



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

**Adaptación de la escala de Salud Mental en estudiantes
universitarios de Lima Metropolitana, 2021**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Licenciada en Psicología

AUTORES:

Gastelu Soto, Stefany Julissa (ORCID 0000-0001-5904-7389)
Hurtado Deudor, Lisseth Evelyn (ORCID 0000-0002-0023-3424)

ASESOR:

Mg. Castro Santisteban, Martin (ORCID 0000-0002-8882-6135)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Psicométrica

LIMA – PERÚ

2022

Dedicatoria

A nuestro señor, a nuestras familias, especialmente a nuestros padres, que nos inculcaron el esfuerzo, dedicación al estudio y la superación.

Agradecimientos

A nuestro asesor Martín Castro Santisteban, que nos guio, orientó, asesoró y nos brindó su apoyo, e información para lograr nuestros objetivos para llevar a cabo nuestra investigación.

Índice de contenido

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice de contenido.....	iv
Índice de tablas.....	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA.....	14
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	14
3.2 Variables y Operacionalización.....	14
3.3 Población, muestra, muestreo	15
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	16
3.5 Procedimiento	18
3.6 Método de análisis de datos.....	19
3.7 Aspectos éticos	19
IV. RESULTADOS	21
V. DISCUSIÓN.....	30
VI. CONCLUSIONES	35
VII. RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS	37

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1 Validez basada en el contenido de la adaptación de la Escala de Salud Mental por medio del V de Aiken	21
Tabla 2 Análisis estadístico preliminar de los ítems de la adaptación Escala de Salud Mental (n=1036)	22
Tabla 3 Índices de ajuste para los modelos de la Escala de Salud Mental (n=1036)	24
Tabla 4 Cargas factoriales e Índices específicos para modelos bifactor de la Escala de Salud Mental (n=1036)	26
Tabla 5 Análisis de invarianza factorial según sexo de la Escala de Salud Mental (n=1036)	28
Tabla 6 Percentiles y baremos de la Escala de Salud Mental (n=1036)	29

Índice De figuras

	Pág.
Figura 1 Modelo multidimensional bifactorial de la Escala de Salud Mental (n=1036)	25

Resumen

La actual investigación buscó determinar las características psicométricas de la adaptación de la Escala Salud Mental en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana, 2021, este estudio es de diseño instrumental y tipo psicométrico, constituida por 28 ítems y cuatro dimensiones. La muestra estuvo conformada por 1036 personas, 460 del sexo femenino y 576 del sexo masculino entre los 18 a 30 años. El análisis factorial confirmatorio mostró índices de ajustes aceptables: CFI= .929, TLI= .917, RMSEA= .080, SRMR=.069; con relación a la confiabilidad se llevó a cabo a través del coeficiente Omega de Mc Donald =.962 para el factor general y para las dimensiones: .848, .919, .804 y .951 respectivamente. Se concluye, que la adaptación de la Escala de Salud Mental, evidencia adecuadas propiedades psicométricas para ser utilizada en la población universitaria de Lima Metropolitana.

Palabras clave: Adaptación, Escala de Salud mental, propiedades psicométricas.

Abstract

The current investigation sought to determine the psychometric characteristics of the adaptation of the Mental Health Scale in university students of Metropolitan Lima, 2021, this study is of instrumental design and psychometric type, consisting of 28 items and four dimensions. The sample consisted of 1,036 people, 460 female and 576 male between 18 and 30 years old. Confirmatory factor analysis showed acceptable fit indices: CFI= .929, TLI= .917, RMSEA= .080, SRMR=.069; In relation to reliability, it was carried out through Mc Donald's Omega coefficient =.962 for the general factor and for the dimensions: .848, .919, .804 and .951 respectively. It is concluded that the adaptation of the Mental Health Scale shows adequate psychometric properties to be used in the university population of Metropolitan Lima.

Keywords: *Adaptation, Mental Health Scale, psychometric properties.*

I. INTRODUCCIÓN

Los problemas de la salud mental son considerados como una epidemia silenciosa que ha perjudicado a las Américas mucho antes del coronavirus, con depresión, ansiedad y suicidio como las primordiales razones de discapacidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). En este sentido, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Organización Mundial de la Salud (UNICEF y OMS, 2019) especifica que un 20% sufren trastornos mentales, en una muestra de jóvenes a nivel mundial, se evidencia que quitarse la vida de manera voluntaria puede ser una causa significativa en adolescentes de 15 a 19 años y el 15% de los jóvenes de territorios de ingresos medios y bajos se han postulado el suicidio.

