



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) en Adultos
Peruanos: Evidencias Psicométricas

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Licenciado en Psicología

AUTOR:

Nina Tueros, Ronald Remigio (ORCID: 0000-0001-6295-9936)

ASESOR:

Mgtr. Serpa Barrientos, Antonio (ORCID: 0000-0002-7997-2464)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Psicométrica

LIMA – PERÚ

2021

Dedicatoria

A mis padres, por prepararme para la vida y por haber cimentado en mí, valores que hoy se reflejan en todo logro obtenido, y a mi esposa quien, con su amor y apoyo, me impulsan a seguir adelante en todos los proyectos encaminados.

Agradecimiento

Agradezco a mi familia y todas las personas que han apoyado en la consecución de este trabajo, en especial al asesor Mg. Serpa Barrientos, Antonio, quien con dedicación ha compartido conocimientos valiosos para el desarrollo de este trabajo de investigación.

Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	16
3.1. Tipo y diseño de investigación	17
3.2. Variables y operacionalización	17
3.3. Población, muestra y muestreo	18
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	20
3.5. Procedimientos	21
3.6. Método de análisis de datos	22
3.7. Aspectos éticos	24
IV. RESULTADOS	26
V. DISCUSIÓN	39
VI. CONCLUSIONES	44
VII. RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS	48
ANEXOS	61

Índice de Tablas

Tabla 1: Estadísticos sociodemográficos	19
Tabla 2: Adecuación en el lenguaje de los ítems del PHQ-9	26
Tabla 3: Valores V de Aiken en relación al atributo comprensión	27
Tabla 4: Análisis de los estadísticos de distribución univariada y multivariada	28
Tabla 5: Índices de bondad de ajuste de los modelos propuestos mediante el AFC	29
Tabla 6: Correlaciones entre escala Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y Escala Abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés(DASS-21	36
Tabla 7: Confiabilidad de datos por medio del método de consistencia interna del Modelo 2	38
Tabla 8: Tabla de estandarizada de baremos y percentiles en adultos peruanos	39
Tabla 9: Tabla de categorías diagnósticas del Cuestionario de Salud Sobre el Paciente 9	40

Índice de Figuras

Figura 1	Modelo de un Factor del PHQ-9	19
Figura 2	Modelo de dos Factores del PHQ-9	26
Figura 3	Modelo de Segundo Orden del PHQ-9	27

Resumen

La investigación tuvo el objetivo de analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) en adultos peruanos. El método empleado fue cuantitativo de tipo instrumental, corte transversal y no experimental, se aplicó PHQ-9 a una muestra de 498 adultos peruanos, el PHQ-9 es un instrumento tipo autoinforme que mide los niveles de depresión, consta de nueve ítems y cuatro opciones de respuesta nada=1, varios días=2, más de la mitad de los días=3, casi todos los días=4. En los resultados se logró modificar levemente los ítems para un mejor entendimiento de las premisas en base al estadístico V de Aiken, obteniendo valores $V > 0.7$ en todas las premisas. El análisis factorial confirmatorio (AFC) permitió descubrir 3 modelos *Modelo 1* (M1) de un factor, *Modelo 2* (M2) de dos factores y *Modelo 3* (M3) de segundo orden, de los cuales M2 demostró tener buenos índices de bondad de ajuste con $\chi^2/gl = 0.662$, CFI= 0.981, TLI= 0.973, SRMR= 0.048, RMSEA= 0.070, WRMR= 0.965, en cuanto a la relación con otras variables se evidenció que el PHQ- y la Escala Abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-2) fue directa significativa con $r = .741$, la confiabilidad el Factor 1 evidenció $\alpha = .801$; $\omega = .808$ y el Factor 2 $\alpha = .682$; $\omega = .692$. En conclusión, el Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9), presenta adecuadas bondades psicométricas y validez en una muestra de adultos peruanos.

Palabras clave: Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9, AFC, Depresión.

Abstract

The research had the objective of analyzing the psychometric properties of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) in Peruvian adults. The method used was quantitative, instrumental, cross-sectional and non-experimental, PHQ-9 was applied to a sample of 498 Peruvian adults, the PHQ-9 is a self-report type instrument that measures depression levels, it consists of nine items and four response options none = 1, several days = 2, more than half the days = 3, almost every day = 4. In the results, it was possible to slightly modify the items for a better understanding of the premises based on the Aiken V statistic, obtaining V values > 0.7 in all premises. The factorial analysis (CFA) allowed the discovery of 3 models Model 1 (M1) of one factor, Model 2 (M2) of two factors and Model 3 (M3) of second order, of which M2 showed good indices of goodness of fit with $\chi^2 / gl = 0.662$, CFI = 0.981, TLI = 0.973, SRMR = 0.048, RMSEA = 0.070, WRMR = 0.965, regarding the relationship with other variables, it was evidenced that the PHQ- and the Abbreviated Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-2) was directly significant with $r = .741$, the reliability factor 1 showed $\alpha = .801$; $\omega = .808$ and Factor 2 $\alpha = .682$; $\omega = .692$. In conclusion, the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) presents adequate psychometric benefits and validity in a sample in a sample of Peruvian adults.

Keywords: Patient Health Questionnaire-9, AFC, Depression.

I. INTRODUCCIÓN

Durante el devenir del tiempo hasta el siglo actual, muchos trastornos mentales como la depresión son temas de gran interés en diversas investigaciones científicas, tanto en medicina como psicología. El término trastorno mental (TM) se refiere al conjunto de síntomas importantes, que alteran el nivel cognitivo, emocional y comportamental de la persona, con la consecuente disfunción social, familiar o laboral (Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-V], 2014). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) del mes de enero 2020, indica que el trastorno mental de la depresión afecta a un promedio de treientos millones de personas en el mundo. Para el año 2020 se proyecta que la depresión sería la primera causa de incapacidad en el planeta (Murray y López 1997). El trastorno depresivo es uno de los trastornos mentales de mayor comorbilidad con el suicidio, estando solo por debajo de los trastornos por consumo de alcohol (OMS, 2014).

En Sudamérica, la depresión fue la principal causa de discapacidad mental en la población, ocupando el primer lugar de clasificación de años de vida saludables perdidos por discapacidad que representa el 3.35 por ciento de las discapacidades mentales totales (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018). Por su parte, el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo-Noguchi (2012) señaló, lo siguiente, en el distrito limeño y en el Callao, el trastorno depresivo tiene un 17.2 % de incidencia, seguido de un episodio depresivo severo con un 9.0%.

Así mismo, existe evidencia que la depresión tiene alta comorbilidad con enfermedades medicas como diabetes, hipertensión y consumo de alcohol, además está relacionada con individuos que fueron víctimas de violencia domestica (Instituto Nacional de Salud, 2016). Estos datos indican que la depresión sigue siendo un problema de salud mental en el contexto peruano, con una gran incidencia en la población aumentando la prevalencia de cantidad de años saludables perdidos y comorbilidad de enfermedades en el Perú, sin embargo, los recursos invertidos por el Estado son mínimos siendo para salud solo el 4.5 % Producto Bruto Interno y de esta cifra solo se usa el 2.3% para tratar las salud mental (Congreso de la Republica, 2018). El trastorno depresivo es una enfermedad grave que tiene alta incidencia en la población adulta, en el Perú casi

el 90% de usuarios no recibe un tratamiento oportuno, ya sea por problemas en el diagnóstico o por los escasos de médicos especializados (Vargas, Gallegos, Salgado et al. 2019). La genética, la violencia social y crisis económica son algunos de los factores que predisponen a sufrir un trastorno depresivo (Berenzon, Lara, Robles y Medina, 2013).

Para el diagnóstico de depresión en el Perú se necesitan instrumentos válidos y confiables, existen instrumentos que miden el trastorno depresivo como: la Escala Hamilton para la Depresión (Hamilton, 1960), el Inventario de Beck II (Beck, Steer y Brown, 1996), La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (Goldberg, Bridges, Duncan-Jones, y Grayson, 1988), Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés ([DASS- 21], (Lovibond y Lovibond, 1995), entre otros instrumentos. El inconveniente de estas escalas es que tienen un número elevado de ítems que dificultan su aplicación o no están validados en nuestro contexto. El Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) o en inglés Patient Health Questionnaire, es un instrumento corto y sencillo de 9 ítems, que se ha convertido en el autoinforme de mayor utilidad en las atenciones primarias de salud (Löwe, Schenkel, Carney, y Göbel, 2006). En base a lo expuesto la pregunta de la investigación quedó formulada de esta forma ¿el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) presenta adecuadas propiedades psicométricas para su aplicación en adultos peruanos?

Esta investigación tiene una contribución teórica porque proporcionará conocimientos que permitirán descubrir la relación de la estructura del instrumento con las teorías de los autores que estudiaron la depresión. La importancia metodológica radica en que permitirá obtener un instrumento que cumpla con requisitos de confiabilidad y validez en su adaptación. A nivel práctico se justifica en dotar a los profesionales, un instrumento de pocos ítems y de fácil aplicabilidad en la población adulta de lima. Por último, resalta la justificación social porque se podrá realizar tamizajes en forma de prevención comunitaria en las poblaciones de riesgo en Perú. En tal sentido para esta investigación como objetivo general se propone analizar las propiedades Psicométricas del Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9(PHQ-9) en adultos peruanos, así como los objetivos específicos: 1) determinar la evidencia de validez basado en los procesos de respuesta del Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) en adultos peruanos, 2)

determinar la evidencia de validez basada en la estructura interna mediante el análisis factorial confirmatorio del Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) en adultos peruanos, 3) evaluar la evidencia de validez del Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) en relación con las variables Depresión y Satisfacción con la Vida en adultos peruanos. 4) analizar la evidencia de confiabilidad basada en la consistencia interna mediante el empleo de los coeficientes de Alfa y Omega del Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) en adultos peruanos. 5) Obtener normas de calificación (baremos) para el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) en adultos peruanos.

II. MARCO TEÓRICO

Luego de conocer la realidad e importancia de esta investigación, se presentará las investigaciones más resaltantes, en base un filtro riguroso en los principales buscadores científicos del mundo y a nivel nacional, por ejemplo: Scopus, Elsevier, Scielo, Sciencedirect, Renati, Alicia Concytec y Researchgate, bajo la terminología siguiente, “Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9)”, PHQ-9, “Psychometric Properties PHQ-9”, “Propiedades psicométricas de PHQ-9”, “Adaptación del cuestionario de Salud mental del Paciente 9”, “Análisis Factorial confirmatorio del PHQ-9”, “Validez del PHQ-9” evidenciando las siguientes investigaciones.

En antecedentes internacionales de corte psicométrico se presentó a Hall et al., (2021) que con el objetivo de validar de forma estructural el PHQ-9 estudiaron una muestra de 1375 mujeres filipinas y 367 indonesias que eran trabajadoras domésticas inmigrantes. Realizaron un análisis factorial confirmatorio (AFC) para analizar cinco modelos estructurales y aplicaron un AFC multigrupo para hallar la invariancia entre muestras. Concluyeron que en ambas muestras el *modelo de 2 factores* en el PHQ-9 (cognitivo/afectivo, somático) presentó un ajuste excelente con RMSEA=0.057, TLI=0.937, CFI=0.955 y $\chi^2=141.80$ para la muestra filipina y RMSEA= 0.050, TLI= 0.938, CFI=0.955 y $\chi^2=49.39$ para la muestra indonesia.

Seguidamente, el estudio de Saldivia et al., (2019) cuyo objetivo fue analizar las características psicométricas del cuestionario PHQ-9, en de adultos de 18-75 años atendidos en el nivel primario de salud, se usó JASP para hallar w de McDonald y para el AFC se usó Mplus. Se obtuvo un $w= 0.896$ y $\alpha=0.891$, en el AFC se dio un buen ajuste del modelo con un $p < 0.001$; CFI=0.990; TLI=0.987; RMSEA=0.059, el χ^2 fue significativo y los valores de RMSEA resultaron dentro de valores recomendados. Llegaron a la conclusión de que el PHQ-9 es un instrumento de utilidad para detectar tempranamente trastornos depresivos.

En Estados Unidos, Keum y Miller (2018) realizaron un estudio de las propiedades psicométricas mediante el AFC e invarianza de medida, para el PHQ-9 en muestra de varones-mujeres y con grupos raciales (como asiaticosamericanos, europeos americanos, afroamericanos, latinos y

americanos) con $n= 857$ que eran estudiantes universitarios estadounidenses, en los cuales el 67% eran mujeres y el 37% eran hombres. Los resultados obtenidos demostraron que el instrumento para los diferentes grupos raciales, presentaron un adecuado alfa de Cronbach's $\alpha=0.89$ en la escala total, en cuanto, a los índices de bondad de ajuste, realizaron el AFC para corroborar como se ajusta el *modelo de un factor* y tres *modelos de dos factores* para cada grupo racial y de genero (2A, 2B, 2C). resultando que la bondad de ajuste del *modelo de un factor* y de dos factores fueron comparables, el *modelo 2A de dos factores*, tuvo un mejor ajuste significativo de los datos, a diferencia que el modelo de un factor. Sin embargo, a pesar de su mejor ajuste, este modelo como todos los demás modelos de dos factores, desarrollaron intercorrelaciones entre factores muy altos en intervalo de 0.85 a 0.97 y se entiede que altas correlaciones sugieren errores de significado estadístico para diferenciar los factores somáticos y no somáticos.

