



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

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

Adaptación de la escala de depresión de muerte (DDS) en policías peruanos expuestos al virus Sar-Cov2, Lima Metropolitana.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciada en Psicología

**AUTORA:**

Ortiz Jara Mirely Estrella (ORCID: 0000-0003-4194-0392)

**ASESOR:**

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

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Psicométrica

**LIMA – PERÚ**

2020

## **Dedicatoria**

A mi madre, por el apoyo incondicional brindado a lo largo de toda mi vida, por ser un gran ejemplo de mujer y por hacer de mí una persona con valores. A mis hijos, que son mi mayor bendición, por ser mi alegría, motor y motivo.

## **Agradecimiento**

A Dios por darme vida y salud. A mi familia por ser parte fundamental de mi crecimiento personal y profesional, por creer en mí y acompañarme en cada paso que he dado. A mi esposo, por su amor y apoyo incondicional, por su confianza y paciencia a lo largo de mi carrera.

## Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento .....	iii
Índice de contenidos .....	iv
Índice de tablas .....	v
Índice de gráficos y figuras.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	5
III. MÉTODOLÓGÍA.....	12
3.1. Tipo y Diseño de Investigación .....	12
3.2. Variables y Operacionalización .....	12
3.3. Población, muestra, muestreo y unidad de análisis.....	13
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	14
3.5. Procedimientos .....	15
3.6. Método de análisis de datos.....	16
3.7. Aspectos éticos .....	18
IV. RESULTADOS.....	19
V. DISCUSIÓN .....	28
VI. CONCLUSIONES .....	31
VII. RECOMENDACIONES.....	32
REFERENCIAS.....	33
ANEXOS .....	40

## Índice de tablas

Tabla 1. Criterios diagnósticos de los dos principales manuales .....	9
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión para los participantes de la muestra..	13
Tabla 3. Ficha técnica de la escala .....	14
Tabla 4. Variables sociodemográficas (N = 251).....	19
Tabla 5. Traducción directa de la escala de depresión de muerte (N = 251) .....	20
Tabla 6. Datos de los jueces expertos (N = 5) .....	21
Tabla 7. Evidencias contenido por jueces expertos (n = 5).....	22
Tabla 8. Análisis preliminares de los ítems (N = 251) .....	23
Tabla 9. Índices de bondad por AFC (N = 251).....	25
Tabla 10. Cargas factoriales y covarianzas del modelo 4 (N = 251) .....	26
Tabla 11. Fiabilidad por consistencia interna del modelo 4 (N = 251).....	27
Tabla 12. Baremos de la escala de depresión de muerte según el sexo .....	27
Tabla 13. Variables sociodemográficas de la investigación (n = 30).....	45
Tabla 14. Modelos del piloto por Análisis Factorial Confirmatorio (n = 30).....	46
Tabla 15. Cargas factoriales y correlación factoriales del DDS Modelo 1 (piloto) .....	46

## Índice de gráficos y figuras

Figura 1. Modelo propuesto por AFC .....	25
Figura 2. Operacionalización de la variable .....	40
Figura 3. Protocolo de la Escala de Depresion de Muerte .....	41
Figura 4. Traducción directa de la Escala de Depresion de Muerte .....	42
Figura 5. Protocolo traducido de la Escala de Depresion de Muerte.....	43
Figura 6. Protocolo traducido de la Escala (continuación) .....	44
Figura 7. Dos modelos propuestos mediante AFC.....	45
Figura 8. Permiso del Autor.....	47

## Resumen

El presente estudio de investigación tuvo por objetivo general la Adaptación de la Escala de Depresión de Muerte (DDS) en Policías Peruanos Expuestos al Virus Sar-Cov2, Lima Metropolitana. La investigación fue de diseño instrumental. La muestra estuvo conformada por 400 policías que están expuestos al virus SaR-CoV2. El instrumento adaptado fue la Escala de Depresión de Muerte. Los resultados, evidenciaron valores óptimos en las evidencias de validez de contenido mediante jueces expertos ( $V$ -Aiken  $>.80$ ). Por otro lado, en el análisis de varios modelos se llegó a la obtención de un modelo multidimensional respecificado de 14 ítems en 4 dimensiones, el cual obtuvo valores adecuados en los índices de bondad de ajuste mediante el AFC ( $CFI = .933$ ;  $TLI = .914$ ;  $RMSEA = .072$ ;  $SRMR = .083$ ), por último, se evidenció valores adecuados y óptimos de fiabilidad por consistencia interna ( $\alpha$ ,  $\omega > .70$ ;  $.90$ ). En conclusión, este es el primer estudio que explora las propiedades psicométricas y adapta el instrumento que mide depresión de muerte, en una estructura de cuatro factores en una muestra de policías peruanos expuestos al virus Sar-CoV2. El DDS posee potencial para ser utilizado como una herramienta multidimensional en la evaluación de la depresión de muerte en policías peruanos expuestos al virus Sar-CoV2.

**Palabras clave:** Depresión de Muerte, SaR-Cov2, Análisis Factorial Confirmatorio, COVID19, Policía y Adaptación.

## Abstract

The present research study had as its general objective the Adaptation of the Death Depression Scale (DDS) in Peruvian Policemen Exposed to the Sar-Cov2 Virus, Metropolitan Lima. The research was instrumental in design. The sample consisted of 400 police officers who are exposed to the SaR-CoV2 virus. The adapted instrument was the Death Depression Scale. The results showed optimal values in the evidence of content validity through expert judges ( $V\text{-Aiken} > .80$ ). On the other hand, in the analysis of several models, a respected multidimensional model of 14 items in 4 dimensions was obtained, which obtained adequate values in the goodness-of-fit indexes by means of the AFC ( $CFI = .933$ ;  $TLI = .914$ ;  $RMSEA = .072$ ;  $SRMR = .083$ ), lastly, adequate and optimal reliability values for internal consistency ( $\alpha, \omega > .70$ ;  $.90$ ) were evidenced. In conclusion, this is the first study that explores psychometric properties and adapts the instrument that measures death depression, in a four-factor structure in a sample of Peruvian police officers exposed to the Sar-CoV2 virus. The DDS has potential to be used as a multidimensional tool in the evaluation of the depression of death in Peruvian policemen exposed to the Sar-CoV2 virus.

**Keywords:** Depression of Death, SaR-Cov2, Confirmatory Factor Analysis, COVID19, Police and Adaptation.



## I. INTRODUCCIÓN

La muerte es universal e inevitable (Kubler-Ross, 2009). Todas las personas en algún momento han experimentado la muerte de un familiar o han estado cerca de ella, hablar de la muerte es una experiencia hostil y aversiva para la mayoría de personas; independientemente de la cultura, edad o religión (Gire, 2014). Se ha evidenciado que los pensamientos sobre la muerte conllevan a la desesperanza, tristeza y al sufrimiento; de esa forma desencadenando síntomas depresivos, por ello, existe una extensa literatura de que la depresión está asociada hacia la muerte (Stroebe, Stroebe, van de Schoot, Schut, Abakoumkin & Li, 2014).

El concepto de depresión de muerte, describe la tristeza que una persona puede presentar en relación con sus pensamientos relacionados con la muerte de ellos mismo, la muerte de otros o la muerte en general (Templer, Lavoie, Chalgujian & Thomas-Dobson, 1990). Por lo tanto, la depresión causante de pensamientos sobre la muerte, tiene conclusiones estadísticas en diferentes partes del mundo (Lim, Tam, Lu, Ho, Zhang & Ho, 2018).

A nivel internacional, existen alrededor de 300 millones de personas en el mundo que padecen de depresión (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). En Estados Unidos son cerca de 17.3 millones (National Institute of Mental Health, 2017), en China se estima que 54 millones de personas (OMS, 2020) y en la Unión Europea cerca de 40 millones de persona (OMS, 2020). Cabe destacar, que las estadísticas de la depresión asociada a policías tienen una prevalencia del 22,8% en policías estadounidenses (Wickramasinghe et al., 2016).

Por otro lado, a nivel nacional, se estima que la prevalencia de la depresión asciende a por lo menos un 10-25% total de la población en general, es decir, cerca de 8 millones de personas padecen de depresión en el Perú (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Nouguchi, 2020). Hasta el día de hoy en el Perú, no existen datos estadísticos de depresión asociado a policías, sin embargo, si existen varios casos de suicidios realizados por policías; y como se sabe, el suicidio está relacionado significativamente a la depresión (Brådvik, 2018).

Por esta razón, la labor policial es considerada de alto riesgo, dado que se está expuesto a constantes eventos críticos y traumáticos que afectan

significativamente la salud mental (Wickramasinghe, Wijesinghe, Dharmaratne & Agampodi, 2016). Los resultados indican que la exposición a eventos traumáticos, como es el caso de terrorismo, guerra civil, desastres naturales aumentan el padecimiento de depresión en policías (Foley & Massey, 2018), debido a ello, cabe la probabilidad de que la pandemia producida por el virus Sar-Cov2 (Covid-19) también produzca efectos negativos en el personal policial.

Con referencia al virus, en el Perú existen 47 265 policías que laboran salvaguardando la seguridad en todo el territorio (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2017). Del cual, hasta la fecha, existen aproximadamente 1300 policías contagiados y 11 policías muertos por el virus del Sar-Cov2 (Ministerio del Interior del Perú, 2020). La pandemia producida por el virus Sar-Cov2 afecta la seguridad, la economía, el bienestar, la salud física y psicológica en general, conllevando a una multiplicidad de comportamientos no saludables y reacciones emocionales desadaptativas (Pfefferbaum & North, 2020). Estas consecuencias se perciben en mayor amplitud en profesionales que trabajan día a día en primera línea, y que están expuestos al contagio constantemente, como son médicos, enfermeros, militares y policías en general (Rosenbaum, 2020; TIME, 2020).

Dada la coyuntura pandémica, existe la probabilidad que se estén produciendo cuadros depresivos en el personal policial peruano, para medir ese constructo existen diferentes escalas, sin embargo, la escala construida por Templer, es la única que mide depresión de muerte. La escala de Depresión de Muerte (DDS, siglas en inglés) se construyó para abordar la necesidad de medir la presencia de síntomas depresivos como la tristeza y el dolor asociado a las percepciones sobre la realidad de muerte (Sharif et al., 2017). Asimismo, la escala está constituida en cuatro factores el cual contiene 21 ítems (Templer et al., 1990). Por lo cual, diferentes investigaciones transculturales se han llevado a cabo, y como resultado se evidencio adecuadas propiedades psicométricas en validez y confiabilidad (Dadfar & Lester, 2017; Sharif, Pahlevan, Lehto, Allen, Hossein, Yaghoobzadeh & Ali 2017; Wang et al., 2020). Sin embargo, en el contexto peruano no se han encontrado revisiones de la escala con población policial (Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica [CONCYTEC], 2020; Registro Nacional de Trabajos de Investigación [RENATI], 2020; Universidad Cesar

Vallejo, 2020), menos aún, adaptaciones bajo estándares internacionales de calidad (American Psychological Association et al., 2014; International Test Commission, 2017).

En síntesis, como se ha evidenciado párrafos más arriba, la depresión de muerte es una variable que necesita ser revisada y evaluada psicométricamente en población policial, dada su repercusión en la salud en general en medio de este contexto pandémico causado por el virus Sar-Cov2.

¿La Escala de Depresión de Muerte (DDS) posee adecuadas propiedades psicométricas en policías peruanos expuestos al Sar-Cov2 en Lima?

Las justificaciones del por qué se realizó la investigación, se enmarcaron en cuatro principales razones que la dirigieron. La primera justificación fue la teórica, en el sentido de que fue la primera vez que la variable se investigó en el Perú, ello podría abrir espacios a nuevos conocimientos y a debates técnicos (Carr, Loucks & Blöschl, 2018), sobre la depresión de muerte vinculada a la exposición constante de policías peruanos al Sar-Cov2. Además, también contribuyo bajo una justificación metodológica, porque en su realización se usaron procedimientos estadísticos y técnicas de adaptación psicométricas avanzadas, coherente con los manuales internacionales de adaptación instrumental (Goundar, 2013). Por otro lado, la investigación también contribuyo bajo una justificación práctica, ya que la adecuada revisión y adaptación psicométrica que se realizó al instrumento, permitirá obtener una escala valida al contexto donde fue realizada (Vallejo-Medina, Gómez-Lugo, Marchal-Bertrand, Saavedra-Roa, Soler & Morales, 2017), en este caso en el peruano, con el fin de que profesionales en psicología o carreras afines la puedan trabajar. Por último, la tesis tuvo su contribución bajo una justificación social, porque los datos recabados podrían ayudar a la comunidad donde fue investigada (Ponto, 2015), dado que los resultados permitirían conocer posteriormente el ajuste psicológico (Depresión de Muerte) de los agentes policiales peruanos bajo la exposición continua al virus Sar-Cov2.