En los países múltiples de todo el mundo se reportan casos de problemas psicosomáticos que se evidencian en la ansiedad, ánimo depresivo y el cansancio en los países de Reino Unido y Egipto (El Ansari et al., 2011,2013). Asimismo, la American College Health Association (ACHA, 2015) determinó que el 16% de una muestra de alumnos del país de Estados Unidos fue diagnosticado con ansiedad, el 13% de la misma muestra con depresión y el 7% presentó ataques de pánico. En China la salud mental en adolescentes resultó ser afectada de forma significativa durante la pandemia del coronavirus. Los elementos económicos y el retraso académico afectaron positivamente los indicios de ansiedad en los universitarios: 2.7% reportan una ansiedad moderada y un 21.3% muestran una ansiedad leve. Es así que, el 60% de la población estudiantil universitaria de todo el mundo han sido afectadas y teniendo la complejidad para continuar sus estudios de forma virtual. (Cao et al.,2020).

A nivel de América Latina, la salud mental ha sufrido un efecto negativo en los jóvenes, adolescentes y adultos debido al Covid-19. Es por ello que, Unicef (2020) en una población de 8.444 adolescentes mayores de 13 años, los cuales padecen de depresión y de ansiedad reflejándose en un 15% y 27% respectivamente. Se determinó que la situación económica influye directamente en sus emociones, la primordial razón que influye en sus emociones recientes es el caso económico. Además, un 46 % reporta tener menos motivación para continuar con sus estudios. Mientras tanto, el 36% suele sentirse menos motivado en sus

actividades cotidianas y el 60% presenta la necesidad de solicitar ayuda con el objetivo de alcanzar un bienestar mental, pese a lo mencionado, se evidenció que un 40% no solicita ayuda, lo que resalta la importancia de esta investigación y su difusión. También podemos evidenciar la afectación de la salud mental en Uruguay, tuvo que la depresión representa el 4% en hombres y casi un 6% en mujeres, estos porcentajes son significativamente representativos de la población, la ansiedad ha sido de 3,8% en hombres y 7,7% en mujeres (OPS, 2018). Asimismo, Puerto Rico, determinó que los principales retrasos son significativamente altos durante la pandemia, a causa de los cambios de una educación presencial a una virtual generando el incremento de casos de depresión, ansiedad, preocupaciones en los jóvenes por el aislamiento social, así como dificultades para relacionarse entre sus pares, crisis en la economía y la accesibilidad a recursos tecnológicos (Rosario-Rodríguez et al., 2020).

Sin embargo, debido a la situación por la que pasa nuestro país debido al aislamiento, a la restricción, distanciamiento social, la complejidad de hacer las múltiples rutinas, así como las exigencias académicas, tecnologías han originado el incremento de ansiedad y estrés en los adolescentes (Sanz, Sáinz y Capilla, 2020). El Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2018) menciona los trastornos involucrados a lo afectivo se representa en un 7 a 8%; en lo que el trastorno involucrado al consumo de sustancias psicoactivas está en un 4% a 5%, es por ende que la salud general y la salud mental paralelamente están relacionadas, debido a que, en lo cual concierne a los tratamientos de dichos trastornos alcanza un costo de 74% en adultos y 82 % en jóvenes (INSM, 2019).

En el mundo, se encontraron trabajos relacionados a las propiedades psicométricas, entre ellos: (GHQ-28) con la versión de 28 reactivos (Goldberg y Hillier, 1979; Goldberg, 1981, versión de España, 1996), The Warwick–Edinburg de la mente Well-being Scale (WEMWBS) (Tennant et.al, 2007) que se han realizado 9 equipos focales, 3 en Inglaterra y 6 en Escocia ambos en una muestra de alumnos. Además, tenemos el cuestionario de salud de 12 ítems de Goldberg y Williams (1988) en una muestra de alumnos del continente europeo, la The structure of the scale of Psychological Well-being (Ryff y Keyes, 1995) en alumnos de la Universidad Wisconsin-Madison (E.E.U.U).