En Colombia, Cassiani y Scoppetta (2018) en su investigación tuvieron el objetivo de evaluar la estructura factorial del cuestionario PHQ-9 a travez de un modelo de ecuaciones estructurales e invarianza. Se usó el cuestionario PHQ-9 como instrumento de tamizaje de depresión en 550 estudiantes de una universidad en colombia, para el cual usaron un modelo de *dos factores* previamente estudiado, *uno somático* (ítems 3, 4, 5, 7 y 8) y otro *no somático* (ítems 1, 2, 6, 9) Cassiani et al., (2017), . Los resultados indicaron que los ajustes del modelo de dos factores fueron buenos con CFI= 0.980, NFI=0,963,TLI= 0,971 y RMSEA= 0,045. Concluyeron que el PHQ-9 como instrumento de detección del trastorno depresivo en estudiantes universitarios de Cartagena se confirma en dos factores latentes subyacentes, uno somático y uno no somático (afectivo) y ademas presenta buen ajuste.

Finalizando los antecedentes internacionales, Marcos et al., (2018) evaluaron las propiedades psicométricas del PHQ-9 en una muestra de 445 mujeres embarazadas atendidas en un hospital del estado de España. Su metodología fue transversal, realizando un análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC). El resultado fue: un $\alpha=81$, el AFE reveló un modelo de 2 factores (cognitivo y somático) y otro modelo de 3 factores latentes (cognitivo

afectivo, somático y en relación con el embarazo), sin embargo, el AFC indica que el modelo que mejor se ajusta es el de tres factores, los índices del modelo de 2 factores fueron, chi cuadrado de 4.44, CFI=0.93, NFI= 0.91, RMSEA= 0.09 paso mínimamente el máximo permitido considerado aceptable. Para el modelo 3, chi cuadrado de 3.5; CFI= 0.93 buen ajuste; NFI= 0.93 buen ajuste; RMSEA= 0.08 ajuste aceptable. En base a estos resultados que extrapola que el tercer modelo tiene más ajuste. Se concluyó que el PHQ-9 en su versión española tiene confiabilidad y se puede usar en la detección de trastornos depresivos en la etapa del embarazo.

En la realidad peruana existen pocas investigaciones de corte psicométrico que evalúen el PHQ-9, por ello no se discriminaron estudios por el año de estudio. Así tenemos a Huarcaya et al., (2020) quienes evaluaron las propiedades psicométricas como la estructura factorial del PHQ-9 en una muestra de 200 estudiantes de medicina de una universidad del Perú. El tipo de investigación fue instrumental bajo un AFE y un AFC que analizó tres modelos (unidimensional, bidimensional y bifactorial). En los resultados el modelo bifactorial (factor 1: somático y factor 2: cognitivo/afectivo) presentó una alta consistencia interna ($\alpha = 0,903$) como valores adecuados en el modelo bifactorial ($X^2 = 26,451$; CFI = 0,991; GFI = 0,969; RMSEA = 0,056) en comparación con el modelo bidimensional y unidimensional, al realizar el AFC. Concluyeron que el cuestionario presenta adecuadas propiedades psicométricas y es adecuado para aplicarse a estudiantes de medicina como también se descubrió que el modelo bifactorial que analiza el factor general, factores latentes cognitivos-afectivos presenta ajuste mucho mejor.

Galarza (2018) con objetivo de definir las propiedades psicométricas del PHQ-9 de la versión traducida para Perú, en una población de 193 pacientes de con enfermedad de tuberculosis, empleo un diseño de investigación instrumental. En los resultados se obtuvieron 2 modelos, para el modelo 1 los resultados fueron un alfa de Cronbach de valor 0.76, un coeficiente omega de valor 0.76, GFI=90, un TLI= 0.87, RMSEA=0.07 del mismo modo el modelo 2 se obtuvo un GFI=0.98, TLI=0.98, RMSEA=0.02, además que se eliminaron los ítems 5 y 7. Concluyeron que el PHQ-9 es apropiado para tamizar la depresión en los niveles primarios de atención.

Finalmente, Calderón et al., (2012) quienes validaron mediante juicios de expertos el PHQ-9 para lograr una mejor comprensión de los reactivos del instrumento, pues la versión formal para el Perú brindada en la página Patient Health Questionnaire no se adapta de buena forma a nuestro contexto, esta investigación fue promovida por Instituto Nacional de Salud, la reunión de expertos la conformaron especialistas en salud mental y medicina, quienes indicaron que este cuestionario tiene cualidades para el diagnóstico de la depresión en la atención primaria de salud, pero debe hacerse las siguientes precisiones, basar la escala Likert en número de días “para nada”, “varios días”, más de la mitad de los días”, “ casi todos los días, en el ítem dos, aumentar el vocablo “triste” para fortalecer la palabra “deprimido”, el ítem siete recomendaron eliminar la palabra “periódico” y dejar el reactivo así “dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas, tales como leer o ver televisión”, el ítem nueve se debe añadir la frase “hacerse daño”, Se concluyó que este instrumento tiene validez al juicio de los expertos para usarse en el Perú y que debe seguir la validación del criterio en la población para hallar varianza de la sensibilidad.

Para tener una mejor comprensión del tema, es necesario realizar la conceptualización de los términos usados en esta investigación. En ese sentido, la salud es la permanencia de un estado adecuado bienestar mental, físico y social, no siempre es la carencia de enfermedad (OMS, 1948). La Real Academia Española (2019) indica que es el estado en el cual un ser vivo ejerce de forma normal la totalidad de sus funciones. Para Blanchet, Laurendeau y Saucier (1993) es la armonía entre el nivel psíquico y bienestar subjetivo durante el ejercicio de las facultades mentales y las relaciones de las personas con su medio.

Por su parte la OMS (2018) menciona que la salud mental es una situación de bienestar donde las personas son conscientes de las aptitudes y capacidades que le permiten afrontar el estrés de la vida siendo productivos en la comunidad. El trastorno mental es el desorden importante de las áreas de regulación cognitiva, emocional y comportamental de una persona, que genera disfunción o una alteración de los procesos biológicos, psíquicos y de desarrollo (DSM-5,

2013). Según la OMS (2013) no solo los caracteres individuales son determinantes en la aparición de trastornos mentales, sino que también influyen factores culturales, sociales, económicos, ambientales y políticos. Dentro del DSM-5 (2013) se clasifica para el trastorno depresivo bajo distintos grados de cronicidad. Como también la depresión se puede englobar dentro de los trastornos afectivos relacionadas con algún sentimiento de ausencia o pérdida (Vallejos, 2018).

Según Meza (2019) la depresión se estudió de forma incipiente, desde la época griega con la teoría de los 4 fluidos corporales (bilis, sangre, flema y bilis negra) de Hipócrates están relacionado a los humores de las personas. En la versión traducida de los aforismos de Hipócrates por Casal (1818) menciona que, si el temor y la aflicción se prolonga, es melancolía. También la alteración de la bilis negra producirá la melancolía (Aguirre, 2008). La melancolía de Hipócrates sería lo que hoy es depresión (Belloch, Sandín, y Ramos, 2008). En esta línea de tiempo en Blackmore (1725), hace una quiebre al reemplazar el termino melancolía por depresión. Como también, la Evidencia de Validez, es el grado en que los puntajes obtenidos de un instrumento son respaldados por la teoría y evidencia, como la confiabilidad, en términos generales es la correspondencia de los puntajes obtenidos entre los resultados de diferentes evaluaciones American Educational Research Association, American Psychological Association, Y National Council on Measurement in Education. (2018).

Con este devenir histórico la depresión quedo caracterizada mediante la alteración anímica, falta de iniciativa y un pensamiento recurrente de tristeza (Berrios, 1996). Se evidencia que la evolución del concepto tuvo marcados cambios en la época moderna, así Freud (1917) explicó que es una situación dolorosa del estado de ánimo, que afecta su facultad de amar y reduce su amor propio. La definición de depresión es complicada en el plano semántico, pues el termino indica casos particulares de síntomas, un síndrome o para definir a la misma enfermedad, pero lo que sí es evidente es que la depresión quiebra o altera la manera en que se procesa la información de experiencias personales (Beck y Alford, 2009). Según DRAE (2020) la depresión es un síndrome en el que existe una inhibición de determinadas funciones del psiquismo, caracterizado por una profunda tristeza. Según la OMS (2020) la depresión es

un trastorno mental, en el cual existe tristeza, una pérdida de placer, aparición de sentimientos de culpa, aparición de trastorno del sueño o de la alimentación.

La depresión es un trastorno mental causante de la perturbación del normal funcionamiento de la tristeza con una comorbilidad de un trastorno de ansiedad con síntomas claros de pensamientos de inhibición, desinterés, decaimiento de la interacción social, hiperactividad o enlentecimiento e ideas de culpa e ideación suicida (Almudena, 2009). Para Beck (1983) el trastorno depresivo es consecuencia de activar esquemas de juicios o pensamientos distorsionados que causan una valoración negativa de sí mismos, sobre su entorno o sobre su futuro configurando la triada cognitiva. La sintomatología está representada por hiperactividad o inhibición psicomotriz, insomnio e hipersomnia Buela y Sierra (2004).

Según la Clasificación de Enfermedades décima edición ([CIE-10], 1995), la depresión se clasifica en episodio depresivo leve, cuando el individuo se siente tenso pero si puede hacer con normalidad sus actividades, episodio depresivo moderado, presentan más síntomas que el leve y existe dificultad para tener una continuidad en las actividades comunes y por último el episodio grave, aquí se presentan muchos más síntomas incluyendo pérdida de autoestima, pensamiento de inutilidad y culpa también aparecen síntomas somáticos e ideaciones suicidas. Siguiendo con la conceptualización, el PHQ-9, según Kroenke, Spitzer y Williams (2001, 2002) se creó de la derivación del instrumento Evaluación de la Atención Primaria de los Trastornos Mentales (PRIME-MD) que se usaba para el diagnóstico eficaz de los siguientes trastornos mentales ansiedad, depresión, trastornos alimentarios y consumo de alcohol usando los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Siguiendo con la teoría, Abraham (1911, 1924), influenciado por su maestro Freud y su propia experiencia, explicó, la depresión como producto de una sucesión de frustraciones asociadas con los objetos de libido de su etapa pre-edípica, que es luego reforzada con desamores posteriores, provocando que el sujeto dirija su colera hacia el objeto amado (por asociación) incorporándose hacia el yo debido a su fijación en el nivel oral. Luego Freud (1917) sostiene que la depresión es un producto de una sucesión de frustraciones asociadas con los objetos de libido donde el sujeto presenta una

“ira interiorizada”, ira que antes iba hacia el objeto y que ahora va dirigida hacia su propio yo, debido a que este, para disminuir la supresión del objeto deseado, interioriza su imagen y lo introyecta. Sin embargo, según las interpretaciones que se les hicieron a sus últimos postulados, Freud atribuía a la depresión como excesiva culpa del yo provocada por un superyó con excesivo sentido del deber (Bemporad, 1985). El trastorno depresivo se debe a la pérdida de un objeto amado (el padre y, en mayor medida, la madre) que provoca gran sensibilidad hacia el abandono, lo que hace que dependa de la aprobación y aprecio de los demás, generando una predisposición a padecer de este trastorno si es que sigue experimentado nuevas pérdidas, rechazo o abandono (Mendelson, 1974).

La teoría conductual de los trastornos depresivos se basa principalmente en la teoría de aprendizaje del condicionamiento operante, en la cual, Skinner (1953), detalla que la depresión se expresa por la disminución de la ocurrencia de una determinada conducta. Para, Ferster (1973) sostiene que estas conductas o procesos depresivos persisten por reforzamiento negativo, debido a que evitan una situación o estímulo desagradable para el sujeto. Luego, Lewinsohn (1974, 1976), explica que la depresión es causada por la deficiencia de un reforzamiento positivo en los aspectos vitales del sujeto, que se da por la disminución o privación de refuerzos positivos a sus conductas, el ambiente no dota un reforzamiento positivo suficiente, existe déficit de habilidades sociales para conseguir reforzamiento del ambiente, a la dificultad del sujeto para percibir los reforzadores disponibles por su elevada ansiedad social que interfieren socialización y no le permite alcanzar los refuerzos sociales.

Seguidamente se expone la teoría cognitiva de la depresión. Según Beck y Clark (1988) en su teoría del procesamiento de información, sostuvo que existe una alteración o distorsión del sistema de procesamiento sobre la información en situaciones donde existen supresiones o privaciones, en donde la triada cognitiva negativa (percepción negativa del yo, del mundo y del futuro), junto con otras alteraciones, impiden la capacidad adaptativa del sujeto lo que provoca la depresión. Este tipo procesamiento de la información causa síntomas conductuales, afectivos, motivacionales y fisiológicos de la depresión, es decir que la alteración del procesamiento de información (distorsión) inicia y mantiene los síntomas de este trastorno, además Beck (1983) establece que la depresión

dependería de tres sucesos o factores: 1) aparición de creencias disfuncionales y actitudes que modifican los significados vitales en la construcción de la realidad. 2) el excesivo aprecio subjetivo de aquellas experiencias vividas que modifican la construcción de la personalidad. 3) de un acontecimiento estresor muy importante que influye directamente la disfuncionalidad del sujeto.

Asimismo, este autor usa esquemas depresógenos (ED) para aclarar en qué manera las creencias se representan en la mente afectando el procesamiento; los esquemas representan funciones duraderas de un conocimiento pasado (Beck y Clark, 1988). Los ED dirigen las funciones cognitivas del proceso mnémico en relación con el entorno y se relacionan con eventos del desarrollo humano, y provocan distorsión de la información que hay en los trastornos depresivos, pero para ello Beck conjetura que los esquemas depresógenos son una predisposición cognitiva para la depresión. Por otra parte, Beck (1987) también indican que, la clase de estresor que active el ED depende del esquema cognitivo de la personalidad del sujeto.

Bajo el enfoque cognitivo social, tenemos a Seligman (1975), quien formula su teoría de la indefensión aprendida, sustentando que el efecto depresivo que provocaban los choques eléctricos inevitables sobre los animales, a cuál llamó indefensión aprendida debido a que el animal perdía la esperanza de poder controlar la situación desagradable en la que estaba; postuló que, similar a los animales, el humano sufría del trastorno depresivo debido a la percepción de incontrolabilidad del ambiente, es decir, a la independencia entre sus respuestas y los cambios ambientales, y que tal percepción se debía a una serie de frustraciones en el control de las situaciones y una serie de reforzamientos sin contingencia que no permita el desarrollo de aptitudes para el control del ambiente.

