para la futuras investigaciones la realización del análisis factorial exploratorio, para identificar la estructura subyacente pertinente a la población de estudio que permita una valoración pertinente de la propiedad, acorde al contexto de su desarrollo, dando la posibilidad de continuar con la realización de un análisis factorial confirmatorio, para avalar y corroborar la probable nueva estructura factorial.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, J., Garrido, J., Olea, J., & Ponsoda, V. (2006). Introducción a la Psicometría: Teoría Clásica de los Test y Teoría de la Respuesta al Ítem. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. y Vásquez, C. (2006). Depresión. Guías Clínicas, 6 (11), 1-6. Recuperado de <http://www.scamfy.org/documentos/Depresion%20Fisterra.Pdf>
- Álvarez, R., Ramírez, S., Silva, C., Coffin y Jiménez (2009)
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4th ed. Arlington VA: Médica Panamericana.
- Ato, M.; Benavente, A y López, J. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29, 1038-1059. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, Brian. Emery, G. (2010). Terapia cognitiva de la depresión. España: RGM, S.A.- Bilbao
- Beck, A. (2003). Depresión aspectos psicológicos. Océano S.A.
- Beltrán, María del Carmen, Freyre, Miguel-Ángel, & Hernández-Guzmán, Laura. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30(1), 5-13. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>
- Bonet de Luna, C.; Fernández, M y Chamón, M. (2011) Depresión, ansiedad y separación en la infancia. Aspectos prácticos para pediatras ocupados. *Pediatría Atención Primaria*, XIII, 471-489. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3666/366638732012.pdf>
- Caballo V. (2007). Manual Para El Tratamiento Cognitivo Conductual De Los Trastornos Psicológicos. Vol. 1: Trastornos por ansiedad sexuales, afectivos y psicóticos. Recuperado de: <https://mmhaler.files.wordpress.com/2012/08/caballo-2007-manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicolc3b3gicos-vol-1.pdf>

- Campo, A. y Oviedo, H. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Revista de Salud Pública*, 10 (5), 831-839.
- Carranza, R. (2013). Propiedades Psicométricas del Inventarios de Depresión de Beck Universitarios de Lima. *Revista Psicología de Trujillo*, 170-182. Recuperado de: http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/219/128
- Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). Decreto Supremo N°018-80-PM .Estatuto del Colegio de Psicólogos del Perú .Publicado en Consejo Directivo Nacional, del 27 de Setiembre del 2017.
- Elosua, P. y Bully, G. (2012). *Prácticas de Psicometría: Manual de Procedimiento* (1^{ra} 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.
- Fernández, A. (2015). Aplicación del análisis factorial confirmatorio a un modelo de medición del rendimiento académico en lectura. *Ciencias Económicas*, 33(2). Recuperado de: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/download/22216/23751>
- Gutiérrez, J., Montoya L., Toro, B., Briñón, M., Rosas, E., Salazar, L. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *CES Medicina*, 24 (1), 7-17. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=261119491001>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ta ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2012). Anales de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima metropolitana y Callao. Recupero de: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>

- I. A. Fernández (comunicación personal, 28 de Setiembre, 2017) menciona los porcentajes de depresión en adolescentes de la ciudad de Chimbote.
- 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.
- Mathiesen, M., Castro, G., Merino, J., Mora, O. & Navarro, G. (2013) Diferencias en el desarrollo cognitivo y socioemocional según sexo. *Estudio Pedagógicos*, 39 (2), 199-211.
- Martínez, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia y Saude Colectiva*, 17, 613-619. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>
- Medrano, L. & Núñez, R. (2017). Aproximación conceptual y práctica a los modelos de ecuaciones estructurales. *Revista digital de investigación en docencia universitaria*, 11(1), 1-21.
- Organización Mundial de la Salud. CIE10.Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnostico. Madrid: Meditor; 1992.
- Organización Mundial de la Salud. (2017).Temas de salud: Depresión. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- 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.
- Ruiz, M., Pardo, A. & San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 34-45.
- Román, M.; Vinet, E. Y Alarcón. (2014).Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIII, 179-190. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281943265009>
- Sanz, J.; Perdigón, A.; y Vázquez. (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. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>
- Ugarriza, N. y Ecurra, M. (2002). Adaptación Psicométrica de la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana. *Persona*, 83 -130. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118132004>
- Valdivieso, C. (2013). Efecto de los métodos de estimación en las modelaciones de estructuras de covarianzas sobre un modelo estructural de evaluación del servicio de clases. *Comunicaciones en estadística*, 6(1), 21-44.
- Vásquez, C. Muñoz, Becoña (2000). Depresión: Diagnóstico, Modelos Teóricos Y Tratamiento A Finales Del Siglo XX. *Psicología Conductual*, Vol. 8, N° 3, 2000, pp. 417-449. Recuperado de
<http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>
- Ventura, J. & 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.
- Velez, D. (2009). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado/Riesgo (IDER) con adolescentes y universitario de la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 139-159. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111899011>
- Zarragoitia Alonso. (2011). Depresión: Generalidades y particularidades. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas

ANEXOS

Anexo 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

Yo, como sujeto de investigación, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, **EXPONGO**: Que he sido debidamente **INFORMADO/A** por la responsable de realizar la presente investigación científica titulada: **“Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck en universitarios de Chimbote”**, y he recibido explicaciones, tanto verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósitos de la investigación y también he tenido ocasión de aclarar las dudas que me han surgido.