Partiendo de este problema, se formuló esta pregunta de investigación: ¿Qué características psicométricas presenta la adaptación de la escala de Salud Mental en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana, 2021?

Se justificó a nivel teórico, porque apoya en la ampliación del conocimiento en el marco teórico en la que se basa la variable, ya que será un instrumento nuevo porque no existen instrumentos validados en estudiantes universitarios en nuestro país de la escala salud mental. A nivel práctico, nos brindará un instrumento adaptado para medir la salud mental en universitarios peruanos. En el nivel metodológico, esta adaptación se convertirá en un instrumento que mide la variable salud mental que cuenta con validez, confiabilidad y baremos producto de la adaptación. Finalmente, en el nivel social, servirá como instrumento para evaluar y realizar tamizajes en estudiantes universitarios, además puede convertirse en antecedentes para futuras investigaciones ya que a nivel nacional no existen instrumentos que midan esta variable.

De esta manera, se formuló el siguiente objetivo general: Determinar las características psicométricas de la adaptación de la escala de Salud Mental en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana, 2021.

Asimismo se desprendió los objetivos específicos: Realizar el análisis de los ítems de la adaptación de la Escala de Salud Mental, analizar la evidencia de validez basada en el contenido de la adaptación de la Escala de Salud Mental, analizar la evidencia de validez basada en la estructura interna de la adaptación de la Escala de Salud Mental, analizar la evidencia de confiabilidad mediante consistencia interna de la adaptación de la Escala de Salud Mental, analizar la evidencia de equidad mediante invarianza factorial y finalmente, elaborar los datos normativos para la interpretación de la Escala de Salud Mental en estudiantes universitarios

II. MARCO TEÓRICO

Godoy-Izquierdo et al. (2002), han realizado un análisis con el objetivo de comprobar las propiedades psicométricas del instrumento (GHQ-28), participaron universitarios entre ellos 211 sujetos tanto hombres como féminas con rangos de edad que oscilaban entre 18 y 33 años. Obteniendo un α .97 con el alfa de Cronbach y con el procedimiento de 2 mitades resultó .99, mientras tanto que para las 4 dimensiones se presentaron los resultados: síntomas somáticos (.93), ansiedad e insomnio (.92), disfunción social (.91) y depresión severa (.97). Además, la media= 15.38, 15.42, 19.05 en las 4 dimensiones respectivamente. Asimismo, se hizo un análisis factorial confirmatorio (AFC) obteniendo la multidimensionalidad de la prueba, valores de la varianza explicada equivalentes a 60%, 7%, 4% 3% respectivamente de la varianza total.

Silva-Gutiérrez y De la Cruz-Guzmán (2017) examinaron las evidencias psicométricas y la validez de la prueba GHQ 28, donde 100 universitarios participaron originarios de la Universidad de Guadalajara de México. Se efectuó la consistencia interna por medio del α de Cronbach= .82, mientras tanto que para los 4 componentes: síntomas somáticos = .70, ansiedad e insomnio = .78, disfunción social = .63 y en depresión severa = .62. En relación con el análisis exploratorio resultó el KMO= .75, la esfericidad de Bartlett con un Chi cuadrado = 112.95 para la primera dimensión, KMO= 0.71, esfericidad de Bartlett =103.22 para la segunda. De igual manera se encontró la varianza = 67.33 % y las cargas factoriales de los ítems mayores a 0.50 y para esta estructura el porcentaje de varianza = 53.26 % y los ítems con cargas superiores al 0.50.

Galindo et al. (2017) determinó las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) aplicado para 276 trabajadores del nivel primario no formales en la Ciudad de México con la enfermedad de cáncer, de los cuales 71 fueron hombres y 205 mujeres. Con relación a la consistencia interna de la escala global dio como resultado un valor igual a .91. Mientras que, para las subescalas resultaron valores de .86, .86, .76 y .80 respectivamente. Además, se realizó un AFE obteniendo ($p=0.001$), el coeficiente KMO= .88. Asimismo, se pudo evidenciar un modelo con cuatro

dimensiones teniendo que eliminar el reactivo 7, ya que evidencio una carga factorial con puntuación menos a .40 y se muestra una varianza que resulta un 53.42 %.