La investigación se llevó a cabo mediante el método científico. Por ello, el objetivo principal de la investigación fue la adaptación de la Escala de Depresión

de Muerte (DDS) en Policías Peruanos expuestos al virus Sar-Cov2. Siempre y cuando con la condición de cumplir los objetivos específicos de la investigación:

- Determinar la traducción de la Escala de Depresión de Muerte (DDS) mediante el método directo.
- Analizar las evidencias de validez basadas en el contenido de la escala de depresión de muerte (DDS) mediante el método de jueces expertos.
- Analizar las evidencias de validez basadas en la estructura interna de la escala de depresión de muerte (DDS) por medio del análisis factorial exploratorio (AFE) y análisis factorial confirmatorio (AFC).
- Analizar la fiabilidad de la escala de depresión de muerte (DDS) por medio del método de consistencia interna, a través del coeficiente alfa u Omega.

## II. MARCO TEÓRICO

La recolección y análisis de toda la literatura se llevó a cabo mediante las principales bases de datos a nivel mundial como Web of Science y Scopus, asimismo, sobre las bases de datos nacionales, como, Concytec, Renati y repositorios universitarios; sin embargo, solo se encontraron revisiones instrumentales internacionales (Ato, López-García & Benavente, 2013).

Wang, Chen, Xu & Zhao (2020) realizaron una investigación donde el diseño de la investigación fue instrumental, el cual tuvo como objetivo principal determinar las propiedades psicométricas de la versión de la Escala de Depresión de Muerte en el país de China con una muestra de enfermeras. La muestra estuvo conformada por estudiantes universitarios ( $n = 391$ ), donde hombres fueron el 14,8% y mujeres el 85,2%. Por otro lado, se usó la extracción de componentes principales, bajo la rotación Varimax y la esfericidad de Bartlett's ( $3710.997$ )  $p < 0.0001$  y un  $KMO$  (.912). No obstante, los resultados indicaron que mediante un análisis factorial exploratorio, la escala estuvo conformada por 4 dimensiones, asimismo, mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC), el ajuste del modelo fue aceptable óptimo (CFI = .999; GFI = .953; AGFI = .940; RMSEA = .063) Por último, la confiabilidad de las puntuaciones de la escala fue óptima en el total ( $\alpha = .910$ ) y para cada subescala (.650 a .910), por otro lado, para el test-retest los valores fueron óptimos ( $r = .821$ ). Concluyéndose que las puntuaciones de la escala poseen adecuadas propiedades psicométricas y recomendando a futuras investigaciones la realización que realicen la revisión de la escala con un mayor número de muestra y analizar las evidencias de validez con otras variables.

Sharif, Pahlevan, Lehto, Allen, Hossein, Yaghoobzadeh & Ali (2017) realizaron una investigación donde el diseño de la investigación fue instrumental, asimismo, tuvo como objetivo principal determinar las propiedades psicométricas de la escala de depresión de muerte entre pacientes con cáncer avanzado. La muestra estuvo conformada por pacientes iraníes con cáncer ( $n = 497$ ). Los resultados indicaron que el modelo tuvo original de 21 ítems obtuvo un ajuste adecuado ( $\chi^2 = 520,345$ ;  $p < 0.0001$ ;  $\chi^2/df = 2.907$ ; CFI = .916; TLI = .902; IFI = .917; RMSEA = .088; SRMR = .049; intervalos de confianza del 90% = .079-.097). Por último, la confiabilidad de

las puntuaciones de la escala fue optima en el total del coeficiente alfa ( $\alpha = .966$ ), del coeficiente Theta ( $\theta = .984$ ) y para el coeficiente de omega de McDonald ( $\Omega = .806$ ). Por lo que se concluyó que las puntuaciones de la escala poseen adecuadas propiedades psicométricas y recomendando a futuras investigaciones la realización que realicen la revisión de la escala con un mayor número de muestra y confiabilidad bajo el método test-retest.

Sharif, Lehto, Boyle, Yaghoobzadeh, Kaveh & Goudarzian (2017) realizaron una investigación donde el diseño de la investigación fue instrumental, asimismo, tuvo como objetivo principal evaluar la confiabilidad y validez de la versión persa de la escala en pacientes iraníes con infarto agudo de miocardio. La muestra estuvo conformada por pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio ( $n = 407$ ). Los resultados indicaron que mediante un análisis factorial exploratorio (AFE), se identificaron 4 factores, el cual explicaron el 75.89% de varianza total. Por otro lado, un análisis factorial confirmatorio (AFC) evidenciando que el modelo original reportó un adecuado modelo de 4 factores ( $\chi^2(68) = 323,037$ ;  $p < .05$ ;  $\chi^2/df = 4.751$ ; CFI = .939; NFI = .924; IFI = .939; RMSEA = .096; intervalos de confianza del 90% = .086 -.107). Por último, la confiabilidad de las puntuaciones del factor 1 mediante tres coeficientes (coeficiente alfa, coeficiente Theta, coeficiente de omega de McDonald) fue optima ( $\alpha = .919$ ;  $\theta = .906$ ;  $\Omega = .918$ ), el factor 2 tuvo un resultado adecuado ( $\alpha = .895$ ;  $\theta = .835$ ;  $\Omega = .893$ ), el factor 3 su resultado fue adecuado ( $\alpha = .837$ ;  $\theta = .741$ ;  $\Omega = .836$ ) y el factor 4 obtuvo un resultado dentro de lo esperado ( $\alpha = .757$ ;  $\theta = .476$ ;  $\Omega = .921$ ). Por estas razones se concluyo que las puntuaciones de la escala poseen adecuadas propiedades psicométricas y recomendando a futuras investigaciones la realización que realicen la revisión de la escala con un mayor número de muestra y analizar las puntuaciones de bajo el método de invarianza métrica de la medición.

Dadfar & Lester (2017) realizaron una investigación donde el diseño de la investigación fue instrumental, asimismo, tuvo como objetivo principal fue explorar el rendimiento de la escala mediante una muestra persa de enfermeras. La muestra estuvo conformada por enfermeras persas ( $n = 106$ ), hombres solo fue el 5% y mujeres un 95% del total de la muestra, en el rango de edad fue de 20 a 50 años. Los resultados indicaron que mediante un análisis factorial exploratorio (AFE), se

extrajeron 4 factores, donde el primer factor tuvo una varianza extraída de (21.21%), el segundo factor (18.27%), el tercer factor (9.84%) y el cuarto factor (6.38%); y el total de varianza extraída fue lo adecuado (56.16%). Asimismo, se evaluó su relación con otras variables, con la escala de miedo a la muerte de Collett-Lester ( $r = .39^*$ ), con escala de ansiedad por la muerte del templador ( $r = .50^*$ ), con Razones para la escala de miedo a la muerte ( $r = .35^*$ ) y con Escala de obsesión de muerte ( $r = .44^*$ ). Por último, la confiabilidad por medio de la consistencia interna y a través del coeficiente alfa obtuvo un resultado dentro de lo esperando ( $\alpha = .730$ ). Teniendo como conclusión que las puntuaciones de la escala poseen adecuadas propiedades psicométricas y recomendando a futuras investigaciones la realización que realicen la revisión de la escala con un mayor número de muestra y analizar las puntuaciones de bajo el método de invarianza métrica de la medición.

Templer, Lavoie, Chalgujian y Thomas-Dobson (1990) realizaron una investigación donde el diseño de la investigación fue instrumental, asimismo, tuvo como objetivo principal la construcción de la escala de depresión de muertes bajo 17 ítems. La muestra estuvo conformada por estudiantes universitarios ( $n = 190$ ), entre ellos hombres ( $n = 62$ ) y mujeres ( $n = 128$ ) y una desviación estándar de 8.82. Los resultados indicaron que mediante un análisis de componentes principales se obtuvo que la escala estuvo conformada por 6 factores; y las correlaciones entre la escala con la escala de ansiedad hacia la muerte fue óptima ( $r = .670^*$ ), con la escala de depresión general ( $r = .260^*$ ). Por último, la confiabilidad por medio de la consistencia interna y a través del coeficiente alfa obtuvo un resultado dentro de lo esperando ( $\alpha = .770$ ). Por estas razones se tuvo como conclusión que las puntuaciones de la escala poseen adecuadas propiedades psicométricas y recomendando a futuras investigaciones la realización que realicen la revisión de la escala con un mayor número de muestra.

La evidencia empírica producida por las propiedades psicométricas de la escala a través de diferentes antecedentes de investigación, explicaron que la Depresión de Muerte se desarrolla por medio de síntomas depresivos, sufrimiento y tristeza; que están relacionadas con la propia muerte de una persona, la muerte de otros o la muerte en general; bajo la teoría biomédica de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), la teoría de cognitiva de Beck y las 5 fases de

Kuble-Ross (Wang, Chen, Xu & Zhao, 2020), Teniendo en cuenta que estas tres teorías son centrales para la construcción de la escala, entonces la explicación teórica se argumentara en ese orden.

La variable depresión fue y es considerado uno de los constructos más relevantes dentro de la historia de la psicología, no solo por su prevalencia a nivel mundial, sino también porque ha sido investigado bajo diferentes campos de la psicología (Durbin & Hicks, 2014). La depresión es un estado permanente de constante negativismo, que desemboca en un estado de infelicidad, descontento, tristeza, pesimismo y desánimo; de esa manera obstaculiza las actividades diarias que una persona realizaba en su vida diaria (American Psychological Association [APA], 2015), y que se diferencia de una tristeza cotidiana, dado que ella solo es un estado temporal, asimismo, de un pensamiento recurrente sobre la muerte de otros y de uno mismo (APA, 2015). Sin embargo, la tristeza y el pensamiento sobre la muerte son consideradas por numerosos autores como unos síntomas centrales de la depresión (Mouchet-Mages & Baylé, 2008).

Ya que, el pensamiento de muerte es un factor importante, es necesario aclarar como los tres patrones cognitivos de Beck (a sí mismo, su futuro y experiencias de un modo idiosincrático) provocaron en la persona este tipo de pensamientos: (1) en el primer componente, la persona presenta una visión negativa de sí mismo, y cualquier suceso negativo lo atribuye a un defecto suyo; (2) en el segundo componente, la persona analiza e interpreta que todas sus experiencias se dan y se darán de una manera negativa; (3) el tercer componente, se da cuando la persona tienen a interpretar que su futuro será algo negativo para él, de modo que cualquier proyecto que por muy beneficioso que sea, lo mirara con una visión negativa (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2010).

Por ello, presentar pensamientos recurrentes de la muerte de uno mismo y de los demás; es distorsionar una realidad que a ciencia cierta puede llegar en alguna etapa de la vida, por lo que es un proceso normal en todos los seres humanos, sin embargo, convivir en un contexto estresante y demandante, podría conllevar a pensar de una manera exagerada y fuera de la realidad, produciéndose de esa manera cuadros psicopatológicos como la depresión (Beck et al., 2010).



La depresión de muerte se instaura en el cuadro psicopatológico de la depresión mayor (Templer et al., 1990). por ello, es importante conocer los criterios diagnósticos de los dos principales manuales diagnósticos, tanto del DSM 5 de la Asociación Americana de Psicología y del CIE11 de la Organización Mundial de la Salud.

El siguiente cuadro fue una comparación entre los criterios del DSM 5 entre los del CIE11, tiene varios criterios muy similares, sin embargo, el criterio más interesante que guardan juntos son los pensamientos a cerca de la muerte.