Habiendo comprendido y estando satisfecho/a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que me sea realizada la encuesta. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.

Y, para que así conste, firmo el presente documento.

Firma del Participante

Anexo 02

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK - ADAPTADO (BDI-IIA)

Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino Universidad: _____

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 cómo 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 que no puedo soportarlo.
- 2. Pesimismo**
 - 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
 - 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro de lo que solía estar.
 - 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 deseado.
 - 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 Me siento castigado.
- 7. Disconformidad con uno mismo**
 - 0 Me siento conforme conmigo mismo.
 - 1 Hay cosas en las que no estoy conforme conmigo mismo.
 - 2 Existen muchísimas cosas en las que no estoy conforme conmigo mismo.
 - 3 No estoy conforme conmigo mismo.
- 8. Autocrítica**
 - 0 Siempre que me critico lo hago para mejorar.
 - 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estar.
 - 2 Me critico a mí mismo la mayor parte del tiempo.
 - 3 Me critico a mí mismo todo el tiempo.
- 9. Pensamientos o deseos suicidas**
 - 0 No tengo ningún pensamiento acerca de matarme.
 - 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
 - 2 Desearía matarme.
 - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
- 10. Llanto**
 - 0 No he llorado últimamente.
 - 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
 - 2 Lloro la mayor parte del tiempo.
 - 3 Lloro todo el tiempo.
- 11. Agitación**
 - 0 En general, no suelo estar inquieto.
 - 1 Me siento más inquieto de lo habitual.
 - 2 Estoy inquieto la mayor parte del tiempo.
 - 3 Estoy tan inquieto todo el tiempo.
- 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 Siento que soy valioso.
 - 1 No me considero tan valioso 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 la misma energía de siempre.
 - 1 Tengo menos energía que la que suelo tener.
 - 2 No tengo suficiente energía para hacer las cosas.
 - 3 No tengo energía para nada.
- 16. Cambios en los hábitos de sueño**
 - 0 No he tenido cambios 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 Por lo general, duermo muy pocas horas.
- 17. Irritabilidad**
 - 0 No me irrito con facilidad.
 - 1 Me irrito de vez en cuando.
 - 2 Suelo irritarme con frecuencia.
 - 3 Estoy irritado todo el tiempo.
- 18. Cambios de apetito**
 - 0 No he tenido cambios en mi apetito.
 - 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
 - 1b Mi apetito es un 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 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 me siento cansado ni fatigado.
 - 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
 - 2 Me siento fatigado o cansado para hacer las cosas que solía hacer.
 - 3 Me siento 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 estar.
 - 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
 - 3 He perdido completamente el interés por el sexo.

Anexo 03

En la presente tabla, se aprecia la matriz de correlaciones bivariadas entre ítems del instrumento, las cuales varían de .205 a .448.

Matriz de correlaciones por ítems del inventario de depresión de Beck (n=596)

Ítems	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1	-																				
2	.277	-																			
3	.236	.307	-																		
4	.234	.304	.259	-																	
5	.265	.345	.294	.291	-																
6	.273	.356	.303	.300	.340	-															
7	.299	.389	.331	.328	.373	.384	-														
8	.303	.395	.336	.333	.378	.389	.426	-													
9	.293	.381	.325	.322	.365	.376	.412	.418	-												
10	.223	.291	.248	.245	.278	.287	.314	.318	.308	-											
11	.260	.339	.288	.286	.324	.334	.366	.371	.358	.273	-										
12	.258	.336	.286	.283	.322	.331	.363	.368	.356	.271	.316	-									
13	.298	.388	.330	.327	.372	.383	.419	.425	.411	.313	.365	.362	-								
14	.290	.378	.322	.319	.362	.373	.408	.414	.400	.305	.355	.352	.407	-							
15	.314	.409	.348	.345	.392	.403	.442	.448	.433	.330	.384	.381	.440	.429	-						
16	.236	.307	.261	.259	.293	.302	.331	.336	.324	.247	.288	.286	.330	.321	.348	-					
17	.268	.349	.297	.295	.334	.345	.377	.383	.370	.282	.328	.326	.376	.366	.396	.297	-				
18	.237	.309	.263	.261	.296	.305	.334	.339	.327	.249	.290	.288	.333	.324	.351	.263	.300	-			
19	.270	.352	.299	.297	.337	.347	.380	.385	.372	.284	.330	.328	.378	.368	.399	.299	.341	.301	-		
20	.296	.386	.328	.325	.369	.380	.416	.422	.408	.311	.362	.360	.415	.404	.438	.328	.374	.331	.376	-	
21	.205	.267	.227	.225	.255	.263	.288	.292	.282	.215	.250	.248	.287	.279	.302	.227	.258	.229	.260	.285	-