En el enfoque conductual-cognitivo Rehm (1977) con su teoría de autocontrol menciona que la depresión sería causada por carencia de una serie de conductas de autocontrol, lo que se traduce en la incapacidad de regular su propia conducta hacia metas a largo plazo; y la interacción de ausencia de reforzamiento externo; además, explica las causas de dichas carencias: la propensión a tener mayor énfasis o atención en sucesos negativos y a las consecuencias inmediatas generaría escasez de conductas de autoobservación,

el establecimiento de pautas o patrones muy estrictos de autoevaluación, evaluación negativa de dichos criterios, autoatribución de errores pueden causar déficit en las conductas de autoevaluación, pues, en frecuentemente, no podrían ser alcanzados; por último, la escasa administración de reforzadores o abundancia de castigos, la escasez de las anteriores conductas conducirían a una escasez de conductas de autorreforzamiento.

Seguidamente, se presenta la teoría de la auto focalización, en la que según Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger (1985) la depresión resulta de la influencia de factores ambientales, mediante el arbitraje del factor cognición, es decir mediante la autoconciencia y autofocalización, lo que dificulta a la persona resolver acontecimientos o problemas estresantes, existen eventos antecedentes (EA) a la depresión llamados estresores, este EA altera patrones de adaptación automáticos en el comportamiento de la persona generando un estado de ánimo deprimido, al aparecer impacto negativo emocional la persona aumenta su autoconciencia en términos de autodepreciación, culpa etc., lo que acarrea conductas negativas como desadaptación conductual.

Validez.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Las características de esta investigación evidencian que es un estudio de tipo no experimental, ya que no existió manipulación de variables, según Hernández y Mendoza (2018) las investigaciones experimentales son aquellas que se realizan sin manipulación intencional de variables, solo se observan fenómenos en situaciones naturales. Así mismo, presenta un diseño instrumental porque tiene por objetivo evaluar las propiedades psicométricas un cuestionario psicológico, según Ato, López y Benavente (2013) el tipo de investigación instrumental comprenden aquellos estudios que revisan las propiedades psicométricas de los instrumentos de medición en psicología.

3.2. Variables y operacionalización

Las variables son rasgos, cualidades y propiedades que varían y pueden medirse, adoptando diferentes intensidades, valores o magnitudes (Muñoz, 2011). En esta investigación la variable Depresión es de carácter cuantitativo y de tipo ordinal. Según Carballo y Guelmes (2016), la variables cuantitativas son propiedades medibles, y las variables ordinales son aquellas que implican que hay un orden en sus categorías.

3.3. Población, muestra y muestreo

3.3.1. Población

Según Hernández y Mendoza (2018) la población está representada por un total de casos que presentan características comunes tanto en lugar como en tiempo. La población fue conformado por todos los adultos peruanos mayores de dieciocho años que viven en Perú, sin embargo, por no tener un registro exacto de la cantidad de peruanos en el País en un tiempo determinado, para este estudio se consideró pertinente usar una población infinita. La población infinita es aquella en la cual no se conoce la cantidad total de unidades que la constituyen y no existe un medio documentado (Arias, 2012).

a) Criterios de inclusión:

- Edad: peruanos mayores de dieciocho años.
- Género: peruanos varones y mujeres.
- Nacionalidad: peruanos que residan en Perú.

- Participación: peruanos que participen voluntariamente con su consentimiento informado.

b) Criterio de exclusión:

- Peruanos menores de dieciocho años.
- Peruanos que viven en países deferentes al Perú.
- Adultos extranjeros que residan en Perú.

3.3.2. Muestra

La muestra es subgrupo del universo de interés del cual se recaban los datos de estudio, este subgrupo es representativo de la población el cual se usará para generalizar los resultados hallados de la muestra sobre la población (Hernández y Mendoza, 2018). En ese sentido, para este estudio los participantes se consolidaron en un lapso de setenta días, recabando datos por medio de encuestas en formato virtual. Una investigación con un tamaño limitado de muestra conducirá a resultados poco precisos (Garcia, Reding y López, 2013). Para el tiempo mencionado la muestra final fue de $n= 498$, según Comrey y Lee (1992) el tamaño de muestra de 50 unidades es muy pobre, de 100 unidades tiene tendencia pobre, de 200 unidades es justo, de 300 es una muestra de carácter buena, de 500 es muy bueno y mayores a 1000 es una cantidad excelente, en consecuencia para la investigación se contó con una muestra de 498 participantes.

Tabla 1
Estadísticos sociodemográficos (n=498)

	f	%	M	DS
Edad				
18-31	405	81.30		
32-45	73	14.70	27.20	7.357
46-59	20	4.00		
Sexo				
Hombre	204	41.0		
Mujer	294	59.0		
Grado de instrucción				
Secundaria	14	2.8		
Técnico	17	3.4		
Técnico Incompleto	7	1.4		
Superior	286	57.5		
Superior incompleto	164	32.9		
Magister	10	2.0		
Departamento				
Lima	275	55.2		
Trujillo	37	7.40		
Arequipa	24	4.80		
La Libertad	15	3.00		
Ayacucho	13	2.60		
Otros	134	27.0		

Nota. f= frecuencia, %= porcentaje, M= media, DS= desviación estándar

3.3.3. Muestreo

El muestreo para esta investigación fue no probabilístico porque depende de las características o criterios del investigador (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014), según Otzen y Manterola (2017) cumple con las características de estudio no probabilístico por conveniencia pues permite escoger los casos en base a la accesibilidad como proximidad hacia los encuestados. Asu ves que es intencional (Kerlinger y Lee, 2004). La unidad de análisis está representada por los adultos peruanos que residen en cualquier lugar del Perú que tengan una edad mayor o igual a 18 años.

3.3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis serán todos los peruanos tengan mayoría de edad es decir mayor o igual a 18 años.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para este estudio la técnica de recolección de datos será la encuesta, que permite recabar información de forma sistemática a través de interrogantes o preguntas sobre el problema de investigación (López y Fachelli, 2015). Y el instrumento que se usará será el cuestionario, según (Arias, 2012) es un instrumento autoadministrado que es llenado por el encuestado mediante medios físicos o electrónicos, por ejemplo, correo electrónico. A continuación, se describirá brevemente el instrumento y explicará el nivel de validez y confiabilidad del cuestionario a usar.

El Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9, siglas en inglés (PHQ-9) es un instrumento derivado del PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorder) y elaborado originalmente por Kroenke, Spitzer y Williams (2001), el PHQ-9 se desarrolló tomando en cuenta los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-IV] en su cuarta edición (1995), para esta investigación se usó la versión en español que existe la página web oficial <https://www.phqscreeners.com/> Pfizer Inc. (2020) de libre y gratuito, consta de 9 ítems que son enunciados de los criterios clínicos del DSM-IV (ver anexo 1), que además de diagnosticar la depresión ayuda a descubrir la severidad del cuadro clínico. El formato de respuestas está dado por una escala Likert con las siguientes 4 opciones de respuesta de puntuaciones: para nada=1, varios días=2, más de la mitad de los días= 3, casi todos los días= 4, cuya suma indican la severidad del trastorno depresivos. Según Kroenke y Spitzer (2002) el puntaje mínimo es cero y el máximo es 27, que se clasifican de la siguiente manera, severidad mínima de 0 a 4, leve de 5 a 9, moderado de 10 a 14, grave de 15 a 19 y severa de 20 a 27. Para fines prácticos en el análisis estadístico, se modificó los valores de las puntuaciones, para nada=1, varios días=2, más de la mitad de los días=3, casi todos los días=4. En cuanto a la validez de contenido el PHQ-9 en Calderón et al., (2012), mediante juicios de expertos ,compuesto por 27 profesionales entre psiquiatras, psicólogos y una enfermera, se demostró que el cuestionario presenta una

adecuada validez, dando recomendaciones en las opciones de respuesta y sugerencias en los ítem 2, ítem 7 e ítem 9.

En Kroenke, Spitzer y Williams (2001) se obtuvo una adecuada confiabilidad, con alfa Cronbach de valor 0.89 en el total del cuestionario. En (Zhong et al., 2014) se realizó un estudio estadístico bajo el modelo Rasch IRT destacando que presentó una moderada consistencia interna con un PSI= 0.72, también la edad, el nivel educativo y el estado laboral estaban libres de DIF. Así mismo, en Galarza (2018) los valores estadísticos del PHQ-9 a nivel de consistencia interna fueron $\alpha=0.76$, $\omega=0.76$ en el total de la escala y en el AFC se obtuvo los siguientes índices de bondad de ajuste TLI=0.87, GFI=0.90, RMSEA=0.07 del modelo original y en el modelo de la investigación se obtuvo TLI=0.98, RMSEA=0.02 y GFI=0.98.

La Escala Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Lovibond & Lovibond 1995), se usó para la validez convergente. Es un instrumento de 21 ítems que mide las tres dimensiones de depresión, ansiedad y estrés, para esta investigación se usó el DASS-21 en su versión adaptada a Perú de Paredes y Quiliche (2019) de doce ítems de los cuales los ítems 3, 13, 16, 17 y 21 miden depresión. Para la convergencia de datos se usó la Escala de Satisfacción con la Vida Diener et al., (1985) en su versión española de Atienza, Pons, Balaguer y García (2000) instrumento de cinco ítems ampliamente usado y conocido en nuestro medio.

3.5. Procedimiento

Teniendo como guía los postulados de la Comisión Internacional de Test (2010), American Educational Research Association, American Psychological Association, Y National Council on Measurement in Education. (2018) y en base a Muñiz, Elosua y Hambleton (2013) al inicio del estudio se procedió a solicitar la aprobación de ejecución y desarrollo del proyecto investigativo al área académica de la escuela de psicología, seguidamente se debe solicitar la autorización a los autores, sin embargo para este estudio no fue necesario, porque el PHQ-9 en su versión español para Perú es de libre acceso en la página web <https://www.phqscreeners.com/>, esta versión fue validada a través de juicio de expertos por Calderón et al., (2012), quienes sugirieron la modificaciones de las opciones de respuesta y de los ítems 2, 7 y 9 para una

mejor comprensión en la realidad peruana. Luego, se llevó a cabo un Focus Group mediante la plataforma virtual Zoom, con un subgrupo de la muestra conformado por 10 participantes, con la finalidad de hallar la validez basada en la respuesta, obteniendo una leve variación de los ítems 2, 3, 4, 5, 6, , 8 y 9 en relación con la versión en español para Perú.

En base a lo indicado líneas arriba, se procederá a aplicar el cuestionario de autoinforme mediante: Facebook, correos electrónicos, WhatsApp y demás recursos digitales. Se recaudará información por un periodo de 3 meses tiempo en el que se obtendrá una adecuada cantidad de participantes. En el cuestionario enviado se informará sobre la protección de datos personales y confidencialidad de sus respuestas mediante un consentimiento informado como también se redactará de forma clara las instrucciones una correcta resolución del cuestionario (APA, 2010). Finalmente, con la data recabada se procederá a realizar el análisis estadístico.

3.6. Método de análisis de datos

Luego de administrar los cuestionarios se procedió a realizar la depuración en base a criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Seguidamente se obtuvo la validez de contenido mediante el coeficiente V de Aiken [V, Aiken (1980)] cuyo intervalo estadístico es de 1 al 4, si el valor está más cercano al 1 es el ítem presentara mayor validez y Hernández-Nieto (2002). El vaciado de la data se realizará mediante el programa Microsoft Office Excel versión 16, exportando los datos al Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 25. Seguidamente se usó el programa estadístico AMOS, y el programa R Studio Rosseel, (2012a, b) en su versión 23 para evidenciar la validez de la estructura interna con la aplicación del AFC conjuntamente con el programa The Jamovi Project (JAMOMI) en su versión 1.2.22.0 (2020), con el fin de descubrir la confiabilidad.

En cuanto al análisis estadístico, se comenzó con la depuración de datos mediante la extracción de casos atípicos univariados tomando en cuenta que según la puntuación estandar (Z) tenía que estar fuera del intervalo de [-3;+3] (Tabachnick y Fidell, 2001). De la misma forma, se realizó el análisis multivariado de los casos atípicos, mediante el proceso de Mahalanobis, que indica que los valores de significancia debían ser menores a 0.001 (Uriel y

Aldas, 2005), luego de este procedimiento la muestra se redujo de 536 a 498 adultos, seguidamente con los análisis descriptivos de los reactivos a través de la técnica estadística de asimetría y curtosis, según Pérez y Medrano (2010) deben encontrarse en el rango [-1.5 y +1.5] para asegurar que existe una aproximación de normalidad univariada. A la normalidad multivariada se la analizó mediante la distancia de Mardia (G^2) (1970) y según Bentler (2005) el corte crítico menor y próximo a 5.00 es aceptable.

Se prosiguió con la evaluación de la estructura interna mediante el AFC, usando la guía del sistema de ecuaciones estructurales de Escobedo et al., (2016). En primer orden se inició con la especificación del modelo, donde se precisaron los factores y hallar la relación que existe entre ellos, guiados en conocimientos teóricos (Bentler y Weeks, 1980). Como segundo paso se llevó a cabo la identificación del modelo, en donde se debe usar un formula algebraica que demuestre dicho modelo, analizando las varianzas y covarianzas de las unidades muestrales (Escobedo et al., 2016), por recomendación de Kline(2005) el valor del parámetro que se quiere estimar no debe exceder a la cantidad de datos observados. Paso siguiente Escobedo et al., (2016) es la estimación del modelo, en el cual se determinan los valores de los números paramétricos que no se conocen, como también el error de medida, pudiendo utilizar diversos programas informáticos. En este caso se empleó por equivalencia en Lavaan al estimador WLSMV, considerado el método robusto por excelencia, el cual ayudó a corregir las normalidades alteradas (Hu & Bentler, 1999; Yu & Muthén, 2002).