**Tabla 1**

*Criterios diagnósticos de los dos principales manuales*

Trastorno de depresión mayor	Trastorno depresivo recurrente
DSM 5 296.21 - 26 (F32. 0 - 9)	CIE 11 6A71
A. La aparición de depresión se debe a que debe de existir cinco o más de los siguientes síntomas, asimismo, ello debe de perjudicar funcionalmente la vida de la persona	A. ausencia de episodios maniacos previos
* Estadio recurrente de ánimo deprimido	B. Tienen que estas presentes tres de los cinco síntomas, provocando malestar significativo
* Déficit de las actividades de interés	* Estado persistente de ánimo deprimido
* Perdida o aumento de peso	* Disminución de las cosas que lo producían interés
* Alteraciones del sueño	* Problemas para poder estar relajado
* Mayor agitación o disminución psicomotora	* Sensación de que algo va a ocurrir
* Fatiga constante sin haber realizado ninguna actividad	* <b>Ideas suicidas o muerte</b>
* Sentimientos de ser inútil o culpabilidad	C. Presencia de síntomas de ansiedad
* Déficit para mantener la concentración	* Sensación de ansiedad
* <b>Aparición de pensamientos relacionados a la muerte</b>	* No poder controlar ideas de preocupación
* Intentos o ideas de suicidio	* Sentir que algo terrible va a suceder

Nota: Recuperado del manual DSM 5 (2013)

En cualquier manual diagnóstico, para que una persona este diagnostica con depresión, los síntomas tienen que presente por más de dos semanas, por eso, la

depresión está considerada dentro de los trastornos emocionales, dado que ocasiona sentimientos de tristezas permanentes y frecuente, asimismo pérdida o desinterés en realizar actividades cotidianas que antes producían satisfacción (American Psychiatric Association, 2013).

La sintomatología depresiva causa un daño significativo a nivel de cuatro clasificaciones: el primero es social, donde la persona tiende a aislarse de sus amigos y familiares, produciéndose de esa manera un deterioro en sus habilidades y relaciones sociales (Griffiths, Crisp, Barney & Reid, 2011); la segunda es la física, donde la persona experimenta alteraciones relacionados al sueño y a la higiene del sueño, el cual producen insomnios y/o pérdida del apetito y de peso o aumento del peso (Sutin & Zonderman, 2012); el tercer componente es el conductual, donde las personas manifiestan un desinterés por las actividades que antes solía realizar, es decir una disminución de los refuerzos positivos y un aumento acelerado de los refuerzos negativos, castigos y extinción de conductas adecuadas (Tindall, Mikocka-Walus, McMillan, Wright, Hewitt & Gascoyne, 2017) y por último, La cuarta es la psicológica, donde la cognición hace su aparición, porque la persona siente y experimenta sentimientos recurrentes de tristeza, culpabilidad e inutilidad que lo conllevan a pensamiento acerca de la muerte (Kanter, Busch, Weeks & Landes, 2008).

Este componente cognitivo, produce pensamientos hacia la muerte del otro y de uno mismo, y se ve ampliada en la teoría de Kubler-Ross sobre las 5 fases. Donde la cuarta vendría a ser la depresión y que estaría atribuida hacia la pérdida de todo en la muerte (Kubler-Ross, 1969). Es importante indicar, que la teoría de Kubler-Ross enfatiza precisamente en la variable de depresión de muerte.

Existen varias definiciones de la palabra muerte, la de interés para el propósito de esta investigación es la de Kubler-Ross. Ella define la muerte como un proceso que se puede dar de manera natural o manipulada, es decir, si es natural, en este proceso la persona sufre mucho, dado que está consciente de que la vida se le acabara por alguna enfermedad, si es manipulada, por motivos accidentales tal proceso se corta (Kubler-Ross, 1969). Sin embargo, el proceso de muerte no solo se experimenta cuando se tiene alguna enfermedad, también se experimenta frente a situaciones estresante de la vida, que conllevan a tener pensamientos sobre a

muerte de uno mismo o de la vida de otros, ello hace mucho daño a nivel psicológico, ya que el pensamiento constante de muerte evita disfrutar la propia vida (Meier, Gallegos, Thomas, Depp, Irwin & Jeste, 2016).

Entonces, el concepto de depresión de muerte, describe la tristeza que la persona puede presentar en relación con sus pensamientos relacionados con la muerte de ellos mismo, la muerte de otros o la muerte en general (Templer et al., 1990).

La preocupación y pensamientos sobre la muerte propia, se da en personas que tienen una enfermedad terminal o en personas que están pasando por situaciones estresantes generados por la sociedad, ello se manifiesta de la siguiente manera: (a) la persona plantea si morir le conllevará a sufrir dolores muy fuertes de forma física o mental; (b) el pensamiento recurrente de muerte lo vuelve dependiente de los demás y con poco criterio para solucionar los problemas a los que se enfrenta; (c) los pacientes sienten miedo a estar solos y miedo hacia lo desconocido (Kubler-Ross, 1969).

Por otro lado, la preocupación o pensamientos ante la muerte del otro, produce: (a) acciones de incapacidad por aceptar la realidad; (b) sentimientos patológicos de depresión; (c) abandono de la vida propia; (d) negación patológica de la muerte del otro (Kubler-Ross, 1969).

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y Diseño de Investigación**

La investigación fue de tipo no experimental, dado que directamente no se realizó ninguna manipulación de la variable (Kerlinger & Lee, 2002). Además, fue de corte transversal, debido a que el recojo y posterior análisis de los datos se realizaron en un corte y un solo tiempo (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Al mismo tiempo, los resultados proporcionados por la muestra serán numéricos, por ello, la investigación es de tipo cuantitativo, asimismo, de nivel básica, dado que su realización permitió la generación de nuevos conocimientos sobre la variable (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Para el diseño de la investigación, el objetivo principal fue la revisión de las propiedades psicométricas en una medida psicológica, por lo tanto, la investigación se enmarcó bajo un diseño instrumental (Ato et al., 2013).

#### **3.2. Variables y Operacionalización**

Una variable psicológica fue considerada como un fenómeno psicológico que no es observable a simple vista, sino medible cuantitativamente a través de la conducta (Andrich & Marais, 2019). Por otro lado, el término de operacionalización de una variable fue llevado como el proceso de fragmentar sus componentes para que una variable se pueda medir posteriormente.

Por otro lado, la operacionalización de la variable fue un proceso que permitió la descomposición de una variable latente o constructo para su posterior cuantificación (Baker & Ho, 2017).

Definición conceptual: La tristeza que la persona puede presentar en relación con sus pensamientos relacionados con la muerte de ellos mismo, la muerte de los otros o la muerte en general (Templer et al., 1990).

Definición operacional: Se tomaron en cuenta la conceptualización de los autores, en relación a los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Muerte tanto a nivel de los factores mencionados como en el total de la escala aplicada (Templer et al., 1990).

Indicadores: Pérdida del interés, pensamientos sobre la muerte, pensamientos sobre la muerte de otros y sensación que nada tiene un sentido (Templer et al., 1990).

Escala de medición: La medición de los ítems es medio de la ordinalidad, no obstante, la evaluación del total de los ítems, es decir, por dimensiones y/o variable en general, adquiere la continuidad (Bologna, 2010).

### 3.3. Población, muestra, muestreo y unidad de análisis

La población fue un conjunto de elementos o personas, el cual compartieron características homogéneas entre sí (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Por ello, la población de la investigación fueron los agentes policiales en actividad que laboran en toda el área de Lima Metropolitana, asciende a 30 mil efectivos entre las edades de 22 a 45 años de edad (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2018).

Por lo tanto, se elaboró un listado de criterios de inclusión y exclusión, es decir, requisitos que el participante de la muestra debió de tener para ser parte de ella o para no formar parte de la misma (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). El listado fue el siguiente:

**Tabla 2**

*Criterios de inclusión y exclusión para los participantes de la muestra*

N <sup>a</sup>	Etiquetas	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
1	Personal policial en actividad	*	
2	Pertenecer al área policial de Lima Metropolitana	*	
3	Tener algún diagnóstico psicológico		*
4	Personal militar		*

Nota. \* = Presenta

Por otro lado, la muestra estuvo compuesta por un subgrupo representativo de la población, el cual, sus elementos compartían características similares

(Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Por lo tanto, la muestra correspondió a 200 agentes policiales en actividad.

Por otro lado, la recolección de todos los datos se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, dado que el recojo estuvo sujeto por medio de la accesibilidad y disposición de los agentes policiales (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Por último, la unidad de análisis de la investigación, fueron todos los agentes policiales pertenecientes al área de Lima Metropolitana.

### 3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La investigación uso como técnica investigativa la encuesta, el cual es un conjunto de preguntas para poder recabar datos y posteriormente sean cuantificados (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). La encuesta consistió en un formato suministrado por la Universidad Cesar Vallejo, con el fin de evaluar por medio de jueces expertos las evidencias de validez relacionadas al contenido de la escala.

Por otro lado, el instrumento utilizado fue la Escala de Depresión de Muerte. A continuación, se proporciona la ficha técnica:

**Tabla 3**

*Ficha técnica de la escala*

Características	Escala Psicológica
Título	Escala de Depresion de Muerte
Autores	Templer, Lavoie, Chalgujian & Thomas-Dobson (1990)
Adaptado	Wang, Chen, Xu & Zhao (2020)
Año	2020
País	China
Cobertura	Adultos
Dimensiones	Multidimensional
Tiempo de administración	8 minutos
Estilo de respuesta	Escala Likert
Administración	Individual o grupal
Objetivo	Medir la presencia de síntomas depresivos como la tristeza y el dolor asociado a las percepciones sobre la realidad de muerte
Tipo de escala	De investigación
Baremos	No

La Escala de Depresión de Muerte estuvo compuesta por 21 ítems, en cuatro dimensiones (Tristeza de muerte, Miedo a la muerte, Desesperación de muerte y Soledad de muerte), los estilos de respuesta son de tipo Likert (1 = Completamente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 = De acuerdo; 5 = Completamente de acuerdo), descripción de la reciente revisión original de la escala (Wang et al., 2020).

La escala evidenció adecuadas propiedades psicométricas, tanto en validez y confiabilidad. En validez, el análisis de las evidencias de validez de estructura interna, los resultados indicaron que mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC), la replicación de los índices de bondad de ajuste del modelo original fue óptimos: CFI = .999; GFI = .953; AGFI = .940; RMSEA = .063 (Wang et al., 2020).

Por último, se analizó las evidencias de confiabilidad, mediante el método de consistencia interna, que fue calculada por medio del coeficiente alfa, donde sus resultados fueron óptimos para la escala total ( $\alpha = .910$ ) y para cada subescala (.650 a .910), asimismo, en el test-retest ( $r = .821$ ). los valores fueron aceptables (Wang et al., 2020).

### **3.5. Procedimientos**

El método de recolección de información concerniente a la literatura de la variable de Depresión de Muerte, se realizó en las principales bases de datos como lo es: APA psyNET, Web of Science, Scopus, Taylor y Francis y Sage Journal. La búsqueda inicio mediante la segmentación de artículos por medio de palabras claves en inglés, como: "psychometric properties of the death depression scale, Validation of the death depression scale, Factor structure of the death depression scale, development of the death depression scale, Meta-analysis of the death depression scale & death depression".

Después de ello, se realizó el modo de manipulación y control de la variable por medio de técnicas de traducción que son un proceso importante en la adaptación de la escala (ITC, 2017). Por adaptación se entiende que es un cambio estructural de las puntuaciones e ítems; a otra cultura, lengua o nivel

socioeconómico, sin afectar lo que se quiere medir (AERA, APA & NCME, 2014). Por lo tanto, los procesos son los siguientes.

En primer lugar, se realizó la traducción de los ítems de la escala por medio de un traductor certificado, este proceso fue de forma directa, es decir, de inglés al español, ello permitió analizar la existencia de algún cambio terminológico al traducir la escala, con el fin de aminorar la varianza irrelevante (Muñiz, Elousa & Hamblenton, 2013). Dicho proceso permitió la obtención de la adecuación cultural de todos los ítems al contexto donde se desarrolló la investigación (Muñiz et al., 2013).

En segundo lugar, cuando los ítems fueron traducidos, se pasó a otro proceso que es llamada validación de jueces expertos, para ello se consultaron a cinco jueces expertos en el tema de depresión e investigación psicométrica, los jueces evaluaron si los ítems presentaban claridad, pertinencia y relevancia hacia el constructo a medir (AERA, APA & NCME, 2014).

La metodología del recojo de datos es un tema muy importante, dado que la recopilación sistemática garantiza la calidad de los datos del estudio (Faleiros, Kappler, Ramos, da Costa, dos Santos & Días, 2016). Por ello, la investigación realizó el recojo de datos por medio de formularios virtuales de Google, permitiendo de esa manera un intercambio rápido y seguro de la difusión de la investigación, no obstante, precisar que esta nueva metodología virtual, ha evidenciado tener resultados favorables por encima del método tradicional (Carling, 2004; Edwards, Roberts, Clarke, DiGuseppi, Wentz, Kwan & Pratap, 2009).