Pérez et al. (2010) dio a conocer las propiedades psicométricas de la escala GHQ-28. Participaron 138 pacientes españoles con dependencia a opiáceos. De los cuales el 95,6% pertenecen al sexo masculino y el 4,4% del femenino. Con relación a la fiabilidad se obtuvo α valor igual a .93. Mientras que, para las subescalas como: síntomas somáticos (.82), ansiedad e insomnio (.85), disfunción social (.86) y depresión severa (.83) empleando el alfa de Cronbach. Mientras que utilizando el método de dos mitades resultaron: .72, .85, .85 y .91 para las cuatro dimensiones respectivamente. Se realizó un AFC para poder confirmar la propuesta de cuatro dimensiones utilizando los ajustes comparativos CFI, TLI los cuales fueron superiores al .90. Mientras que, para el RMSEA se obtuvo un valor menor a .08.

Vallejos et al., (2014) realizó un estudio de las evidencias psicométricas del cuestionario GHQ-28, participaron 301 pacientes con la enfermedad de fibromialgia de quince hospitales de España, (10 sexo masculino y 291 sexo femenino), α : .79, .90, 79 y 91 para las cuatro subescalas respectivamente. Mientras que para la escala global resultó un valor igual a .94. Asimismo, resultaron las medias: 1.67, 1.5, 1.5 y 0.89. Mientras que se presentaron valores de desviación estándar: .56, 0.7, .49 y .82, todos estos valores hacen referencia a las dimensiones. En cuanto al AFC se confirmó la propuesta hecha por el autor, además se obtuvo la varianza explicada igual a 61.73%. Además, se realizó un AFE, en cuanto al KMO resultó ($p = .0001$).

Villa, Zuluaga, Restrepo (2013) realizó un trabajo para estimar las evidencias psicométricas del cuestionario de salud mental GHQ-12, participaron 85 pacientes internos pertenecientes a un nosocomio en Colombia. Se halló $\alpha = .84$ con 11 ítems y .78 con 12 ítems. Para la dimensión bienestar psicológico se validó que le corresponde los ítems 1, 3, 4, 7, 8, 12, mientras que para el malestar psicológico se agrupó en los ítems 2, 5, 6, 9, 10 y finalmente se encontró índices adecuados para la consistencia interna iguales a .79 y .81 respectivamente. Además, se

obtuvieron resultados de la media= 6.06, 8.82 para la primera dimensión y la desviación estándar= 3.6, 4.6 para la segunda dimensión. Para el AFC, el KMO resultó .84 y ($p < .001$). Asimismo, se encontraron cargas factoriales mayores a 0.50 en comparación del ítem 11 y también se halló la varianza explicada= 51.768%.

Brabete (2014) analizó las evidencias psicométricas del General Health Questionnaire (GHQ-12). Participaron de la muestra 513 mujeres y 293 hombres rumanos, la mayoría son de Bucarest y ciudades de Rumania. Obteniendo α .70. Además, se halló las medias resultando en las mujeres igual a 11,48, desviación estándar=4.39 y para los hombres 10.82 y 3.86 evidenciando que en las mujeres existe mayor prevalencia de síntomas que pueden llegar a trastornos mentales. En el AFE, el KMO resultó .86. A partir del análisis se desprenden 3 dimensiones con varianzas explicadas iguales a 37,69%,9,93% y 8,52% para cada uno de ellos. En el AFC, se propuso un modelo de tres factores brindando resultados óptimos, RMSEA= .085, CFI= > .90, TLI=> .90.

Rivas-Diez, Sánchez-López (2014) evaluaron la consistencia interna y la composición factorial del cuestionario de salud general de 12 ítems en una muestra de mujeres de Chile. Participaron 371 mujeres de 18 a 72 años. Se obtuvo α .86. Asimismo, la media resultó 10.91, desviación estándar=6,04. Además, se halló la varianza explicada de los factores resultando: 39.56,1.88 y 9.03. En el AFE, el KMO = 0,877 y esfericidad de Bartlett ($p=0,000$). Se confirmó a través de AFC un modelo tridimensional propuesto el cual brindó resultados óptimos como CFI = .96, RMSEA=0.079.