Continuando, el cuarto paso fue la evaluación del modelo, se aplicó la corrección de Satorra-Bentler al Chi-cuadrado (X^2) (Satorra & Bentler,2001), como también al cociente del (X^2) respecto a los grados de libertad [$S-BX^2/gl$], y según Escobedo et al., (2015) y Lacobucci (2010) dicho cociente debe estar entre los valores [2-3] o un valor máximo de 5 para considerarlo un valor aceptable. El estadístico índice de ajuste comparativo (CFI) debe estar representado por un valor superior a 0.90 para que sea aceptable (Bentler & Bonett, 1980) y para un CFI> 0.95 se considera un índice óptimo (Hu y Bentler, 1999). Para el índice de Tucker-Lewis (TLI) se consideró lo estipulado por Hooper et al., (2008) valores adecuados son aquellos mayores o iguales que

0.90. En cuanto a los valores del error de aproximación cuadrático medio $RMSEA \leq 0.5$ y $SRMR \leq 0.5$ para indicar un buen ajuste del modelo (Browne y udeck, 1992).

El quinto y último paso según Escobedo et al., (2016) es la reespecificación, que se usa cuando el primer modelo no tiene un ajuste global óptimo, por lo cual se debe modificar los parámetros del modelo original para obtener un mejor ajuste. Según Buse (1982) es necesario revisar la matriz de residuos e índices de modificación como volver a plantear las etapas anteriores. Se empleó el modelo cargas factoriales, considerando las puntuaciones adecuadas y necesarias mayores o iguales que 0.5 (Beauducel y Herzberg, 2006). Y para finalizar se analizó la confiabilidad mediante la técnica de consistencia interna evaluando los coeficientes alfa (α) y omega (ω) para valores aceptables debían ubicarse en el rango de [0.70 – 0.90] (Campo y Oviedo, 2008) y Quero (2010), sin embargo, Loewenthal (1996) indica que $\alpha \geq 0.6$ pueden ser considerados valores en consistencia interna adecuados, para instrumentos con menos de 10 ítems.

3.7. Aspectos éticos

En cuanto a las consideraciones éticas no hubo inconvenientes en las autorizaciones para el uso académico del instrumento, pues como se mencionó en el apartado 3.4 el Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 es de libre uso y acceso en la página web. Se respetó el principio ético de autonomía, ya que a los participantes se les indicó que la participación en esta investigación es voluntaria, indicando tal situación en el consentimiento informado. El principio de no maleficencia fue acatado mediante la protección de datos personales Ley N° 29733 que estipula que no se puede usar si consentimiento los datos privados y en concordancia con el artículo 59 del Código de Ética de Psicólogos del Perú, que indica que el investigador debe proteger toda información emitida por los usuarios. El principio de beneficencia está dado por la conducta sin fines de lucro que aportara en gran medida a tratar la problemática de la depresión en nuestro país y por último el principio de justicia se cumple pues en el cuestionario usado se redactó los sufijos tanto de género masculino y femenino generando paridad en las respuestas.

IV. RESULTADOS

El primer objetivo fue el de determinar la evidencia de validez basado en los procesos de respuesta, Según, American Educational Research Association, American Psychological Association, Y National Council on Measurement in Education. (2018) preguntar a una muestra de la población sobre su razonamiento y desempeño al responder ítems particulares, aporta evidencia para definir el constructo. Por ello, mediante una reunión en plataforma virtual, se mostró y leyó a los participantes los nueve ítems del cuestionario, estos respondieron a los enunciados en base a la siguiente puntuación: 1= nada claro, 2= medianamente claro, 3=claro y 4= completamente claro. para lo cual, se analizó el entendimiento de los ítems a una muestra equivalente de la población, mediante un grupo focal conformado por diez participantes, a los que se presentó la versión validada por Calderón et al., (2012). Los participantes leyeron cada uno de las preguntas del cuestionario, los procesaron mentalmente para saber si las premisas del cuestionario se comprendían.

Los participantes sugirieron cambios en la estructura de algunas preguntas. En la Tabla 1, se precisa los ítems de la versión validada mediante juicios de expertos Calderón (2012), y el cuestionario resultante luego de la adecuación mediante el grupo focal. Los participantes sugirieron que los cambios efectuados son más comprensibles, también manifestaron que la premisa del ítem nueve tiene alto impacto emocional más recomendaron cambiar las conjugaciones “se ha”, “ha tenido” por la construcción “me he” o “he tenido” en los ítems 1, 2, 3, 4, 6, 7 y 8, como también aumentar la construcción “he sentido” en el ítem 1 al inicio de la pregunta. En el ítem 3 se cambió las palabras “quedarse” por “quedarme” y “permanecer” por “mantenerme” como cambiar la conjugación “ha dormido” por la palabra “duermo”, el ítem 5 se cambió la conjugación “sin apetito” por la construcción “he tenido pocas ganas de comer” como se cambió “ha” por “he”. En el ítem 8 se cambió “podrían” por “lo pudieron” y se aumentó la frase “he estado” antes y junto a “muy inquieto” se eliminó las palabras “que ha estado” y se modificó “moviéndote” por “ moviéndome”. En la última pregunta se aumentó “he tenido” al principio de la premisa y se cambió “hacerse” por “hacerme” .

Tabla 2

Adecuación en el lenguaje de los ítems del PHQ-9

Ítems	VC	A
1	Poco interés o placer en hacer cosas.	*He sentido poco interés o placer para hacer las cosas.
2	Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), triste o sin esperanzas.	*Me he sentido decaído (a), deprimido, triste o sin esperanzas.
3	Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado.	*He tenido dificultad para quedarme dormido, mantenerme dormido(a), o duermo demasiado.
4	Se ha sentido cansado(a) o con poca energía.	*Me he sentido cansado(a) o con poca energía.
5	Sin apetito o ha comido en exceso	*He tenido pocas ganas de comer o he comido en exceso
6	Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia.	*Me he sentido mal conmigo mismo(a) o he pensado que soy un(a) fracasado(a) o que me he fallado a mi mismo(a) o a mi familia.
7	Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer o ver la televisión.	*He tenido dificultad para poner atención o concentrarme en cosas como leer o ver televisión.
8	¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal.	*¿Me he movido o hablado tan lento que otras personas lo pudieron haber notado?, o lo contrario, he estado muy inquieto(a) o agitado(a) moviéndome mucho más de lo normal.
9	Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de hacerse daño de alguna manera.	*He tenido pensamientos de que estaría mejor estar muerto(a) o de hacerme daño de alguna forma.

Nota. VC= Versión de Calderón (2012), A= Adecuación mediante grupo focal.

En la tabla 2, se evidencia el cuadro de valores cuantificados luego del análisis estadístico de V de Aiken (V) Aiken (1980), al atributo de claridad, dando como resultado valores adecuados validos superiores en un nivel conservador de Hernández-Nieto (2002) $V= 0.8$. El valor V más bajo lo tiene el ítem 9 con $V= .080$ sin embargo, de igual manera representa un valor estadístico adecuado.

Tabla 3
Valores V de Aiken en relación al atributo comprensión

N° Ítems		\bar{X}	DE	V
Ítem 1	Entendimiento	4	0.00	1.00
Ítem 2	Entendimiento	3.8	0.45	0.93
Ítem 3	Entendimiento	4	0.00	1.00
Ítem 4	Entendimiento	4	0.00	1.00
Ítem 5	Entendimiento	4	0.00	1.00
Ítem 6	Entendimiento	3.8	0.45	0.93
Ítem 7	Entendimiento	3.8	0.45	0.93
Ítem 8	Entendimiento	3.6	0.55	0.87
Ítem 9	Entendimiento	3.4	0.55	0.80

Nota. \bar{X} =Media, DE= desviación estándar, V= coeficiente de V de Aiken.

Previamente, antes de continuar con el AFC se debe realizar el análisis de los estadísticos de distribución normal y multivariante (Escobedo et al., 2016; Medrano y Muñoz, 2017), en la tabla 3 se evidenció que los valores de asimetría y curtosis de los reactivos del PHQ-9 se enmarcan en un rango adecuado [-1.5; 1.5] (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010; Pérez y Medrano, 2010), a excepción del ítem I_9 cuyos valores de $g^1=2.512$ y $g^2= 5.730$ sobrepasan los valores permitidos, sin embargo, a pesar de este resultado se puede considerar que los ítems tienen una adecuada distribución normal Gravetter y Wallnau (2013), según Pérez y Medrano (2010) cuando la mayoría de ítems cumplen supuestos de normalidad se puede proseguir con el análisis factorial. El análisis de la normalidad multivariante se realizó con la distancia de Mardia multivariante (G^2) Mardia (1970), obteniendo un $G^2= 25.808$, lo que evidencia que los datos no manifiestan una normalidad multivariada ya que el $G^2<5.0$ (Bentler, 2005).

Tabla 4
Análisis de los estadísticos de distribución univariada y multivariada

Variable	M	DE	g1	r.c	g2	r.c
I_1	2.0	0.847	0.760	6.922	-0.060	-0.273
I_2	2.0	0.755	0.884	8.057	0.439	2.001
I_3	2.0	0.975	0.826	7.522	-0.270	-1.23
I_4	2.0	0.797	0.751	6.846	0.476	2.167
I_5	2.0	0.882	0.806	7.344	0.062	0.28
I_6	1.0	0.775	1.103	10.046	0.744	3.388
I_7	2.0	0.799	1.029	9.374	0.539	2.454
I_8	1.0	0.617	1.190	10.845	0.329	1.499
I_9	1.0	0.447	2.512	22.883	5.730	26.1
G ²					32.546	25.808

Nota. M= media, DE= desviación estándar, g¹= asimetría, g²= curtosis, r.c= ratio crítico o puntuación crítica, G²= distancia de Mardia multivariante

Como segundo objetivo se procedió a evaluar la evidencia de validez basada en la estructura interna mediante el AFC. En la Tabla 4, se observan los resultados luego de analizar 3 modelos, en el Modelo (M1) se obtuvieron los siguientes índices de bondad de ajuste: $\chi^2/gf= 0.669$, CFI= 0.966, TLI= 0.955, SRMR= 0.064, RMSEA= 0.091, WRMR= 1.21 (ver Tabla 4 y Figura 1) los cuales evidencian valores apropiados Hu & Bentler, (1999), a excepción del RMSEA= 0.091 que no cumple con un ajuste aceptable, ya que su valor es mayor a 0.08 Browne y Cudeck, (1992). En base a este resultado, presumiblemente exista influencia entre los ítems, por ello, se procedió a reespecificar (M1) obteniendo el Modelo 2 (M2) el cual demostró ser un modelo de dos factores (ver tabla 4 y Figura 2), con $\chi^2/gf= 0.662$, CFI= 0.981, TLI= 0.973, SRMR= 0.048, RMSEA= 0.070, WRMR= 0.965, evidenciando que (M2) presenta índices estadísticos aceptables (Kline, 2005; Hu y Blentler, 1999). Finalmente se analizó un tercer modelo (M3) para verificar si M2 se acopla a un modelo de segundo orden, sin embargo, a pesar de tener valores estadísticos óptimos se rechaza por presentar un caso Heywood (ver figura 3) entre las cargas factoriales de variables latentes depresión y F1.

Tabla 5

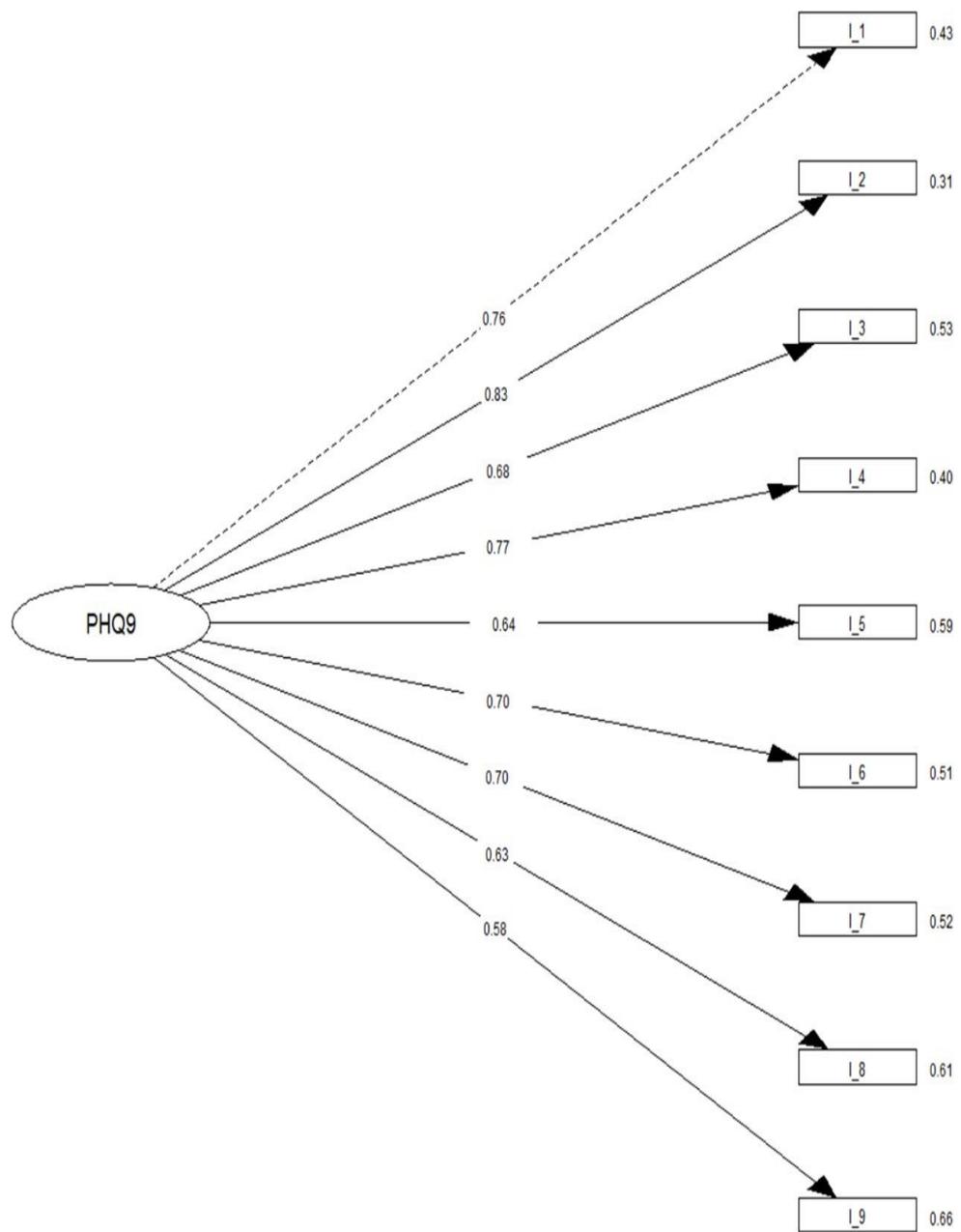
Índices de bondad de ajuste de los modelos propuestos mediante el AFC (N=498)