### **3.6. Método de análisis de datos**

Para el método de procesamiento de datos, en primer lugar, cuando se obtuvo todos los datos muestrales concerniente a las respuestas obtenidas de la escala, se pasaron a ordenar, filtrar y limpiar todos los datos en las hojas de cálculo del programa de Microsoft Excel (Fernández, Pérez, Alderete, Richaud & Fernández, 2010).

Después de ello, se procedió a realizar un piloto con 50 policías, con el fin de observar el desempeño de las puntuaciones de la escala y posteriormente poder



corregir algún error que se omitió al principio de la investigación. El piloto consistió en realizar la confiabilidad (por el método de consistencias interna y el coeficiente alfa) y validez (por el método de evidencias de validez de contenido) de las puntuaciones de la escala.

Con la obtención de la prueba piloto, se procedió a importar los datos al programa SPSS25, con el fin de segmentarlos, ordenarlos, colocarles valores y etiquetas a las respuestas; ello permitió obtener los primeros resultados sobre las características de las variables sociodemográficas que se consideraron para la investigación, los cuales son: Porcentaje (%), Media (*M*), Moda (*Mo*) y Frecuencia (*f*).

A continuación, se realizó el análisis descriptivo de los ítems, mediante la (g1) Asimetría y (g2) Kurtosis (George & Mallery, 2003), el cual debieron estar dentro del rango  $\pm 1.5$  para presentar la normalidad univariada, el resultado de este proceso estadísticos se dará por medio del paquete estadístico SPSS24.

Después, para recopilar, ordenar y analizar la evidencia de validez de contenido relacionada a la escala, todos los resultados de los cinco jueces se llevaron a tratar por medio del programa Excel, el cual conllevó a conocer cuáles son los ítems que son irrelevantes para el constructo (AERA, APA & NCME, 2014), ello se evidenció en la respuesta del coeficiente de la V-Aiken, que cuyo punto de corte es de  $>.08$  (Aiken, 1980).

Posteriormente, los resultados psicométricos fueron obtenidos por medio del programa JAMOVI, allí se obtuvo los resultados de las evidencias de validez relacionada a la estructura interna de la escala, por medio del análisis factorial confirmatorio (AFC). Es importante señalar, que no se realizó el análisis factorial exploratorio (AFE), dado que este tipo de análisis solo emplea cuando se construye una escala y no cuando se adapta, es decir, cuando existe una tendencia de los antecedentes de la investigación, no es necesario explorar un modelo que ya está confirmado (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza & Tomás-Marco, 2014). Por lo tanto, para el AFC, se usaron los siguientes índices de ajuste: (CFI) índice de ajuste comparativo, (TLI) índice de Tucker-Lewis, (RMSEA) error de aproximación cuadrático medio (RMR) e índice de error cuadrático medio

(Escobedo, Hernández, Estebané & Martínez, 2015). Cuyos puntos (CFI y TLI) de corte están en el rango de  $>.90$  a  $>.95$  y para los (RMSEA y RMR) errores  $<.08$  (Hu & Bentler, 1999).

Por último, por medio del programa estadístico JASP, se realizó las evidencias de confiabilidad, por medio del método de consistencia interna y bajo el coeficiente alfa Cronbach y omega de McDonald, tanto para la escala total y para las subescalas (AERA, APA & NCME, 2014). El punto de corte para las evidencias de confiabilidad fue de valores  $>.70$  (Ventura-León, 2017).

### **3.7. Aspectos éticos**

Diferentes reglamentos nacionales e internacionales, guiaron la realización del recojo de datos y análisis psicométricos posteriores. En primer lugar, se pidió el permiso de autoría al primer investigador, ello fue fundamental, dado que está amparado en las guías de adaptación de pruebas psicométricas (ITC, 2017). En segundo lugar, el tercer capítulo del código deontológico (Artículo 22º), conlleva a tener muy en cuenta la regulación en la investigación, cuando esta se llevó a cabo en seres humanos, dado que se tiene que respetar y garantizar la seguridad del evaluado (Colegio de Psicólogos del Perú, 2017). En tercer lugar, la investigación inicio la recolección de datos cuando las autoridades administrativas correspondientes admitieron su desarrollo en la muestra de la investigación, ello está amparado en el artículo 23º (Colegio de Psicólogos del Perú, 2017). En cuarto lugar, a todos los participantes de la muestra, se les informo sobre las características y objetivos de la investigación, asimismo, que su participación era completamente voluntaria y anónima; es decir se dio uso a la confidencialidad profesional del psicólogo investigador, ello estipulado en el artículo 24º (Colegio de Psicólogos del Perú, 2017).

#### IV. RESULTADOS

Se presentarán los resultados de acuerdo al orden de los objetivos, primero, las características de la muestra; segundo, la traducción de la escala de depresión de muerte (método directo); tercero, las evidencias de validez de contenido por jueces expertos; cuarto, el análisis descriptivos de los ítems; quinto, las evidencias de validez de estructura interna por AFC; sexto, la fiabilidad por consistencia interna mediante el coeficiente alfa y/u omega, por último, los baremos de la escala según el sexo.

##### Características de la muestra

En la tabla 4, se evidenciaron las características de la muestra. Primero, según la edad, el cual osciló entre el rango de 18 a 56 años, teniendo como promedio ( $M = 36.57$ ), con una dispersión amplia de acuerdo a la edad de los participantes ( $DE = 9.37$ ), asimismo, los participantes con mayor presencia en edad de acuerdo a la muestra en general fueron los que estaban dentro del rango de edad de 36 a 50 años ( $f = 104$ ;  $\% = 41.4$ ). Por otro lado, de acuerdo al sexo, se obtuvo mayor presencia de mujeres ( $f = 184$ ;  $\% = 73.3$ ;  $Mo = 1$ ), con una dispersión corta de los datos de acuerdo al sexo ( $DE = 1.36$ ).

**Tabla 4**

*Variables sociodemográficas (N = 251)*

Variable	f	%	M	Mo	DE
Edad					
18 a 25	29	11.5			
26 a 35	99	39.4			
36 a 50	104	41.4	36.57	32	9.37
50 a mas	19	7.57			
Sexo					
Mujer	184	73.3	-	1	1.36
Hombre	67	26.7			

Nota: f = Frecuencia, % = Porcentaje, M = Media, Mo = Moda, DE = Desviación Estándar

## Traducción de la escala de depresión de muerte (método directo)

En la tabla 5, se evidencia el proceso de traducción de los ítems de la escala, para ello, se hizo consideración de las diferencias culturales y lingüísticas a los jueces expertos en traducción (Siceri & Faulkner-Bond; 2014), mediante el método de traducción Directo, es decir, del inglés al español, se observa que no existen diferencias al momento de traducir los ítems de la prueba, ello quiere decir que se encontraron equivalencias de la estructura de la prueba a pesar de estar en diferentes idiomas (ITC, 2017).

**Tabla 5**

*Traducción directa de la escala de depresión de muerte (N = 251)*

Ítems	Original	Traducción	Cambios
DDS 1	I feel empty when think about death	Cuando pienso en la muerte, me siento vacío	Ninguno
DDS 2	Thinking about death makes me cry	Pensar en la muerte me hace llorar	Ninguno
DDS 3	Dying must always be an unhappy process	Morir siempre debe ser un proceso infeliz	Ninguno
DDS 4	Nothing saddens me more than knowing my friends and relatives will eventually die	Nada me entristece más que saber que mis amigos y parientes eventualmente morirán	Ninguno
DDS 5	The process of dying is sure going to be the saddest time of my life	El proceso de morir seguramente será el momento más triste de mi vida	Ninguno
DDS 6	The thought of death makes me sad	El pensamiento de la muerte me pone triste	Ninguno
DDS 7	Death is a lonely matter	La muerte es un asunto solitario	Ninguno
DDS 8	Thinking about death makes me sad	La idea de la muerte hace que sea difícil experimentar el placer	Ninguno
DDS 9	When I think about death, I lose interest in life activities	Cuando pienso en la muerte, pierdo interés en las actividades de la vida	Ninguno
DDS 10	I lose interest in taking care of myself when I think about death	Pierdo interés en cuidarme cuando pienso en la muerte	Ninguno
DDS 11	When death in on my mind, my body seems to lose energy and slow down	Cuando la muerte está en mi mente, mi cuerpo parece perder energía y disminuir la velocidad	Ninguno
DDS 12	The thought of death drains my energy	El pensamiento de la muerte agota mi energía	Ninguno
DDS 13	It is hard to concentrate when death is on my mind	Es difícil concentrarme cuando la muerte está en mi mente	Ninguno
DDS 14	When I think about death, even the easiest task becomes difficult	Cuando pienso en la muerte, incluso la tarea más fácil se vuelve difícil	Ninguno
DDS 15	Death makes me feel disheartened about the future	La muerte me hace sentir desanimado sobre el futuro.	Ninguno
DDS 16	When trying in life if we are only going to die?	¿Por qué intentarlo en la vida si solo vas a morir?	Ninguno
DDS 17	Death makes me feel desperate	La muerte me hace sentir desesperado	Ninguno
DDS 18	Wakes and Funerals are depressing	Velar y estar en funerales son deprimentes	Ninguno
DDS 19	It is Impossible to get beyond the death of a loved one or close friend	Es imposible superar la muerte de un ser querido o un amigo cercano	Ninguno
DDS 20	I am very upset due to the shortness of life	Estoy muy molesto por lo breve que es la vida	Ninguno
DDS 21	I fear thinking about death of friends and loved ones	Me da miedo pensar en la muerte de amigos y seres queridos.	Ninguno

Nota: DDS = Ítem de la escala de Depresión de muerte

## Evidencias de validez de contenido por jueces expertos

En la tabla 6, se observa los jueces que analizaron los ítems por medio de los criterios de claridad, pertinencia y representatividad. Todos ellos poseen el grado de maestría y doctorado, el cual fue requisito para poder ser parte de la investigación. Asimismo, se consideró que posean la especialidad de psicología clínica o investigador en diseños instrumentales (psicometría).

**Tabla 6**  
*Datos de los jueces expertos (N = 5)*

N.º Juez	Grado	Nombre y apellidos	DNI	Especialidad
J1	Doctora	Denisse Manrique Millones	40976699	Psicólogo Investigador /Parentalidad /Psicología educativa
J2	Magister	Manco Guillen Carmen Julia	44211044	Psicología clínica
J3	Doctor	Miguel Barboza Palomino	46162743	Investigador/psicómetra
J4	Doctor	Jesús Bustamante Vásquez	41686339	Psicólogo clínico/psicoterapeuta
J5	Magister	Renzo Carranza Esteban	42920208	Investigador/psicómetra

Nota: J = Juez; N.º = Numero.

En la tabla 7, se evidencia el empleo del método empírico de 0 a 3, que los cinco jueces expertos tuvieron como valor al evaluar los ítems bajo los criterios de relevancia, representatividad y claridad; los resultados se analizaron mediante el coeficiente de la V-Aiken. Cuyos valores estuvieron por encima del  $> .08$  (Aiken, 1985). Asimismo, la mayor parte de las respuestas de los evaluados estuvieron orientadas hacia las respuestas 2 y 3, dado que se obtuvo el siguiente rango: (M = 2.60 – 3.00).

Por otro lado, la dispersión de los datos en general, obtuvieron una dispersión pequeña entre ellos (DE = 0.00 – 0.45). Por lo tanto, no se reportaron ningún ítem invalido a nivel del análisis de los jueces expertos.

**Tabla 7**

*Evidencias de contenido por medio de jueces expertos (n = 5)*

Ítems	Cri.	J1	J2	J3	J4	J5	M	DE	V-Aiken	I. V.	IC	
											Inf	Sup
DDS1	Rel.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Rep.	2	3	3	3	3	2.80	0.45	0.93	VALIDO	0.70	0.99
	Cla.	2	3	3	3	3	2.80	0.45	0.93	VALIDO	0.70	0.99
DDS2	Rel.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Rep.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Cla.	2	3	3	3	3	2.80	0.45	0.93	VALIDO	0.70	0.99
DDS3	Rel.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Rep.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Cla.	2	3	3	3	3	2.80	0.45	0.93	VALIDO	0.70	0.99
DDS4	Rel.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Rep.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Cla.	2	3	3	3	3	2.80	0.45	0.93	VALIDO	0.70	0.99
DDS5	Rel.	3	3	3	3	2	2.80	0.45	0.93	VALIDO	0.70	0.99
	Rep.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Cla.	2	3	3	3	2	2.60	0.55	0.87	VALIDO	0.62	0.96
DDS6	Rel.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Rep.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Cla.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
DDS7	Rel.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Rep.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Cla.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
DDS8	Rel.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Rep.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Cla.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
DDS9	Rel.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Rep.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Cla.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
DDS10	Rel.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Rep.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Cla.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
DDS11	Rel.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Rep.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Cla.	3	2	3	3	3	2.80	0.45	0.93	VALIDO	0.70	0.99
DDS12	Rel.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Rep.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Cla.	2	3	3	3	3	2.80	0.45	0.93	VALIDO	0.70	0.99
DDS13	Rel.	2	3	3	3	3	2.80	0.45	0.93	VALIDO	0.70	0.99
	Rep.	2	3	3	3	3	2.80	0.45	0.93	VALIDO	0.70	0.99
	Cla.	2	3	3	3	3	2.80	0.45	0.93	VALIDO	0.70	0.99
DDS14	Rel.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Rep.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Cla.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
DDS15	Rel.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Rep.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Cla.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
DDS16	Rel.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Rep.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Cla.	2	3	3	3	3	2.80	0.45	0.93	VALIDO	0.70	0.99
DDS17	Rel.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Rep.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Cla.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
DDS18	Rel.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Rep.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Cla.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
DDS19	Rel.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Rep.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Cla.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
DDS20	Rel.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Rep.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Cla.	2	2	3	3	3	2.60	0.55	0.87	VALIDO	0.62	0.96
DDS21	Rel.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Rep.	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VALIDO	0.80	1.00
	Cla.	2	3	3	3	3	2.80	0.45	0.93	VALIDO	0.70	0.99

Nota: CVAP = Cuestionario Victimológico de Alienación Parental; Rep. Representatividad; Rel. = Relevancia; Cla. = Claridad; Cri. = Criterios; Inter. V. = Interpretación válida; J. = juez; M = Media; I.C. = Intervalos de confianza; In = Inferior; Sup. = Superior; V. Aiken = Coeficiente de Aiken.

## Análisis descriptivos de los ítems

En la tabla 8, se observan los resultados relacionado a los análisis preliminares de los ítems, que comprueban la normalidad o no de los datos de la muestra. Por ello, el mínimo y máximo de las respuestas oscilaron de 1 a 5. Es decir, no se observó ningún dato perdido. Además, la media de los datos osciló entre el rango de 1 a 4 ( $M = 1.42 - 4.43$ ), asimismo, el rango de dispersión fue pequeña ( $DE = .730 - 1.27$ ). Por otro lado, en asimetría y curtosis los datos no se encuentran dentro del rango aceptable ( $\pm 1.5$ ), por lo tanto, los datos de la muestra no presentan normalidad univariada (Tabachnick & Fidell, 2001). Por último, los análisis multivariados indicaron que, no se encontraron ningún dato atípico, dado que el resultado de Mahalanobis fue superior a  $> 0.000$ .

**Tabla 8**

*Análisis preliminares de los ítems (N = 251)*

Ítems	Mín.	Máx.	M	DE	$g^1$	$g^2$	rict	$h^2$
DDS1	1	5	1.78	1.01	1.36	1.19	.552	.520
DDS2	1	5	1.86	1.03	1.07	.156	.565	.533
DDS3	1	5	3.10	1.28	-.438	-1.14	.266	.448
DDS4	1	5	3.40	1.16	-.828	-.400	.383	.508
DDS5	1	5	3.45	1.07	-.917	.079	.450	.584
DDS6	1	5	2.47	1.24	.267	-1.34	.558	.419
DDS7	1	5	3.07	1.21	-.497	-1.08	.343	.380
DDS8	1	5	1.95	.987	1.00	.379	.562	.463
DDS9	1	5	1.66	.811	1.56	2.96	.701	.660
DDS10	1	5	1.53	.776	2.13	6.10	.496	.562
DDS11	1	5	1.64	.889	1.87	3.96	.629	.778
DDS12	1	5	1.66	.840	1.65	3.20	.686	.660
DDS13	1	5	1.71	.949	1.45	1.71	.678	.664
DDS14	1	5	1.64	.890	1.67	2.70	.646	.739
DDS15	1	5	1.59	.851	1.77	3.34	.594	.698
DDS16	1	5	1.42	.730	2.32	6.95	.505	.623
DDS17	1	5	1.54	.854	2.17	5.45	.583	.633
DDS18	1	5	3.41	1.15	-.999	-.072	.386	.459
DDS19	1	5	2.29	1.04	.397	-.667	.394	.205
DDS20	1	5	1.57	.871	1.58	1.88	.444	.289
DDS21	1	5	3.43	1.27	-.721	-.639	.357	.592

Nota: Mín. = Mínimo, Máx. = Máximo,  $g^1$  = Asimetría,  $g^2$  = curtosis, M = Media, Mo = Moda, DE = Desviación Estándar, rict = Ítem-test,  $h^2$  = Comunalidades

## Evidencias de validez de estructura interna por AFC

En la tabla 9, mediante el Análisis Factorial Confirmatorio en el programa Jamovi, se observa los diferentes modelos que han sido propuestos para examinar cuál de ellos ajusta empírica y teóricamente a los datos de la muestra, pero siguiendo una coherencia teórica (Medrano & Navarro, 2017). En el modelo 1, de estructura unidimensional con 21 ítems, se observa que los índices de ajuste se encuentran fuera del rango aceptable (CFI y TLI  $>.90$ ) y errores muestrales y poblacionales (SRMR y RMSEA  $>.08$ ), propuestos por Hu y Bentler en 1999; asimismo, el modelo 2 respecificado, con la eliminación de ítems, también se encontraron valores inaceptables en los índices de bondad de ajuste, por ende, es inconsistente con los datos y con el modelo teórico propuesto.

Por otro lado, se comprobaron modelos multidimensionales, en el modelo 3 (modelo original) con 21 ítems en 4 factores, no cumplió con los puntos de corte establecidos (Hu & Bentler, 1999), dado que se encontraron cargas factoriales por debajo del punto de corte ( $>.30$ ), ello afectaba al modelo propuesto, por ende, se eliminaron; y se obtuvo un modelo respecificado (Lloret-Segura et al., 2014). En el modelo 4 (respecificado) con 14 ítems en 4 factores, se obtuvieron valores adecuados (CFI = .933, TLI = .914, SRMR = 0.72, RMSEA = .083), asimismo, en comparación a los otros modelos en el índice de criterio de Akaike (AIC), posee la cualidad de parsimonia, dado que, obtuvo el menor valor en comparación a los otros modelos (Akaike, 1987). Por lo tanto, el modelo propuesto (modelo 4), ajusta empírica y teóricamente a los datos de la muestra (Medrano & Navarro, 2017), congruente al modelo teórico de la depresión, que es interpretada y medida a través de las dimensiones: Anergia y Anhedonia, Tristeza de muerte, Otra muerte y Vacío existencial y de muerte (Templer et al., 1990).



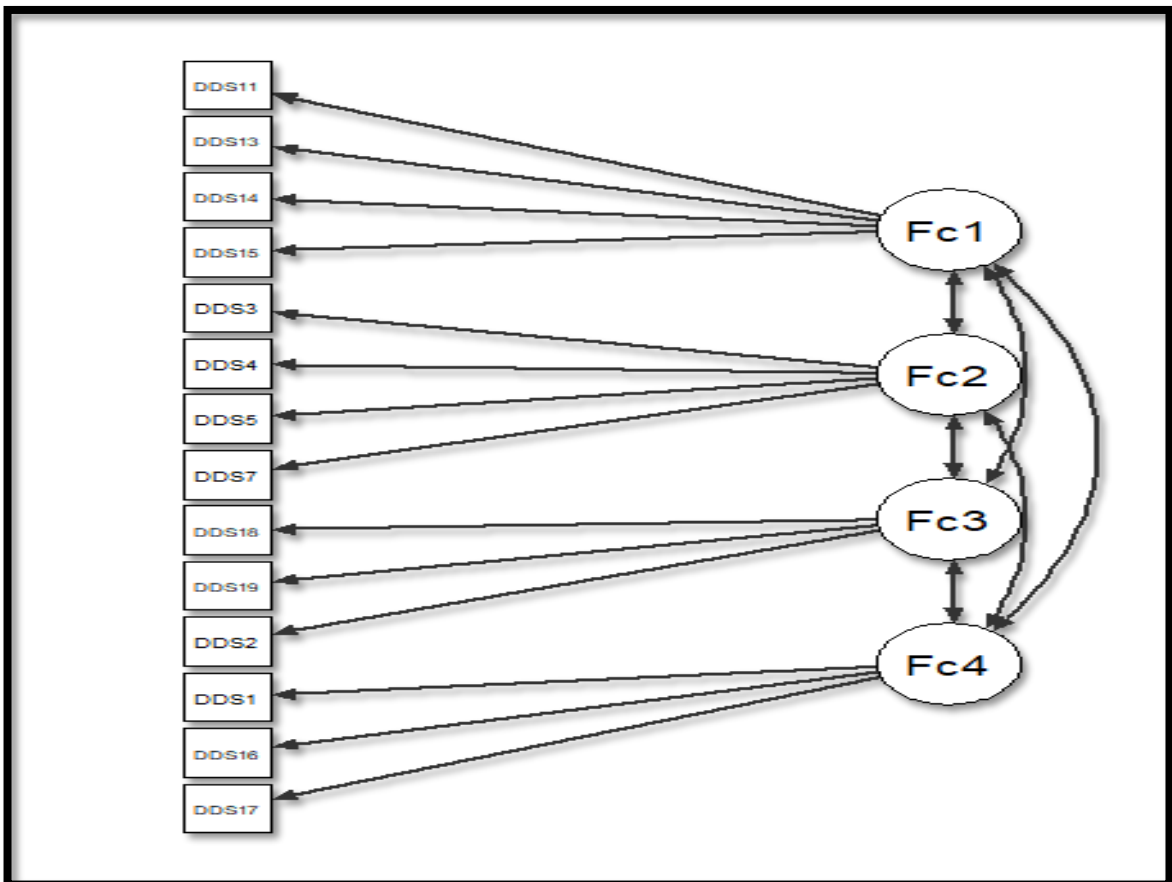
**Tabla 9**  
**Índices de bondad por AFC (N = 251)**

Modelos	$\chi^2$	df	p	CFI	TLI	SRMR	RMSEA	RMSEA 90% CI		AIC
								Mín.	Máx.	
Unidimensional										
M1: 21 ítems	1166	189	<.001	.675	.639	.141	.143	.136	.151	12832
M2: 12 ítems	818	183	<.001	.789	.758	.101	.118	.109	.126	9231
Multidimensional										
M3: Modelo original (21 ítems en 4 factores)	277	54	<.001	.890	.866	.054	.128	.114	.144	6123
M4: Respecificado (14 ítems en 4 factores)	195	71	<.001	.933	.914	.072	.083	.069	.097	5201

Nota: Nota.  $\chi^2/df$ = Chi cuadrado sobre grado de libertad, GFI= Índice de Bondad de Ajuste, CFI= Índice de Ajuste Comparativo, IFI = Índice de ajuste Incremental, SRMR= Raíz residual estandarizada cuadrática media, RMSEA: error cuadrático medio de aproximación. IC= Intervalos de confianza. AIC= Criterio de información de Akaike.

**Figura 1**

Modelo propuesto por AFC



En la tabla 10, del modelo propuesto (modelo 4), se observa que las cargas factoriales y sus promedios de los ítems estuvieron en el rango de .285 - .879, es decir, estuvieron por encima del punto de corte establecido (Lloret-Segura et al., 2014). Por otro lado, las covarianzas entre dimensiones fueron de relaciones bajas y altas.

**Tabla 10**

*Cargas factoriales y covarianzas del modelo 4 (N = 251)*

Ítems	F1	F2	F3	F4
DDS11	.879			
DDS13	.809			
DDS14	.851			
DDS15	.858			
DDS3		.670		
DDS4		.721		
DDS5		.767		
DDS7		.628		
DDS18			.713	
DDS19			.285	
DDS21			.807	
DDS1				.512
DDS16				.793
DDS17				.840
Promedio de cargas factoriales	.849	.696	.601	.715
Covarianza entre factores				
F1	1	.0828	.081	.950
F2	-	1	.904	-.004
F3	-	-	1	.016
F4	-	-	-	1

Nota: F = Factor, N = Muestra

### **Fiabilidad por consistencia interna mediante el coeficiente alfa y/u omega**

Por otro lado, en la tabla 11, los resultados de confiabilidad por el método consistencia interna en el modelo propuesto (Modelo 4), se evidencia valores adecuados (>.80) de coeficiente de alfa y/u omega en el total (Taber, 2017). Por otro lado, en los valores por dimensiones, también se evidenciaron valores de adecuados a óptimos (>.70 - .90), sin embargo, la dimensión F3 (otra muerte), aún se encuentra dentro de lo esperado. En conclusión, los ítems de la escala de depresión de muerte son consistentes entre sí, ello posibilita que las puntuaciones de la prueba puedan ser confiables al momento de evaluarla e interpretarla (AERA, APA & NCME, 2014).