Modelo	χ^2	gl	χ^2/gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA	RMSEA IC 90%		WRMR
								Inferior	Superior	
M 1 (modelo de un factor)	137.28	27	0.669	0.966	0.955	0.064	0.091	0.076	0.106	1.211
M 2 (modelo de dos factores)	89.345	26	0.662	0.981	0.973	0.048	0.070	0.054	0.086	0.965
M 3 (modelo de segundo orden)	56.858	25	2.274	0.990	0.986	0.048	0.051	0.033	0.068	0.965

Nota. χ^2 =Chi cuadrado, gl=grado de libertad, χ^2/gl = ajuste global, CFI= índice de ajuste comparativo, TLI= índice de Taker Lewis, SRMR= raíz residual estandarizada cuadrática media, RMSEA= error cuadrático estandarizado (Error de aproximación de la media cuadrática), WRMR= raíz cuadrada media ponderada residual.

Figura 1.

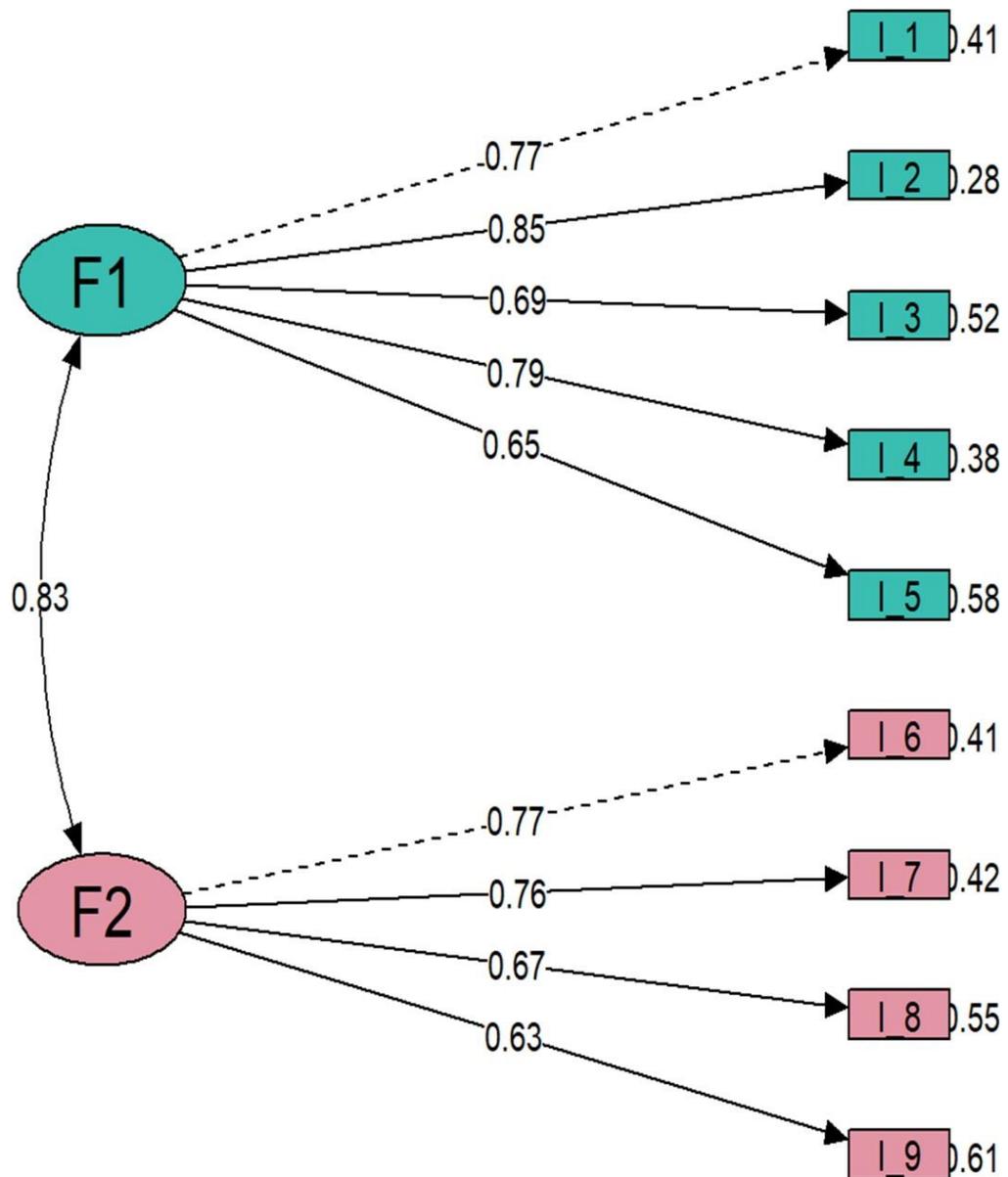
Modelo 1 – Modelo de un factor.



Nota. PHQ9: Cuestionario Sobre la Salud del Paciente 9.

Figura 2.

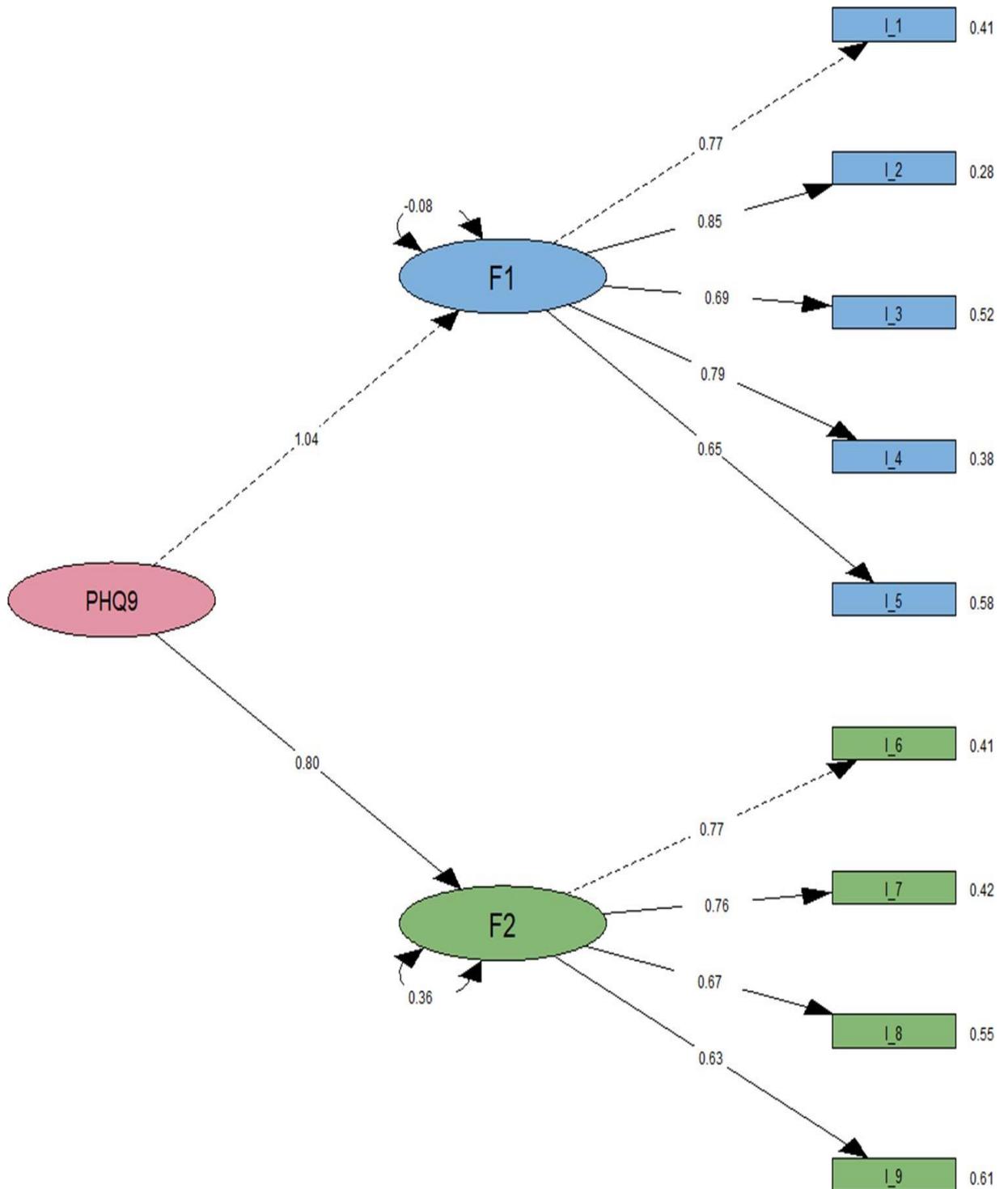
Modelo 2 – Modelo de 2 factores.



Nota: F1: factor uno, F2: factor dos.

Figura 3.

Modelo 3 – Modelo de segundo orden.



Nota. PHQ9: Cuestionario Sobre la Salud del Paciente 9, F1: factor uno, F2: factor dos.

Validez de constructo en relación con otras variables

En la tabla 5, se muestra las correlaciones entre el PHQ-9 con las Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y el Escala Abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés en su versión adaptada de 12 ítems (Paredes y Quiliche, 2019), los resultados demuestran que existe una relación inversa y significativa entre PHQ-9 y SWLS ($r = -.460^{**}$; $p=0.00$; $r^2=0.211$) y una relación directa significativa de las variables PHQ-9 y DASS-21 (validada) con valores ($r=.741^{**}$; $p=.00$; $r^2=0.500$). Estos estadísticos demuestran que cualquier modificación que se genere en los niveles de PHQ-9 solo representara un cambio de 21.1% en SWLS, igualmente para el caso la correlación entre PHQ-9 Y DASS-21 (validada) con cambios correlacionales de un 50% en los niveles de las variables.

Tabla 6

Correlaciones entre escala Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y Escala Abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés(DASS-21)

	SWLS			DASS-21 (validada)		
	r	p	r ²	r	p	r ²
PHQ-9	-.460 ^{**}	0.00	0.211	.741 ^{**}	0.00	0.500

Nota. r: Coeficiente de correlación, p: nivel de significancia, r²: tamaño real del efecto ^{**}. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral), PHQ-9: Cuestionario sobre la Salud del Paciente 9, SWLS: Escala de Satisfacción con la Vida, DASS-21: Escala Abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (validada):

Como cuarto objetivo fue el análisis de la evidencia de confiabilidad de los datos obtenidos basada en la consistencia interna. Se evaluó el *Modelo 2* que es resultante de la reespecificación de M1, ya que es el modelo que más se ajusta al constructo en la muestra de análisis. Para el Factor 1 se evidencia $\alpha=.801$; $\omega=.808$ (véase la Tabla 6), lo que indica que estos valores son buenos (Campo y Oviedo, 2008). Sin embargo, el Factor 2 presenta $\alpha=.682$; $\omega=.692$, siendo estos valores aceptables para Loewenthal (1996).

Tabla 7
Confiabilidad de datos por medio del método de consistencia interna del Modelo 2

Factor	Ítem	M	DE	ritc	α	ω
Facto 1	I1	1.86	0.847	0.572	0.801	0.808
	I2	1.72	0.755	0.625		
	I3	1.98	0.975	0.582		
	I4	2.02	0.797	0.657		
	I5	1.95	0.882	0.513		
Factor 2	I6	1.64	0.775	0.514	0.682	0.692
	I7	1.69	0.799	0.54		
	I8	1.42	0.617	0.459		
	I9	1.18	0.447	0.398		

Nota. M= media, DE= desviación estándar, ritc= Ítem test corregido, α = Alfa de Cronbach, ω = coeficiente de omega.

Como último objetivo se procedió a obtener normas de calificación (baremos) del Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) en adultos peruanos, para lo cual se contrastó la variable sexo, con la finalidad de verificar si existe diferencia entre los datos de varones y mujeres, se empleó el estadístico no paramétrico U de Mann-Whitney, debido a que la data no presentó distribución normal, evidenciando que el nivel de significancia respecto a la diferencia es no significativa ($p > 0.05$, $p = ,296$), en base a estos resultados, se procedió a realizar baremos de forma total, analizando de forma percentilar los puntajes obtenidos y ,así mismo, se obtuvo la calificación en cuatro categorías: ([Min-11]=muy bajo, [12-14]=bajo, [15-18]=alto, [19-max]=muy alto), (ver tabla 8).