**Tabla 11***Fiabilidad por consistencia interna del modelo 4 (N = 251)*

F	Ítems	$\alpha$	$\omega$
Total	14 ítems	.825	.848
Dimensiones			
F1: Anergia y Anhedonia	11, 13, 14, 15	.912	.913
F2: Tristeza de muerte	3, 4, 5, 7	.786	.791
F3: Otra muerte	18, 19, 21	.608	.652
F4: Vacío existencial y de muerte	1, 16, 17	.720	.764

Nota: F = Factores,  $\alpha$  = Coeficiente alfa,  $\omega$  = Coeficiente omega**Baremos de la escala según el sexo****Tabla 12***Baremos de la escala de depresión de muerte según el sexo*

Sexo	p	Total	F1	F2	F3	F4	Sexo	p	Total	F1	F2	F3	F4
	1	14	4	4	3	3		1	14	4	4	3	3
	5	15	4	4	3	3		5	18	4	5	3	3
	10	25	4	8	6	3		10	21	4	7	5	3
	15	28	4	9	7	3		15	24	4	8	6	3
	20	29	4	11	8	3		20	27	4	8	6	4
	25	30	4	12	8	3		25	28	4	9	7	4
	30	31	4	12	9	3		30	29	4	10	8	4
	35	32	4	13	9	3		35	31	5	10	8	4
	40	32	4	13	9	3		40	32	6	12	8	5
	45	33	5	13	9	4		45	32	7	12	9	5
Masculino	50	34	5	14	10	4	Femenino	50	33	7	12	9	5
	55	34	5	15	10	4		55	34	8	14	9	5
	60	34	6	15	10	4		60	36	8	14	10	6
	65	35	7	16	10	4		65	36	8	15	10	6
	70	36	8	16	11	5		70	37	8	15	11	6
	75	37	8	16	11	6		75	39	8	16	11	6
	80	38	8	16	11	6		80	41	8	16	11	7
	85	40	8	16	11	6		85	42	10	16	11	8
	90	42	10	16	12	7		90	47	12	16	12	8
	95	45	12	18	13	8		95	51	16	19	14	11
	99	59	20	19	13	15		99	64	18	20	15	11
M		33.3	6.33	13.2	9.25	4.49	M		33.7	7.25	12.2	8.82	5.43
DE		7.51	3.08	3.57	2.53	2.05	DE		9.40	3.37	3.94	2.80	2.09
Mín.		14	4	4	3	3	Mín.		14	4	4	3	3
Máx.		62	20	20	14	15	Máx.		64	18	20	15	11

Nota: Mín. = Mínimo, Máx. = Máximo, M = Media, Mo = Moda, DE = Desviación Estándar, F1 = Anergia y Anhedonia, F2 = Tristeza de muerte, F3 = Otra muerte, F4 = Vacío existencial y de muerte

## V. DISCUSIÓN

El objetivo principal del trabajo de investigación fue realizar la adaptación de la escala de depresión de muerte (DDS) en policías peruanos expuestos al virus Sar-CoV2 en Lima metropolitana. A diferencia del modelo original de 21 ítems (Wang et al., 2020), los resultados indicaron que un modelo respecificado de 14 ítems en 4 factores se obtuvieron adecuadas propiedades psicométricas de las puntuaciones de la escala, evidenciándose así coherencia y relación con las nociones teóricas y empíricas del modelo planteado por la investigación, dado que, las dimensiones como: Anergia y anhedonia, tristeza de muerte, otra muerte y vacío existencial y de muerte (Templer et al., 1990), son las manifestaciones principales en la medición y comprensión de la depresión de muerte (Kubler-Ross, 1969; Templer et al., 1990).

En relación a las directrices de la Comisión Internacional de los Test (2017), se realizó la traducción de los ítems de la escala mediante el método directo, el cual no se manifestaron cambios sintácticos de las palabras y en el contenido de ellas (González-Roz et al., 2018), asimismo, el análisis del contenido de los ítems, se desarrolló mediante jueces expertos en el área clínica e investigación psicométrica, el cual determinó algunos cambios semánticos debido a redundancia e idiosincrasia de los ítems originales y en la claridad de ellos, conllevando así a la verificación y comprobación de su equivalencia en esta forma adaptada (Hambleton, 2005), con un resultado óptimo brindado por los jueces expertos ( $> .80$ , ver tabla 7). Este resultado es contrastado teóricamente, dado que, el objetivo de los ítems de la escala es evaluar precisamente los comportamientos que conllevan a los pensamientos sobre la depresión que están relacionados con la propia muerte, la muerte de otros o la muerte en general (Templer et al., 1990).

Estos hallazgos fueron examinados mediante el análisis factorial confirmatorio (ver tabla 9), qué, de acuerdo a posteriores análisis, se impuso un modelo a priori, de cuatro factores con 14 ítems, estructura multidimensional en similitud a otras investigaciones (Dadfar & Lester, 2017; Sharif et al., 2017; Wang et al., 2020), asimismo, el resultado del ajuste del modelo ( $\chi^2 = 195$ ,  $df = 71$ ,  $p = >0.001$ ,  $CFI = .933$ ,  $TLI = .914$ ,  $SRMR = .072$ ,  $RMSEA = .083$ ,  $AIC = 5201$ ) fue en similitud a otras investigaciones en diferentes contextos (Sharif et al., 2017; Wang et al., 2020). Ello

es congruente a nivel teórico, dado que, es importante enfatizar que las diferentes culturas se relacionan de manera diferente con la noción de muerte, pero la conciencia de la propia mortalidad genera depresión de muerte, independientemente de los antecedentes culturales o creencias religiosas (Postolica et al., 2019). Estas diferencias y similitudes son medibles e interpretables solo bajo una estructura multidimensional de la depresión de muerte que incluye a la Anergia y anhedonia, tristeza de muerte, otra muerte y vacío existencial y de muerte (Templer et al., 1990). Por todo ello, se obtuvo una versión abreviada para la medición de la variable (ver figura 1), el cual es importante optimizar la eficacia y eficiencia de instrumento para futuras aplicaciones y/o evaluaciones individuales o grupales (McKay et al., 2011).

La confiabilidad, examinada a través del método de consistencia interna y por medio de los coeficientes alfa Cronbach y omega de McDonald, de acuerdo al modelo 4 (ver tabla 11), establecieron que las puntuaciones de manera global y por sus dimensiones se encuentran dentro de los valores adecuados  $>.70$  (Taber, 2017), sin embargo, la dimensión de “otra muerte”, su valor en alfa está dentro de lo esperado ( $<.70$ ), ello es debido a que esta dimensión posee solo tres items, es por eso, el resultado, dado que el coeficiente alfa opera y es sensible a la cantidad de los items (Taber, 2017). No obstante, los valores adecuados de las puntuaciones del instrumento mediante la confiabilidad poseen coherencia teórica, porque la medición de la variable de depresión de muerte, se necesita que las puntuaciones del instrumento posean items consistentes entre sí, dado que los cambios de perspectiva sobre la muerte, son variables e influenciados en el tiempo y las circunstancias del contexto (Templer et al., 1990), justamente por ello se necesita de un instrumento preciso en la confiabilidad.

Se concluye que la adaptación de la Escala de Depresión de Muerte (DDS) en policías peruanos expuestos al virus Sar-Cov2, Lima Metropolitana, obtuvo adecuados valores en base a sus adecuados procedimientos de adaptación, asimismo, mediante los usos que se realizaron de los procesos desarrollados por la Comisión Internacional de los Test y de los estándares para pruebas educativas y psicológicas (ITC, 2017; AERA et al., 2014). Es decir, se obtuvo un mediano grado

de validez y confiabilidad de las puntuaciones del test, para posteriormente obtener adecuadas inferencias.

## VI. CONCLUSIONES

1. Mediante sus adecuadas propiedades psicométricas en un modelo respecificado (Modelo 4), se determinó la adaptación de la Escala de Depresión de Muerte (DDS) En Policías Peruanos Expuestos al Virus Sar-Cov2, Lima Metropolitana.
2. Se determinó la adaptación lingüística de la Escala de Depresión de Muerte (DDS) mediante el método de traducción directa, no observándose cambios semánticos al momento de traducir del inglés al español.
3. Se determinó las adecuadas evidencias de validez basadas en el contenido, dado que, se adaptó lingüística y culturalmente la Escala de Depresión de Muerte (DDS), mediante el método de jueces expertos en el tema de depresión, el cual se obtuvo resultados óptimos en el coeficiente de la V-Aiken ( $>.08$ ), es decir, los ítems presentan claridad, representatividad y relevancia del constructo a mediar.
4. Se determinó las adecuadas evidencias de validez basadas en la estructura interna de la Escala de Depresión de Muerte (DDS) mediante el AFC de primer orden, el cual se obtuvo valores adecuados ( $CFI = .933$ ;  $TLI = .914$ ;  $RMSEA = .072$ ;  $SRMR = .083$ ) en una estructura multidimensional de 14 ítems en cuatro factores, el cual fue coherente con el modelo teórico y los datos de la muestra.
5. Se determinó la estabilidad y consistencia interna de las puntuaciones mediante el análisis de confiabilidad, obteniéndose valores adecuados en el total de la escala y por sus dimensiones ( $\alpha \geq .70$ ;  $\omega \geq .70$ ).

## VII. RECOMENDACIONES

1. Replicabilidad de la investigación instrumental, bajo las siguientes recomendaciones: Mayor cantidad muestral y con un tipo de corte longitudinal. Ello podría evidenciar conclusiones más sólidas de las propiedades psicométricas del instrumento.
2. Para futuras investigaciones instrumentales se toma a consideración, mayor número de traducciones como el método inverso (español → inglés), asimismo, sería importante la traducción directa de un psicólogo bilingüe especialista en el tema de depresión, dado que ello permitirá poder evaluar el contenido de los ítems.
3. El análisis de evidencias basadas en el contenido, la evaluación de los ítems se realizó por medio jueces expertos, No obstante, a la par de ello, se recomienda para futuras investigaciones instrumentales, la evaluación de los ítems por medio de jueces experienciales, ya que ello podría dar conclusiones más precisas de la claridad de los ítems.
4. El análisis de evidencias de validez basadas en la estructura interna, se analizó mediante el AFC de primer orden. Se toma a consideración para futuras investigaciones instrumentales poder evaluar otros modelos de AFC, como, por ejemplo, los de segundo orden o Bifactor. Por otro lado, sería importante poder evaluar mediante la convergencia y/o divergencia; la relación de las puntuaciones de la escala con otros instrumentos de medición.
5. El análisis de confiabilidad que evaluó la estabilidad de las puntuaciones de la prueba, solo se realizó bajo el método de consistencia interna. Se toma a consideración para futuras investigaciones instrumentales poder analizar la estabilidad de las puntuaciones a través del método de test-retest.



## REFERENCIAS

- Aiken, L. R. (1980). Content validity and reliability of single items or questionnaires. *Educational and Psychological Measurement*, 40(4), 955–959. doi:10.1177/001316448004000419
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association
- American Psychological Association. (2015). *APA dictionary of psychology*. American Psychological Association.
- American Psychological Association [AERA], American Psychological Association [APA] & The National Council on Measurement in Education [NCME]. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington: American Educational Research Association.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American psychological association. The official guide to APA style (7<sup>th</sup> ed.)*. EE. UU.: American Psychological Association.
- Andrich, D., & Marais, I. (2019). *A course in rasch measurement theory. Measuring in the educational, social and health sciences*. EE. UU.: Springer.
- Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3). doi:10.6018/analesps.29.3.178511
- Brådvik, L. (2018). *Suicide risk and mental disorders. International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9), 2028. doi:10.3390/ijerph15092028
- Baker, F., & Ho, S. (2017). *The basics of item response theory using r*. EE. UU.: Springer.
- Beck, A., Rush, J., Shaw., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Biblioteca de Psicología Descleé de Brouwer.
- Bologna, E. (2010). *Estadística en psicología*. España: Editorial Brujas.