Tabla 8
Tabla de estandarizada de baremos y percentiles en adultos peruanos

Pc	PT
8	9
14	10
21	11
31	12
39	13
48	14
57	15
62	16
68	17
75	18
81	19
85	20
88	21
90	22
92	23
95	24
96	25
98	26-27
99	28
M	15.46
DE	4.623
Mínimo	9
Máximo	29

Nota. Pc.: percentil, M: media, DE: desviación estándar, PT: puntaje total

Tabla 9

Tabla de categorías diagnósticas del Cuestionario de Salud Sobre el Paciente 9 (PHQ-9)

VALORES	CATEGORÍAS	INTERPRETACIÓN
[19- Max]	Grave	El número de síntomas es superior a la cantidad necesaria para realizar un diagnóstico, como la intensidad genera elevado malestar que el sujeto no puede sobrellevar causando notable disfunción social, laboral y personal.
[15-18]	Moderado	La cantidad de indicadores o síntomas y su intensidad como el deterioro de funciones se encuentran entre leve y grave
[12-14]	Leve	Existe indicadores de trastornos depresivos que causa malestar que es manejable y el deterioro social o laboral es mínimo
[Min-11]	Ausencia	No existe presencia significativa de indicadores de importancia

V. DISCUSIÓN

Como se mencionó líneas arriba, esta investigación tuvo como objetivo general analizar las propiedades Psicométricas del Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) en adultos peruanos y objetivos de específicos, determinar la evidencia de validez basado en los procesos de respuesta, determinar la evidencia de validez basada en la estructura interna mediante el análisis factorial confirmatorio, evaluar la evidencia de validez en relación con otras variables como la Depresión y Satisfacción con la Vida, analizar la evidencia de confiabilidad basada en la consistencia interna mediante el empleo de los coeficientes de Alfa y Omega, así como, Obtener normas de calificación (baremos) del PHQ-9. Si bien en la literatura extranjera existen muchas investigaciones a nivel mundial, en el Perú, no existen muchos estudios de tipo instrumental de este cuestionario Galarza (2018). Para cumplir con los objetivos señalados, se seleccionó los siguientes estudios relevantes, con los cuales, se realizaron los contrastes respectivos, tenemos en contexto internacional a Hall et al., (2021), Saldivia et al., (2019), Keum y Miller (2018), Marcos et al., (2018) y en el contexto peruano a Huarcaya et a., (2020), Galarza (2018) y Calderón et al., (2012).

Al realizar el análisis de las propiedades psicométricas de la data, los resultados demostraron que el PHQ-9 presenta adecuadas bondades psicométricas. En cuanto al primer objetivo específico en la evidencia de validez basado en los procesos de respuesta, se usó la V de Aiken (V) para cuantificar los datos al evaluar el atributo entendimiento en los participantes del grupo focal, los ítems del 1 al 8 demostraron adecuados valores $V=[0,1]$ Aiken (1980) y un $V=0.80$ para el ítem 9, si bien es cierto este último puntaje es adecuado pero menor a los demás, podría significar que existe cierta dificultad comprensión o que la premisa como está estructurada no se desenvuelve adecuadamente para la población peruana no clínica, tomando en cuenta que la mayoría de estudios se realizaron en muestras de un centro de salud de atención primaria, Kroenke, Spitzer y Williams (2001), Saldivia et al., (2019), Marcos et al., (2018) y Galarza (2018) , en esta investigación, la mayoría de premisas se adaptaron perfectamente a la muestra no clínica. En las investigaciones mencionadas en el párrafo anterior, ninguna realizó el análisis de evidencia de validez basada en los procesos de respuesta, por tanto, esta investigación se erige como primigenia en Perú.

Otro objetivo analizado fue el de determinar la evidencia de validez basada en la estructura interna mediante el análisis factorial confirmatorio del PHQ-9, se demostró que el instrumento contuvo adecuados índices de bondad de ajuste. Se analizaron tres modelos M1, M2 Y M3. M1 resultó ser modelo unidimensional luego de aplicar el cuestionario validado por Calderón et al., (2012) los índices arrojaron valores aceptables para X^2/gl , CFI, TLI y SRMR según Hu & Bentler, (1999) a excepción del RSMA cuyo valor 0.091 fue mayor a lo esperado Browne y Cudeck, (1992), estas estadísticas indican que podría existir influencia entre ítems, es por ello, que se decidió reespecificar el modelo, resultando M2 el cual fue un modelo de dos factores, el *Factor 1* agrupó los ítems 1, 2, 3, 4 y 5 y el *Factor 2* los ítems 6, 7, 8 y 9 siendo los índices de ajuste de este modelo superiores que el M1, esto quiere decir que el modelo de dos factores en la muestra de adultos peruanos es significativamente mejor que el modelo de un factor. Finalmente se analizó un tercer modelo (M3) para verificar si M2 se acopla a un modelo de segundo orden y así mejorar los índices de bondad de ajuste, sin embargo, a pesar de tener valores estadísticos óptimos se rechaza por presentar un caso Heywood entre las cargas factoriales de variables latentes depresión y F1.

Estos resultados son respaldados por Hall et al., (2021) quienes refirieron que la estructura factorial del PHQ-9 trabaja mejor con dos factores (cognitivo/afectivo, somático), el cual presentó un ajuste excelente, sin embargo con Keum y Miller (2018) el modelo de dos factores se comparaba con el modelo de un factor, la única diferencia fue que el modelo 2A presentó un mejores índices de bondad de ajuste, sin embargo todos los modelos de dos factores desarrollaron intercorrelaciones altos, lo que podría afectar el significado de las estadísticas, por lo cual se determinó que el modelo de un factor tuvo mejor ajuste. Seguidamente, Cassiani y Scoppetta (2018) concordaron en los resultados, pues también el ajuste del modelo de dos factores, somático y no somático presentaron buenos valores en sus índices de bondad. Sin embargo, en Marcos et al., (2018) difieren de estas investigaciones al descubrir que si bien el modelo de dos factores (cognitivo-afectivo y somático) presenta adecuados valores estadísticos en sus índices, el modelo de tres factores (cognitivo-afectivo, somático y relacionada al embarazo) presenta mejores índices de bondad de ajuste pues el modelo de dos factores el RMSEA superó ligeramente el máximo permitido considerado aceptable.

En las investigaciones peruanas, solo se consideró a Huarcaya et al., (2020) y Galarza (2018) ya que son los únicos que han realizado un estudio de tipo psicométrico, en el primer estudio el análisis bifactorial concordó con los resultados internacionales, ya que, se indicó que el modelo bifactorial de dos factores presenta una mejor bondad de ajuste en contraste con el modelo de un factor, en Galarza (2018) el análisis psicométrico no varió la estructura dimensional, es decir, para la muestra el modelo arrojó una estructura unidimensional con adecuadas bondades psicométricas después de eliminar los *ítems* 5 y 9. Analizando estos estudios se observa que existe una incógnita en que si el instrumento presenta una estructura de uno o dos factores, la variación se puede deber a que las poblaciones de estudio son diversas, sin embargo la mayoría de investigaciones presentados, apoyan la premisa de que el PHQ-9 es un instrumento multidimensional de dos factores latentes.

El tercer objetivo fue evaluar la evidencia de validez en relación con otras variables, sin embargo, no se encontró antecedentes que hayan realizado este tipo de análisis de evidencia de validez para el PHQ-9, por tanto, es importante mencionar que los resultados demostraron la existencia de una relación inversa con características significativas entre SWLS y PHQ-9 con $r = -.460^{**}$; $r^2 = 0.211$, y una relación directa significativa de las variables PHQ-9 y DASS-21 (validada) con valores $r = .741^{**}$; $r^2 = 0.500$. Estos datos estadísticos demuestran que existe adecuada evidencia de validez, ya que la correlación inversa entre SWLS y PHQ-9 garantiza que exista divergencia entre dos variables que miden características opuestas, como también la correlación entre PHQ-9 y DASS-21 (validada) indica que existe una convergencia entre instrumentos que miden una misma o variables similares, en conclusión cualquier modificación que se genere en los niveles de PHQ-9 solo representará un cambio de 21.1% en SWLS, igualmente para el caso la correlación entre PHQ-9 y DASS-21 (validada) con cambios correlacionales de un 50% en los niveles de las variables

Como cuarto objetivo, en el análisis de la evidencia de confiabilidad basada en la consistencia interna mediante el empleo de los coeficientes de Alfa y Omega, se obtuvo como resultado para Modelo 2 $\alpha = .801$; $\omega = .808$ en *Factor 1* (ítems, 1, 2, 3, 4 y 5) que según Campo y Oviedo (2008) son buenos valores estadísticos, sin embargo, en contraste para el *Factor 2* (ítems 6, 7, 8 y 9) se obtuvo $\alpha = .682$; $\omega = .692$ siendo estos valores aceptables para Loewenthal (1996). Estos datos manifiestan menores valores

de α y ω para los ítems del Factor 2 que está formado por premisas sobre estados afectivos de tinte clínico, por ello tal vez, dichas premisas no se adaptan bien a la muestra analizada.

El último objetivo fue Obtener normas de calificación (baremos) del PHQ-9, los resultados después de aplicar la medida no paramétrica U de Mann-Whitney fueron que no existió diferencia significativa para hombres y mujeres, es decir, el nivel de significancia respecto a la diferencia tiene un $p > 0.05$. por ello se realizó el análisis percentilar general de la muestra, obteniendo la clasificación en cuatro categorías como: ausencia [Min-11], leve [12-14], moderado [15-18] y grave [19-max]. No hubo trabajos previos que hayan realizado baremos en población adulta del Perú.

En este estudio, las limitaciones estuvieron referidas a implicancias metodológicas y sociales. En cuanto a las limitaciones metodológicas, los resultados no se podrían generalizar a todo el contexto del Perú, ya que, según el cuadro estadístico demográfico, la muestra más representativa estuvo formada por pocas provincias del país y no por la mayoría, como también, no se contrastó la muestra obtenida con entrevistas psiquiátricas, para corroborar con mayor precisión el diagnóstico de depresión, además no se realizó un análisis de sensibilidad y especificidad con un Gold Standard, para hallar los puntos de corte de los datos que indiquen una adecuada categorización. Como segunda limitación esta investigación se realizó en el contexto social de pandemia a causa del SARS-CoV-2 que genera la enfermedad Covid-19, lo que obligo a realizar encuestas mediante plataformas virtuales.

VI. CONCLUSIONES

1. El análisis de los datos determinó que el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente 9 (PHQ-9), cuenta con adecuadas bondades propiedades psicométricas en una muestra de adultos peruanos
2. Se determinó que el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente 9 (PHQ-9), presenta una adecuada evidencia de validez basada en los procesos de respuesta en adultos peruanos, el cual se llevó a cabo en base a proceso riguroso con la V de Aiken.
3. Se evidenció que el PHQ-9 presentó adecuados valores de bondad de ajuste en su estructura interna, en el Modelo 2 de dos factores con $\chi^2/gf= 0.662$, CFI= 0.981, TLI= 0.973, SRMR= 0.048, RMSEA= 0.070, WRMR= 0.965.
4. Se demostró que el PHQ-9 mantiene correlación directa positiva con la escala DASS-21 adaptada y una relación inversa con la escala Satisfacción con la Vida.
5. Se evidenció aceptables valores de consistencia interna para Alfa y Omega en el factor uno ($\alpha=0.80$, $\omega=.808$) y factor 2 ($\alpha=.682$; $\omega=.692$) estando el factor dos en valores adecuados no tan fuertes.
6. Se creó los baremos con percentilares de forma general para ambos sexos en adultos peruanos y su categorización diagnóstica en cuatro categorías: ausencia, leve, moderado y grave.

VII. RECOMENDACIONES

1. A futuros investigadores, se recomienda seguir realizando más estudios de tipo instrumental usando el PHQ-9 y con una muestra similar, a fin de que se tenga más evidencia psicométrica en el contexto peruano.
2. Se recomienda a futuras investigaciones quitar o replantear el ítem 9, ya que, su estructura gramatical contiene alta carga emocional propicia para muestras clínicas mas no para muestras no clínicas como la de esta investigación.
3. Para futuros estudios se sugiere, evaluar la estructura a través de modelo factorial Bifactor del PHQ-9, para dilucidar si el comportamiento estructural del cuestionario es unidimensional o multidimensional en la población adulta del Perú.
4. Proponer a futuras investigaciones analizar la evidencia de validez en relación con otras variables con instrumentos que midan exclusivamente la variable depresión y que hayan sido validados mediante estudios rigurosos de adaptación y validación en la realidad peruana.
5. A futuros investigadores se les sugiere realizar un análisis de correlación ítem total corregida para descubrir o reespecificar ítems que no se adecuan de buena forma en una muestra de adultos peruanos.
6. Proponer a futuros investigadores aumentar el tamaño muestral de modo que abarque más regiones del territorio y realizar con esta, un estudio de sensibilidad y especificidad en base a un Gold Standar para maximizar la fiabilidad diagnóstica y la baremación de resultados.
7. A se recomienda realizar estudios de tipo revisión sistemática y meta análisis del PHQ-9 a fin de recopilar diversos resultados de corte instrumental y descubrir, si el cuestionario presenta comportamiento unidimensional o multidimensional.

REFERENCIAS

- Abraham, K. (1911/1960). Notes on the psychoanalytic treatment of manic depressive insanity and allied conditions. En Selected papers on psychoanalysis. Nueva York: Basic Books
- Abraham, K. (1924/1960). A short study of the development of libido. En Selected papers on psychoanalysis. Nueva York: Basic Books.
- Aguirre, A. (2008). Antropología de la depresión. Revista Malestar e Subjetividade – Fortaleza, 8(3), pp. 563-60.
- Aiken, L. (1980). Content validity and reliability of single items or questionnaires. Educational and Psychological Measurement 40, 955–959.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, Y National Council on Measurement in Education. (2018). Estándares para pruebas educativas y psicológicas (M. Lieve, Trans.). Washington, DC: American Educational Research Association.
- American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council for Measurement in Education [AERA, APA & NCME] (2014). The Standards for Educational and Psychological Testing. Washington, D.C.: AERA
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington D.C.: British Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Atienza, F.; Pons, D.; Balaguer, I. y García, M. (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/296.pdf>
- Arias, F. (2012). *El Proyecto de Investigación Introducción a la Metodología Científica* (6ta Ed.). Editorial Episteme, Recuperado de: <https://evidencia.com/wp-content/uploads/2014/12/EL-PROYECTO-DE-INVESTIGACIÓN-6ta-Ed.-FIDIAS-G.-ARIAS.pdf>

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. In *Asociación Americana de Psiquiatría*. <http://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdforg>
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5R)*, 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Ato, M., López, J y Benavente, A. Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología *Anales de Psicología*, vol. 29, núm. 3, octubre, 2013, pp. 1038-1059 Universidad de Murcia, España
- Beauducel, A., & Herberg, P. Y. (2006). On the performance of maximum likelihood versus means and variance adjusted weighted least squares estimation in CFA. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 13 (29), 186-203.
- Beauducel, A y Yorck Herzberg, P. (2006). On the performance of maximum likelihood versus means and variance adjusted weighted least squares estimation in CFA. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 13(2), 186–203. <https://doi.org/10.1207/s15328007sem1302>
- Beck, A y Alford, B. (2009). *Depression Causes and Treatment*. 2ed.
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. En P. Clayton (Ed.), *Treatment of depression: Old controversies und new approaches* (pp. 265-290). Nueva York: Raven Press.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37
- Beck, A. T., y Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-36.

- Beck, A., Steer, R y Brown, G. (1996). Manual para el Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Corporación Psicológica.
- Belloch, A., Sandín, B y Ramos, F. (2006). Manual de Psicopatología. España: Mc Graw
- Bemporad, J. R. (1985). Long-term analytic treatment of depression. En E. E. Beckman y W. R. Leber (Eds.), Handbook of depression: Treatment, assessment, and research (pp. 82-99). Chicago: The Dorsey Press
- Bentler, P (2005). EQS 6 Manual del programa de ecuaciones estructurales. Software multivariante, Encino.
- Bentler, P. y Bonett, D. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588–606. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.88.3.588>
- Bentler, P. y Weeks, D. (1980). Linear structural equations with latent variables. *Psychometrika*, 45(3), 289–308. <https://doi.org/10.1007/BF02293905>
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. y Medina, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex*; 55:74-80, recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a11.pdf>
- Berrios, G. (1996). Historia de los Síntomas de los Trastornos Mentales. Sociedad Internacional de Historia de la Psiquiatría y del Psicoanálisis. Disponible en: <https://www.mundocondignidad.org/libros/historia-de-los-sintomas-de-los-trastornos-mentales.pdf>
- Blackmore, R. (1725). A Treatise of the Spleen and Vapours: Or, Hypochondriacal and Hysterical Affections. With Three Discourses on the Nature and Cure of the Cholick, Melancholy: Londres, 1725.
- Blanchet, L., Laurendeau, D., Saucier, Paul. (1993). La Prévention et la promotion de la santé mentale : préparer l'avenir, pp. 5-9. Québec : Gaeltan Morin Editeurs, 1993

- Browne, M. y Cudeck, R. (1992). Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociological Methods & Research*, 21(2), 230–258. <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
- Buela, G y Sierra, J. (2004). Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos. (2a Ed.). España: Biblioteca Nueva
- Calderón M., Gálvez, J., Cueva, G., Ordoñez, C., Bromley, C., y Fiestas, F. (2012). Validación de la Versión Peruana del PHQ-9 para el Diagnóstico de Depresión. *Rev Peru Med Exp Salud* 29(4), 578-9. Doi: 10.1590/S1726-46342012000400027
- Campo, A. y Oviedo, H. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: La consistencia interna. *Revista de Salud Publica*, 10(5), 831–839. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642008000500015>
- Carballo, M y Guelmes, L. (2016). “Algunas Consideraciones Acerca de Las Variables En Las Investigaciones Que Se Desarrollan En Educación.” *Revista Universidad y Sociedad* 8(1):140–50. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v8n1/rus20116.pdf>
- Casal, M. (1818). Aforismos de Hipócrates Traducidos, Ilustrados y puestos en verso Castellano. Imprenta de Repullés.
- Cassiani, C., y Scoppetta, O. (2018). Factorial structure of the Patient Health Questionnaire-9 as a depression screening instrument for university students in Cartagena, Colombia. *Psychiatry Research*, 425–429.
- Cassiani, C., Vargas, M., Pérez, E., Herazo, M.I., Hernández, M., (2017). Confiabilidad y dimensión del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena, 2014. *Biomédica* 37, 112–120. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i0.3221>

- Charter, R. A. (2003). A breakdown of reliability coefficients by test type and reliability method, and the clinical implications of low reliability. *Journal of General Psychology*, 130(3), 290-304.
- Cicchetti, D. V. (1994) Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessments*, 6, 284-290.
- Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. (1995). Ed. 10. Vol(1). Revisión: Washington, D.C. : OPS.
- Comrey, A; Lee, H. (1992). A First Course in Factor Analysis. En *A First Course in Factor Analysis* (2a ed.), p.217. <https://doi.org/10.4324/9781315827506>
- Congreso de La Republica del Perú. (2018). La Salud Mental en el Perú, Marco Normativo Nacional y Legislación Comparada. Informe Tematico N° 14/2017-2018. Recuperado de: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/FE22EFB78C85300B052581D400544D9F/\\$FILE/Salud_mental_Per%C3%BA_legislaci%C3%B3n_Am%C3%A9rica_del_Sur.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/FE22EFB78C85300B052581D400544D9F/$FILE/Salud_mental_Per%C3%BA_legislaci%C3%B3n_Am%C3%A9rica_del_Sur.pdf)
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. Recovered from http://labs.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener-Emmons-Larsen-Griffin_1985.pdf
- El proyecto jamovi (2020). jamovi (Versión 1.2) [Software de computadora]. Recuperado de <https://www.jamovi.org>
- Equipo JASP (2020). JASP (Versión 0.13.1) [Software de computadora]. Recuperado de: <https://jasp-stats.org/>
- Escobedo, M., Hernández, A., Estebané, V., y Martínez, G. (2016). Modelos de Ecuaciones Estructurales: Características, Fases, Construcción, Aplicación y Resultados structural equation modeling: features, phases, construction, implementation and results. *Revista Ciencia y Trabajo*, 18(55), 16–22.

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492016000100004

- Ferrando, P. J., & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. *Collected Papers*. 4, 152-170.
- Freud, S. (1917/1972). Duelo y melancolía. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Galarza, J. (2018). Propiedades Psicométricas del Patient Health Questionnaire PHQ-9 Versión Traducida en Pacientes Afectados con Tuberculosis– Lima 2016-2017 [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional *Universidad César Vallejo*: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/33116>
- García, A. (2009). La depresión en la adolescencia. *Revista de estudios de juventud INJUVE* N.º 84
- García, J; Reding, A y López, J. (2013). Cálculo del Tamaño de la Muestra en Investigación en Educación Médica. *Elsevier*, 2(8), 217–224. <https://doi.org/10.1109/MACS48846.2019.9024807>
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan, P., y Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. 297(2), 897- 899. Recuperado de: <https://www.bmj.com/content/bmj/297/6653/897.full.pdf>
- Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. (2013). Introduction to statistics. In J. Hague, T. Matray, T. Williams, & L. Sarkisian (Eds.). *Statistics for the behavioral sciences* (pp. 3-36). Wadsworth: Cengage Learning.
- Hall, B., Patel, A., Lao, L., Liem, A., Mayawati, E., y Tjipto, S. (2021). Structural validation of The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among Filipina and

Indonesian female migrant domestic workers in Macao STRUCTURAL VALIDATION OF PHQ-9. *Psychiatry Research*, 1-7.

Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology Neurosurg Psychiatry*, 23(1), 56-62. Doi: 10.1136/jnnp.23.1.56.

Hernández, R; Fernández, C y Baptista, L. (2014). *Metodología de la Investigación Científica* (6a ed.). Mc Graw Hill.

Hernández. R y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la Investigación las rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta*. Mc Graw Hill, 1.

Hernández-Nieto, R. (2002), *Contributions to Statistical Analysis*. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes.

Hooper, D., Coughlan, J., y Mullen, M. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53–60. <https://doi.org/10.21427/D79B73>

Hu, L. T., y Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>

Huarcaya, J., De Lama, R., Quiros, M., Bazán, J., López, K., y Lora, D. (2020). Propiedades psicométricas del Patient Health (PHQ-9) en estudiantes de medicina en Lima, Perú. *Revista de Neuropsiquiatría*, 72-78.

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo-Noguchi. (2012). *Anales de Salud Mental*. Vol 29 (1). Recuperado de: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>

Instituto Nacional de Salud. (2016). Comorbilidad de la Depresión y Enfermedades crónicas en la Población Peruana. Unidad de análisis y generación de evidencias en salud pública, serie análisis de datos N° 01-2016. Recuperado de: <https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20ad ministrator%2C%20editor/publicaciones/2018-07->

[11/013 SERIE ANALISIS DE DATOS N 01-2016 Comorbilidad de la Depresion y Enfermedades Cronicas en la Poblacion Peruana.pdf](#)

International Test Commission (2010). Guidelines for Translating and Adapting Tests. Retrieved from <http://www.intestcom.org>.

Jöreskog, K y Sörbom, D. (1986). LISREL VI: Analysis of Linear Structural Relationships by Maximun Likelihood, Instrumental variables and Least Square Methods. (4 ed.) Mooresville, IN: Scientific Software, Inc.

Kerlinger, F y Lee, H. (2004). *Investigación del Comportamiento* (4a ed.). Mc Graw Hill.

Keum, B., & Miller, M. (2018). Testing the Factor Structure and Measurement Invariance of the PHQ-9. *Psychological Assessment*, 1-11.

Kline, R. (2005). Principles and Practice of Structural Equation Modeling. New York: Guilford.

Kroenke, K., Spitzer, R., y Williams, J. (2001). The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 16, pp. 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Kroenke, K y Spitzer R. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, (32) pp. 509-521

Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. En R. J. Friedman y M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-185). Nueva York: Wiley.

Lewinsohn, P. M. (1976). Activity schedules in the treatment of depression. En C. E. Thoresen y J. D. Krumboltz (Eds.), *Counseling methods* (pp. 74-83). Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.

- Lewinsohn, P., Hoberman, H., Teri, L y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 331-359). Orlando, FL: Academic Press.
- López, P y Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa*. Creative Commons. https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163567/metinvsocua_a2016_cap2-3.pdf
- Loewenthal, K. M. (1996). An introduction to psychological tests and scales. London: UCL Press.
- Lovibond, P y Lovibond, S. (1995). Manual for the depression anxiety stress scale (2da edition). Sidney, N. S. W: Psychology foundation of Australia
- Löwe, B., Schenkel, I., Carney, C y Göbel, C. (2006). Responsiveness of the PHQ-9 to psychopharmacological depression treatment. *Sychosomatics*, 47 (1), 62-7. Doi : 10.1176/appi.psy.47.1.62
- Marcos, R., Le, H., Rodríguez, M., Olivares, M. y Izquierdo, N. (2018). The structure of the Patient Health Questionnaire-9 in pregnant women in Spain. *Midwifery*, 62(1), 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.011>
- Mardia. K. (1970). Medidas de asimetría multivariada y curtosis con aplicaciones. *Biometrika*. 57(1), 519–530.
- Medrano, L. A. & Muñoz-Navarro, R. (2017). Aproximación Conceptual y Práctica a los Modelos de Ecuaciones Estructurales. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 11(1), 219-239. doi: <http://dx.doi.org/10.19083/ridu.11.486>
- Mendelson, M. (1974). *Psychoanalytic concepts of depression* (2.^a ed.). Nueva York: Spectrum
- Meza, F. (2019). Prevalencia de depresión en estudiantes de 13 y 15 años de la I.E. Alipio Ponce Vásquez, 2018. (Tesis de licenciatura). Universidad continental. Perú

- Monje Álvarez. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. *Universidad Sur colombiana*.
<https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Muñoz, C. (2011). Como elaborar y asesorar una investigación de tesis. México D.F. : PEARSON EDUCACIÓN, recuperado de:
<http://www.indesgua.org.gt/wp-content/uploads/2016/08/Carlos-Mu%C3%B1oz-Razo-Como-elaborar-y-asesorar-una-investigacion-de-tesis-2Edicion.pdf>
- Muñiz, J., Elosua, P., y Hambleton, R. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151–157.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- Murray, C., Lopez, A. (1997). Alternative Projections of Mortality and Disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. Vol (349), 1498–1504, Recuperado de: [https://sci-hub.tw/10.1016/S0140-6736\(96\)07492-2](https://sci-hub.tw/10.1016/S0140-6736(96)07492-2)
- Organización Mundial de la Salud (1948). World Health Organization Constitution. En Basic Documents. Ginebra. Suiza: Author
- Organización Mundial de la Salud. (2014). prevención del Suicidio un imperativo Global. Recuperado de:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=845C6549EAF5653959D3CC0635DD8ACB?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud Mental: Fortalecer Nuestra Respuesta. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2020), 30 de enero, recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, DC.

- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227–232.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Paredes, N y Quiliche, A.(2019). Adaptación y Propiedades de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21) en usuarios que acuden a centros de salud mental de Lima, 2018.
- Pérez, E y Medrano, L. (2010). Análisis factorial exploratorio: Bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias Del Comportamiento*, 2(1889), 58–66.
http://www.academia.edu/12607324/Revista_Argentina_de_Ciencias_del_Comportamiento_RACC_Analisis_Factorial_Exploratorio_Bases_Conceptuales_y_Metodologicas_Articulo_de_Revision
- Pfizer Inc. (2020, 1 enero). Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners. phqscreeners. <https://www.phqscreeners.com/>
- Real Academia Española. (2019). Salud. En Diccionario de la Lengua Española (Edición del Tricentenario). Recuperado el 26 de mayo de 2020, de <https://dle.rae.es/salud>
- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., versión 23.3 en línea. Recuperado de: <https://dle.rae.es>, junio 2020.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Rosseel, Y. (2012a). lavaan: an R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software* (in press)
- Rosseel, Y. (2012b). Package 'lavaan'. Disponible en: <http://cran.rproject.org/web/packages/lavaan/lavaan.pdf>
- Saldivia, S., Aslan, J., Cova, F., Vicente, B., Inostroza, C y Rinc, P. (2019). Propiedades Psicométricas del PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*) en Centros de Atención Primaria de Chile. *Revista Médica de Chile* 147, 53-60

Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v147n1/0717-6163-rmc-147-01-0053.pdf>

- Salud, O. M. D. La. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. *Organización mundial de la salud*, 54. https://doi.org/978_92_4_350602_9
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman. (Version española: Debate, Madrid, 1981.)
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Nueva York: MacMillan. (Versión española: Fontanella, Barcelona, 1970.)
- Staples, L., Dear, B., Gandy, M., Fogliati, V., Fogliati, R., Karin, E., Niessen, O., y Titov, N. (2019). Psychometric Properties and Clinical Utility of Brief Measures of Depression, Anxiety, and General Distress: The PHQ-2, GAD-2, and K-6. *General Hospital Psychiatry*, 56, 13–18. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.11.003>
- Tabachnick, B. y Fidell, L. (2001). *Using Multivariate Statistics*. 4th Edition, Allyn and Bacon, Boston.
- Uriel, E y Aldás, J. (2005). *Análisis Multivariante Aplicado*; THOMSON-Paraninfo
- Vallejos, J y Ortega, R. (2018). Levels of depression and sociodemographic factors in patients with chronic renal failure on hemodialysis treatment in Peru. *Ciencias Psicológicas*, 12(2), 205-214. doi: <https://doi.org/10.22235/cp.v12i2.1683>.
- Vargas, G., Gallegos, C., Salgado, C., Salazar, M., Huaman., K. Bonilla, C., Reyes, N y Caballero, P. (2019). Guía de práctica clínica basada en evidencias para el tratamiento de depresión en adultos en un hospital especializado en salud mental. 80(1),123-30 Lima, Perú. An Fac med. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v80n1/a22v80n1.pdf>
- Vega, J., Coronado, O y Mazzoti, G. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina genera. *Revista Neuropsiquiátrica*, 77 (2), 95-103. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ao2.pdf>

Zhong, Q., Gelaye, B., Fann, J., Sanchez, S. E., y Williams, M. (2014). Cross-cultural validity of the Spanish version of PHQ-9 among pregnant Peruvian women: A Rasch item response theory analysis. *Journal of Affective Disorders*, 158, 148–153. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.012>

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de operacionalización de variable.

Tabla 1

Matriz de Operacionalización de variable de estudio

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Ítems	Escala de Medición
Depresión	El trastorno depresivo un estado de ánimo alterado y deprimido donde existe una pérdida de interés, de placer en la mayoría de las actividades. Aparecen síntomas como alteración del apetito y del sueño, existe enlentecimiento o letargo, aparecen sentimientos de culpa, una marcada dificultad para poder concentrarse e ideación suicida. (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-IV], 1995). La construcción del instrumento PHQ-9 fue realizado por Kroenke, Spitzer y Williams (2001) basándose en los criterios diagnósticos del DSM-IV.	El trastorno depresivo es una variable cuantitativa y se mide a través del Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) de 9 ítems que diagnostican la severidad de la depresión (versión validada por Calderón, 2012)	Depresión	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	Escala Likert con cuatro opciones de respuesta. Para nada= 0 Varios días= 1 Mas de la mitad de los días= 2 Casi todos los días= 3

Nota. Fuente adaptada de Calderón (2012).

Anexo 2: Cuestionario adaptado a través de la Evidencia de Validez Basado en los Procesos de Respuesta.

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE - 9 (P H Q - 9)				
Te voy a leer unas frases que describen como podrías haberte sentido. Por favor dime con qué frecuencia te has sentido de esta manera durante las últimas 2 semanas. (Marque con un "X" para indicar su respuesta).	Para Nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. He sentido poco interés o placer para hacer las cosas.	1	2	3	4
2. Me he sentido decaído (a), deprimido, triste o sin esperanzas.	1	2	3	4
3. He tenido dificultad para quedarme dormido, mantenerme dormido(a), o duermo demasiado.	1	2	3	4
4. Me he sentido cansado(a) o con poca energía.	1	2	3	4
5. He tenido pocas ganas de comer o he comido en exceso	1	2	3	4
6. Me he sentido mal conmigo mismo(a) o he pensado que soy un(a) fracasado(a) o que me he fallado a mi mismo(a) o a mi familia.	1	2	3	4
7. He tenido dificultad para poner atención o concentrarme en cosas como leer o ver televisión.	1	2	3	4
8. ¿Me he movido o hablado tan lento que otras personas lo pudieron haber notado?, o lo contrario, he estado muy inquieto(a) o agitado(a) moviéndome mucho más de lo normal.	1	2	3	4
9. He tenido pensamientos de que estaría mejor estar muerto(a) o de hacerme daño de alguna forma.	1	2	3	4

ANEXO 3: Escala DASS-21 versión adaptada por Paredes y Quiliche (2019).

DASS 21

Institución:

Fecha:

Edad:

Género: (F) (M)

Diagnóstico:

Por favor lea las siguientes afirmaciones y marque con una X en las siguientes alternativas (0, 1, 2, 3) según como se haya sentido en la última semana, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, por lo que se le solicita que sea lo más sincero posible.

- 0 Nunca
- 1 A veces
- 2 Casi siempre
- 3 Siempre

		0	1	2	3
1	Me costó mucho relajarme.				
2	No podía sentir ningún sentimiento positivo				
3	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener				
4	Se me hizo difícil relajarme				
5	Me sentí triste y deprimido				
6	Sentí que estaba al punto de pánico				
7	No me pude entusiasmar por nada				
8	Sentí que valía muy poco como persona				
9	Sentí que estaba muy irritable				
10	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho				
11	Tuve miedo sin razón				
12	Sentí que la vida no tenía ningún sentido				

ANEXO 4: Escala de Satisfacción con la Vida versión Atienza et al. (2000).

Edad: _____ Sexo: _____ Grado de Instrucción: _____
 ¿Con quienes vives? _____ Número de hermanos: _____
 Lugar que ocupa entre hermanos: _____ Lugar de procedencia: _____

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (solo uno por afirmación). Por favor, sé sincero con tu respuesta.

		Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	Neutro	De Acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea.	1	2	3	4	5
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas.	1	2	3	4	5
3	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
4	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importante	1	2	3	4	5
5	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada.	1	2	3	4	5

ANEXO 5: Captura de pantalla de la página Web Oficial de donde se descargó el PHQ-9 de libre acceso en su Versión español para Perú.

Welcome to the Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners

Resumen de la pantalla

Reconocer signos de trastornos de salud mental no siempre es fácil. El cuestionario de salud del paciente (PHQ) es una herramienta de diagnóstico para trastornos de salud mental utilizada por profesionales de la salud que es rápida y fácil de completar para los pacientes. A mediados de la década de 1990, Robert L. Spitzer, MD, Janet BW Williams, DSW, y Kurt Kroenke, MD, y sus colegas de la Universidad de Columbia desarrollaron el **Prim**aria Cuidado **E** valoración de **M**ental **D**isorders (PRIME-MD), una herramienta de diagnóstico que contiene módulos sobre 12 trastornos de salud mental diferentes. Trabajaron en colaboración con investigadores del Instituto Regenstrief de la Universidad de Indiana y con el apoyo de una beca educativa de Pfizer Inc. **Durante el desarrollo de PRIME-MD, los Dres. Spitzer, Williams y Kroenke, crearon los filtros PHQ y GAD-7.**

El PHQ, una versión autoadministrada del PRIME-MD, contiene los módulos de estado de ánimo (PHQ-9), ansiedad, alcohol, alimentación y somatoformas, tal como se describe en el PRIME-MD original. El GAD-7 se desarrolló posteriormente como una breve escala para la ansiedad. El PHQ-9, una herramienta específica para la depresión, simplemente califica cada uno de los 9 criterios DSM-IV basados en el módulo de estado de ánimo del PRIME-MD original. El GAD-7 puntúa 7 síntomas comunes de ansiedad. En el Manual de instrucciones se discuten varias versiones de las escalas de PHQ.

Todos los filtros y traducciones de PHQ, GAD-7 se pueden descargar desde este sitio web y no se requiere permiso para reproducirlos, traducirlos, mostrarlos o distribuirlos.

Seleccione un cribador

Cribadores PHQ y GAD-7

PHQ-9

Spanish for Peru

Then...

Go to the Selected Screener

[Haga clic aquí para acceder al Manual de instrucciones.](#)

[Bibliografía por autor](#)

[Política de privacidad](#) [Términos de uso Acuerdo](#)

ANEXO 6: Cuestionario sobre la Salud del Paciente PHQ-9 usado por Calderón et al., (2012) creado por Kroenke, Spitzer y Williams (2001).

**CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL
PACIENTE-9
(PHQ-9)**

Durante las últimas 2 semanas , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un " " para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +

=Total Score:

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

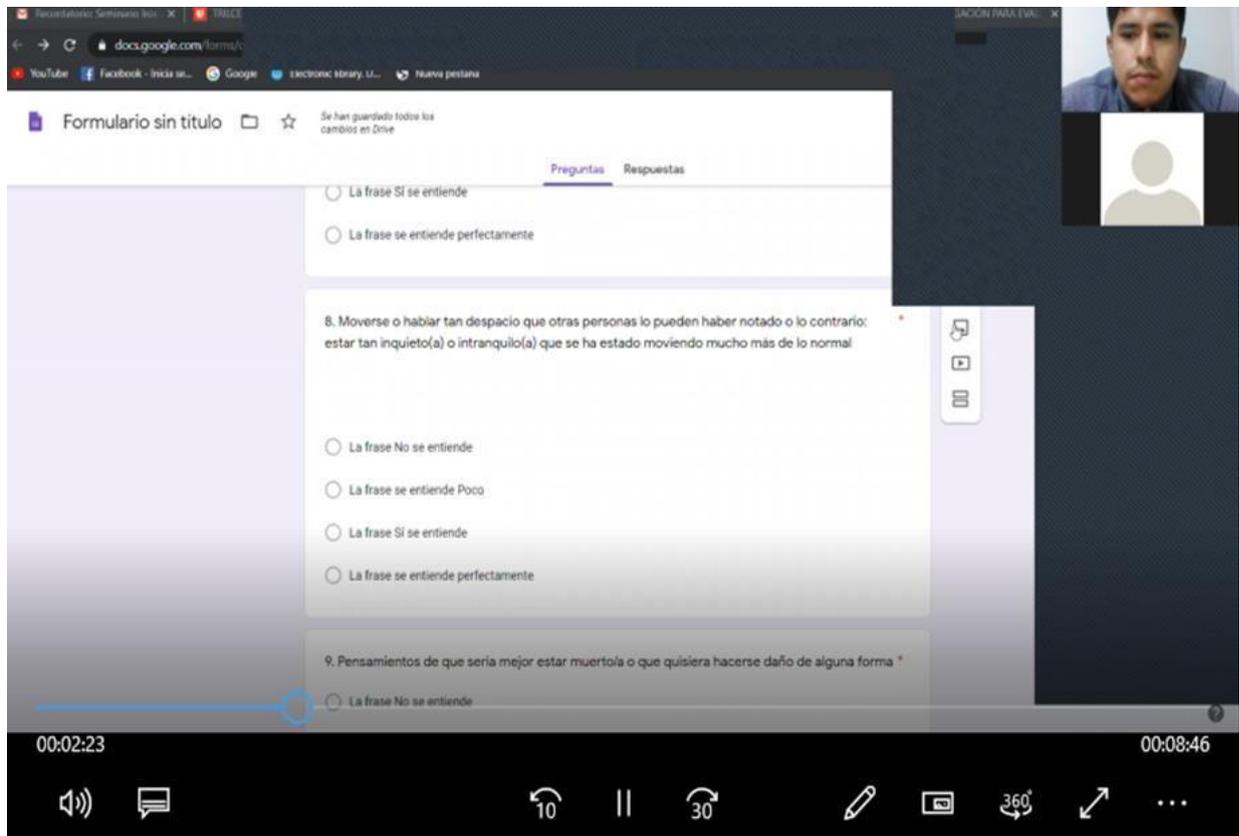
Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

ANEXO 7: Captura de pantalla del Grupo Focal para la Validez Basado en los Procesos de Respuesta.





Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, NINA TUEROS RONALD REMIGIO estudiante de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de PSICOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA ESTE, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9) EN ADULTOS PERUANOS: EVIDENCIAS PSICOMÉTRICAS", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

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

Nombres y Apellidos	Firma
NINA TUEROS RONALD REMIGIO DNI: 45113450 ORCID 0000-0001-6295-9936	Firmado digitalmente por: RNINAT el 23-02-2021 13:08:35

Código documento Trilce: INV - 0140853