- Carr, G., Loucks, D. P., & Blöschl, G. (2018). Gaining insight into interdisciplinary research and education programmes: A framework for evaluation. *Research Policy*, 47(1), 35–48. doi:10.1016/j.respol.2017.09.010
- Carling, C. (2004). International questionnaire postal response rate: an experiment comparing no return postage to provision of international postage vouchers – “coupon-réponse international.” *BMC Health Services Research*, 4(1). doi:10.1186/1472-6963-4-16
- Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). Código de ética psicólogo peruano. Código de Ética y Deontología. Colegio de Psicólogos del Perú. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/434215669/Codigo-de-Etica-Psicologo-Peruano-pdf>
- Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica. (2020). Alicia. *Escala de Depresión de Muerte* Recuperado de: <https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Search/Results?lookfor=Escala+de+depression+de+Muerte&type=AllFields>
- Dadfar, M., & Lester, D. (2017). Cronbach’s  $\alpha$  reliability, concurrent validity, and factorial structure of the Death Depression Scale in an Iranian hospital staff sample. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(2), 135–141. doi:10.1016/j.ijnss.2017.02.007
- Durbin, C. E., & Hicks, B. M. (2014). Personality and psychopathology: A stagnant field in need of development. *European Journal of Personality*, 28(4), 362–386. doi:10.1002/per.1962
- Edwards, P. J., Roberts, I., Clarke, M. J., DiGiuseppi, C., Wentz, R., Kwan, I., ... Pratap, S. (2009). Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.mr000008.pub4
- Escobedo, M., Hernández, A., Estebané, V. y Martínez, G. (2015). Modelos de ecuaciones estructurales: características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Ciencia y Trabajo*, 18(55), 16-22. doi:10.4067/S0718-24492016000100004

- Faleiros, F., Kappler, C., Ramos, F., da Costa, S., dos Santos, F., & Dias, C. (2016). Use of virtual questionnaire and dissemination as a data collection strategy in scientific studies. *Texto Contexto Enfermeria*, 25(4), 1-6. doi:10.1590/0104-07072016003880014
- Fernández, A., Pérez, E., Alderete, A., Richaud, M. y Fernández, M. (2010). ¿Construir o adaptar test psicológicos? Diferentes respuestas a una cuestión controvertida. *Revista Evaluar*, 10(11), 60-74. doi:10.35670/1667-4545.v10.n1.459
- Foley, J., & Massey, K. (2018). Police officers and post-traumatic stress disorder. *The Police Journal: Theory, Practice and Principles*, 1-12. doi:10.1177/0032258x18761284
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., ... Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLOS ONE*, 15(4), e0231924. doi: 10.1371/journal.pone.0231924
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 Update (4<sup>a</sup> ed.). EE. UU.: Allyn & Bacon.
- Gire, J. (2014). How death imitates life: Cultural influences on conceptions of death and dying. *Online Readings in Psychology and Culture*, 6(2). doi:10.9707/2307-0919.1120
- Griffiths, K. M., Crisp, D. A., Barney, L., & Reid, R. (2011). Seeking help for depression from family and friends: A qualitative analysis of perceived advantages and disadvantages. *BMC Psychiatry*, 11(1). doi:10.1186/1471-244x-11-196
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGraw Hill.
- Hu & Bentler, (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118

- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Perú: Anuario estadístico de la criminalidad y seguridad ciudadana 2011-2017*. Visión departamental, provincial y distrital. Recuperado de: [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1534/libro.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1534/libro.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2012). *Perú: I censo nacional de comisarías 2012*. INEI. Recuperado de: <https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/censos/cenacomResultadosDefinitivos/libro.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Nouguchi. (2020). *Apoyo a la investigación y docencia especializada*. La Depresión. INSM. Recuperado de: <http://www.insm.gov.pe/investigacion/articulos/1.html>
- ITC Guidelines for Translating and adapting Tests (Second Edition). (2017). *International Journal of Testing*, 18(2), 101-134. doi:1080/15305058.2017.1398166
- Kanter, J. W., Busch, A. M., Weeks, C. E., & Landes, S. J. (2008). The nature of clinical depression: Symptoms, syndromes, and behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 31(1), 1–21. doi:10.1007/bf03392158
- Kubler-Ross, E. (2009). *On death and dying: What the dying has to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. EE. UU.: Taylor & Francis.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. EE. UU.: Macmillan.
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*, 8(1). doi:10.1038/s41598-018-21243-x
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). *El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada*. *Anales de Psicología*, 30(3). doi:10.6018/analesps.30.3.199361

- Meier, E. A., Gallegos, J. V., Thomas, L. P. M., Depp, C. A., Irwin, S. A., & Jeste, D. V. (2016). Defining a good death (successful dying): Literature review and a call for research and public dialogue. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(4), 261–271. doi:10.1016/j.jagp.2016.01.135
- Ministerio del Interior del Perú. (2020). Ministro del interior anuncia que 56 policías fueron dados de alta tras vencer al covid-19. *Reitero que en los próximos días llegaran 200 mil pruebas de descarte para la PNP*. Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/mininter/noticias/140131-ministro-del-interior-anuncia-que-56-policias-fueron-dados-de-alta-tras-vencer-al-covid-19>
- Mouchet-Mages, S., & Baylé, F. (2008). Sadness as an integral part of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 10*(3), 321-327. Recovered from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181878/>
- Muñiz, J., Elousa, P., & Hamblenton, R. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los test: Segunda edición. *Journal Scholar Metrics, 25*(2), 151-157. doi: 10.7334 / psicothema2013.24
- National Institute of Mental Health. (2017). Major depression. *Prevalence of major depressive episode among adults*. Recovered from: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.shtml>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Depresión. Datos y cifras. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Salud mental. Salud mental en china. Recuperado de: <https://www.who.int/china/health-topics/mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Regional office for Europe. Depresión. Recuperado de: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/areas-of-work/depression>
- Pfefferbaum, B., & North, C. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *The New England Journal of Medicine*. Recovered from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2008017>

- Ponto, J. (2015). Understanding and evaluating survey research. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 6(2), 168-171. Recovered from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4601897/>
- Rajabi, G. R., Begdeli, Z., & Naderi, Z. (2015). Psychometric properties of the persian version of death depression scale among nurses. *Death Studies*, 39(6), 342–346. doi:10.1080/07481187.2014.951495
- Templer, D. I., Lavoie, M., Chalgujian, H., & Thomas-Dobson, S. (1990). The measurement of death depression. *Journal of Clinical Psychology*, 46(6), 834–839. doi:10.1002/1097-4679(199011)46:6<834::aid-jclp2270460623>3.0.co;2-0
- Tindall, L., Mikocka-Walus, A., McMillan, D., Wright, B., Hewitt, C., & Gascoyne, S. (2017). Is behavioural activation effective in the treatment of depression in young people? A systematic review and meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(4), 770–796. doi: 10.1111/papt.12121
- TIME. (2020). Heroes of the front lines. The Country Won't Work Without Them. 12 Stories of People Putting Their Lives on the Line to Help Others During Coronavirus. Recovered from: <https://time.com/collection/coronavirus-heroes/5816885/frontline-workers-coronavirus/>
- Registro Nacional de Trabajos de Investigación. (2020). Buscar trabajos de investigación. Escala de Depresion de Muerte. Recuperado de: <http://renati.sunedu.gob.pe/simplesearch?query=Escala+de+depresion+de+muerte>
- Rosenbaum, L. (2020). Facing Covid-19 in Italy-ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. *The New England Journal of Medicine*. Recovered from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005492>
- Sharif, H., Pahlevan, S., Lehto, R., Allen, K., Hossein, A., Yaghoobzadeh, A., & Ali, M. (2017). Psychometric properties of the Persian version of death depression scale-revised in Iranian patients with acute myocardial infraction. *Iran Journal*

Psychiatry, 12(3), 172-181. Recovered from:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29062368>

- Sharif Nia, H., Pahlevan Sharif, S., Lehto, R. H., Boyle, C., Yaghoobzadeh, A., Kaveh, O., & Goudarzian, A. H. (2017). Development and psychometric evaluation of a Persian version of the Death Depression Scale-Revised: a cross-cultural adaptation for patients with advanced cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 47(8), 713–719. doi:10.1093/jjco/hyx065
- Stroebe, M., Stroebe, W., van de Schoot, R., Schut, H., Abakoumkin, G., & Li, J. (2014). Guilt in bereavement: The role of self-blame and regret in coping with loss. *PLOS ONE*, 9(5), e96606. doi:10.1371/journal.pone.0096606
- Sutin, A. R., & Zonderman, A. B. (2012). Depressive symptoms are associated with weight gain among women. *Psychological Medicine*, 42(11), 2351–2360. doi:10.1017/s0033291712000566
- Universidad Cesar Vallejo. (2020). Repositorio de la universidad cesar vallejo. *Escala de Depresion de Muerte. Recuperado de:* <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/4/discover>
- Wang, L., Chen, J., Xu, Z., & Zhao, Q. (2020). Transcultural adaptation and psychometric properties of Chinese version of Death Depression Scale-Revised among nursing students. *Death Studies*, 1–8. doi:10.1080/07481187.2020.1753851
- Wickramasinghe, N., Wijesinghe, P., Dharmaratne, S., & Agampodi, S. (2016). The prevalence and associated factors of depression in policing: A cross sectional study in Sri Lanka. *Singerplus*, 5(1), 2-9. doi:10.1186/s40064-016-3474-9
- Vallejo-Medina, P., Gómez-Lugo, M., Marchal-Bertrand, L., Saavedra-Roa, A., Soler, F., & Morales, A. (2017). Developing guidelines for adapting questionnaires into the same language in another culture. *Terapia Psicológica*, 35(2), 159–172. doi:10.4067/s0718-48082017000200159

## ANEXOS

### Anexo 1

**Figura 2**

Operacionalización de la variable

Tabla 4  
*Operacionalización de la variable de la Escala de Depresión de Muerte (DDS)*

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de Medición
Depresión de la Muerte	La tristeza que la persona puede presentar en relación con sus pensamientos relacionados con la muerte de ellos mismo, la muerte de otros o la muerte en general (Templer et al., 1990).	Se tomó en cuenta la conceptualización de los autores, en relación a los puntajes obtenidos en la Escala de depresión de muerte tanto a nivel de los factores mencionadas como en el total de la escala aplicada.	Anergia y Anhedonia (Templer et al., 1990).	Perdida del interés hacia cosas importantes (Templer et al., 1990).	9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	Ordinal (Likert)  1 = Totalmente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 = De Acuerdo 5 = Totalmente de acuerdo
			Tristeza de muerte (Templer et al., 1990).	Pensamientos sobre la muerte de uno mismo (Templer et al., 1990).	3, 4, 5, 6, 7, 8	
			Otra Muerte (Templer et al., 1990).	Pensamientos sobre la muerte de otros (Templer et al., 1990).	18, 19, 20, 21	
			Vacío existencial y de muerte (Templer et al., 1990).	Sentir que nada tiene un sentido (Templer et al., 1990).	1, 2, 16, 17	



## Anexo 2

Figura 3

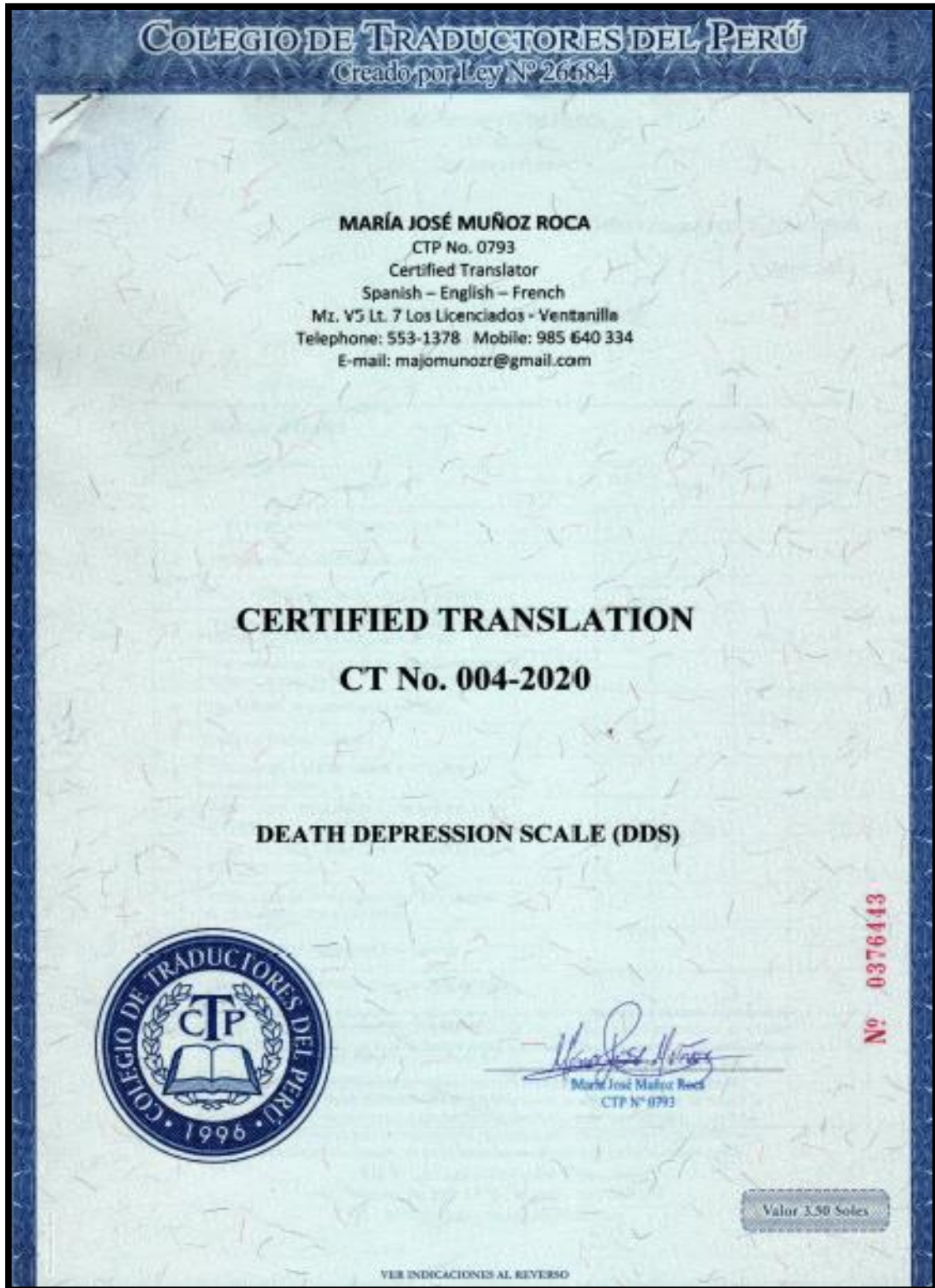
Protocolo de la Escala de Depresion de Muerte

Escala de Depresion de Muerte (DDS)						
		← 1		5 →		
		Totalmente en desacuerdo		Totalmente de acuerdo		
Nº	Pregunta	Completam ente en desacuerdo	En desacu erdo	No da acuerdo ni en desacuerdo	De acuerd o	Completam ente de acuerdo
1	Cuando pienso en la muerte, me siento vacío					
2	Pensar en la muerte me hace llorar					
3	Morir siempre debe ser un proceso infeliz					
4	Nada me entristece más que saber que mis amigos y parientes eventualmente morirán					
5	El proceso de morir seguramente será el momento más triste de mi vida.					
6	El pensamiento de la muerte me pone triste					
7	La muerte es un asunto solitario.					
8	La idea de la muerte hace que sea difícil experimentar el placer.					
9	Cuando pienso en la muerte, pierdo interés en las actividades de la vida.					
10	Pierdo interés en cuidarme cuando pienso en la muerte					
11	Cuando la muerte está en mi mente, mi cuerpo parece perder energía y disminuir la velocidad.					
12	El pensamiento de la muerte agota mi energía					
13	Es difícil concentrarme cuando la muerte está en mi mente					
14	Cuando pienso en la muerte, incluso la tarea más fácil se vuelve difícil					
15	La muerte me hace sentir desanimado sobre el futuro.					
16	¿Por qué intentarlo en la vida si solo vas a morir?					
17	La muerte me hace sentir desesperado					
18	Velar y estar en funerales son deprimentes					
19	Es imposible superar la muerte de un ser querido o un amigo cercano					
20	Estoy muy molesto por lo breve que es la vida.					
21	Me da miedo pensar en la muerte de amigos y seres queridos.					

### Anexo 3

Figura 4


Traducción directa de la Escala de Depresion de Muerte



## Anexo 4

**Figura 5**

Protocolo traducido de la Escala de Depresion de Muerte



**MARÍA JOSÉ MUÑOZ ROCA**  
CTP No. 0793  
Certified Translator

CERTIFIED TRANSLATION No. 004 – 2020  
Page 1 of 2

**Death Depression Scale (DDS)**

← **1** **5** →  
Strongly disagree Strongly agree

No.	Question	Strongly disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly agree
1	I feel empty when I think about death					
2	Thinking about death makes me cry					
3	Dying must always be an unhappy process					
4	Nothing saddens me more than knowing my friends and relatives will eventually die					
5	The process of dying is sure going to be the saddest time of my life					
6	The thought of death makes me sad					
7	Death is a lonely matter					
8	Thinking about death makes it difficult to experience pleasure					
9	When I think about death, I lose interest in life activities					
10	I lose interest in taking care of myself when I think about death					
11	When death is on my mind, my body seems to lose energy and slow down					
12	The thought of death drains my energy					
13	It is hard to concentrate when death is on my mind					
14	When I think about death, even the easiest task becomes difficult					
15	Death makes me feel disheartened about the future					
16	Why trying things in life if we are only going to die?					

Mz. V5 Lt.7 Los Licenciados – Ventanilla  
Telephone: 553-1378 Mobile: 985 640 334  
E-mail: majomunozr@gmail.com

## Anexo 5

**Figura 6.**

Protocolo traducido de la Escala de Depresion de Muerte (continuación).

**MARÍA JOSÉ MUÑOZ ROCA**  
 CTP No. 0793  
 Certified Translator


**CERTIFIED TRANSLATION No. 004 – 2020**  
 Page 2 of 2


17	Death makes me feel desperate				
18	Wakes and funerals are depressing				
18	It is impossible to get beyond the death of a loved one or close friend				
20	I am very upset due to the shortness of life				
21	I fear thinking about death of friends and loved ones				

I, the undersigned Certified Translator, Member of the Peruvian Association of Professional Licensed Translators (CTP), do hereby certify that this Certified Translation, consisting of 02 pages, is a true and correct translation into English of the original document in Spanish enclosed herewith, which has been produced before me.

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

Signed in Lima, this 25<sup>th</sup> day of April, 2020





María José Muñoz Roca  
 CTP N° 0793

Mz. V5 Lt. 7 Los Licenciados – Ventanilla  
 Telephone: 553-1378 Mobile: 985 640 334  
 E-mail: majomunozr@gmail.com

## Anexo 6

### Piloto

Tabla 7

Variables sociodemográficas de la investigación (n = 30)

Variable	f	%	DS	M	Mo
Edad					
21	2	6.90			
23	2	6.90			
25	3	10.3			
26	3	10.3			
27	3	10.3			
29	2	3.40			
30	2	6.90			
31	4	13.8	7.42	30.3	8
32	2	6.90			
33	1	3.40			
34	2	6.90			
36	1	3.40			
41	1	3.40			
51	1	3.40			
52	1	3.40			
Sexo					
♂	8	26.7	.449	-	2
♀	22	73.3			

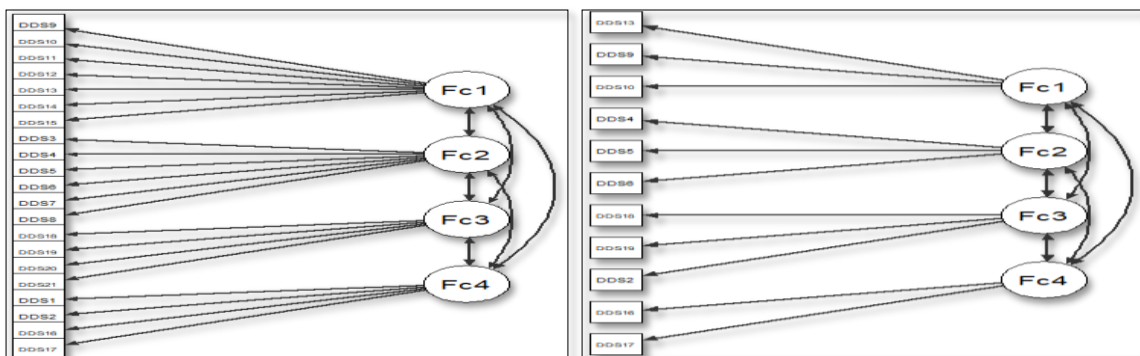
Nota: f = Frecuencia; % = Porcentaje; n = Muestra; ♀ = Mujer; ♂ = Hombre; DS = Desviación Estándar; M = Media; Mo = Moda

En la tabla 13, se evidencia que se realizó un piloto (n = 30), observándose que el rango de edad de los participantes estuvo entre los 21 a 52 años de edad, el cual la media fue de (M = 30.3), y la edad más representativa de 31 años (Mo = 8). Por otro lado, en la muestra del piloto, el sexo que mayor representación tuvo fue la del sexo masculino, con un 73.3%.

## Anexo 7

Figura 7

Dos modelos propuestos mediante AFC



## Anexo 8

**Tabla 14**

*Modelos del piloto por Análisis Factorial Confirmatorio (n = 30)*

Modelos	X <sup>2</sup>	df	p	CFI	TLI	SRMR	RMSEA	RMSEA 90% CI		AIC
								I	S	
Modelo 1 (original)	576	183	<.001	.421	.335	.152	.267	.243	.292	1638
Modelo 2 respecificado (11 ítems en 4 factores)	57	38	<.001	.867	.807	.106	.129	.047	.195	900

Nota. X<sup>2</sup> = Índice de la Chi-cuadrado; CFI = Índice de Bondad del Ajuste; TLI = Índice Tucker-Lewis; SRMR =; RMSEA = Índice de la Raíz cuadrada media del Error de la Aproximación; AIC = Criterio de Información de Akaikè; I = Inferior; S = Superior.

En la tabla 14 se observa los análisis del piloto ( $n = 30$ ) de las evidencias de validez por estructura interna, mediante el programa Jamovi. Teniendo resultados fuera de lo esperado, ello es lógico con los requisitos para realizar un análisis factorial y con los argumentos de teóricos, dado que la muestra del piloto ( $n = 30$ ) es insuficiente para poder realizar dicho análisis riguroso (Medrano & Navarro, 2017). Sin embargo, conforme la muestra adquiera más evaluados, los resultados mejoraran.

## Anexo 9

**Tabla 15**

*Cargas factoriales estandarizadas y correlación entre factores del DDS Modelo 1 mediante el piloto (n = 30)*

Ítems	F1	F2	F3	F4
DDS9	.680			
DDS10	.831			
DDS11	.811			
DDS12	.700			
DDS13	.925			
DDS14	.943			
DDS15	.696			
DDS3		.835		
DDS4		.644		
DDS5		.258		
DDS6		.813		
DDS7		.390		
DDS8		.696		
DDS18			.609	
DDS19			.620	
DDS20			.621	
DDS21			.446	
DDS1				.383
DDS2				.558

DDS16				.637
DDS17				.622
Promedio de cargas factoriales	.798	.606	.535	.622
Correlación entre factores				
Anergia y Anhedonia (F1)	-	.393	.819	.990
Tristeza de muerte (F2)	-	-	.990	.428
Otra muerte (F3)	-	-	-	.835
Vacío existencial (F4)	-	-	-	-
Fiabilidad				
Total ( $\alpha - \omega$ )			.940/.916	
Dimensiones ( $\alpha - \omega$ )	0.928/.932	.763/.771	.677/.683	.605/.663

Nota: F = factor; DDS = Escala de Depresion de Muerte;  $\alpha$  = Coeficiente Alfa;  $\omega$  = Coeficiente Omega

En a tabla 15, se reporta adecuadas cargas factoriales en sus cuatro dimensiones  $>.30$ ; asimismo, adecuadas correlación de factores  $>.50$  (Escobedo et al., 2015). Por último, en las evidencias de confiabilidad, se evidencia adecuados, valores mayores a  $>.70$  en los coeficiente alfa y omega, sin embargo, solo la dimensión Vacío Existencial reporto valores por debajo de lo esperado (Ventura-León, 2017).

## Anexo 10

### Figura 8

#### Permiso del Autor