Solís-Cámara et al., (2016) dio a conocer las correlaciones entre los factores del cuestionario de salud mental de 12 ítems. Participaron 1093 adultos del país de México. De los cuales 631 fueron mujeres y 462 fueron hombres. Asimismo, se denotó α = .85 para los ítems positivos y para los negativos resultó un valor .82. Además, se halló las desviaciones estándar, las medias, curtosis y asimetría de los ítems. Los resultados oscilan entre los valores de: .23 a .61 (negativos), ($M= 0.38$ a 1.41); .40 a .58 (positivos), ($M= 1.10$ a 1.43). Mientras que para la curtosis y la asimetría resultaron favorable y desfavorable respectivamente, ya que en este último en los ítems 10 y 11 se desviaron más de lo normal. En el AFE, el KMO= .86,

($p < .001$). En el AFC, el CFI= .95, RMSEA= < 0.08 confirmando un modelo con tres dimensiones con un ajuste aceptable. También, se obtuvo la varianza total explicada de 55.8%.

A nivel histórico en el Modernismo Bleuler (1996) menciona que toda aquella patología psicológica en su mayoría tiene base genética. Mientras que, Moniz (1948), introdujo la lobotomía, la cual es el proceso de cortar una parte del lóbulo frontal cuya finalidad es disminuir la hormona de excitación en los pacientes. Es así como el constructo de la salud mental ha variado a lo largo de los años, ya que la Psicoterapia en el siglo XX, en Estados Unidos se hace presente la corriente del conductismo cuestiona el concepto de enfermedad mental como entidad y lo que existen son conductas desadaptativas. A partir de ello, se mostró una concepción de la salud mental distinta. Asimismo, se hace presente la Psicología humanista la cual considera el bienestar mental como congruencia, espontaneidad del ser humano para sentirse saludable y que vive sujeto a la verdad íntima de su ser más no a roles de la sociedad (Miranda,2018).

Desde el punto de vista filosófico, Triglia (s.f.) menciona que la teoría humoralista define el bienestar como la proporción entre los humores conocidos como: la bilis negra, la bilis amarilla, la flema o pituita y la sangre. Por ello el aumento de flema tenía como finalidad obtener diversas enfermedades tales como conductas antisociales entre otras. Posterior a ello, en la psiquiatría en el siglo XVIII se incorporó un componente psicológico a la enfermedad mental ya que, los humores tenían relación con la clasificación realizada por Cullen (demencia, manía y melancolía). Además, se desechó que las enfermedades mentales tengan su origen en lo hereditario, sino que, podría ser adquirida (Chiarugi ,1746, citado en Salaverry,2012). Asimismo, Hermsen (2011) opina que Philippe Pinel es el padre de la psiquiatría clínica gracias a su observación empírica y su trato humanitario, ya que rompió los mitos que las personas con enfermedades mentales al igual que las brujas estaban poseídas por el demonio. Además, clasifico a las enfermedades mentales y desarrollo tratamientos que permitieron su cura.

Desde el enfoque fenomenológico, humanista, existencial, se demuestra cuando el sujeto mediante este enfoque se autoevalúa llega a ser consciente de su

ser. Además, se detalla esta estructura sistematizada que suele actualizarse a medida que el tiempo transcurre, el mayor porcentaje interpreta a niveles superiores en relación a la salud y autopercepción y es así como se logra ver a sí mismo y comprender su vida actualmente (Carrazana, 2002).

Con relación a la epistemología del constructo de la salud mental ha presentado discusiones con relación a su concepto, ya que se tiene un concepto en los ámbitos clínicos, social y cultural. Es así que desde hace tiempo se ha confundido el concepto de enfermedad mental con salud mental, ya que este constructo recibe aportaciones de un campo multidisciplinario en los cuales se muestra una evolución del constructo de salud mental (Macaya, Vyhmeister y Parada, 2018)

Asimismo, Galende (1997) indica que la salud mental como concepto no se relaciona con la enfermedad mental, sino que depende de los estilos de cada sujeto, de la convivencia, a la manera de relacionarse con los demás, las actividades que realiza destacando sus habilidades, valores, sentimientos y así como también resolver los distintos problemas y la respuesta a las demandas del medio ambiente y de la vida diaria. Además, Deluze y Guattari (2004) proponen un modelo descriptivo o epistemológico del rizoma. Desde este punto la salud mental se conceptualiza desde lo multidisciplinario, ya que recibe aportes o contribuciones de varias disciplinas como: enfermería, economía, psiquiatría, psicología, etc. A la vez estas disciplinas existen otras orientaciones idiosincrásicas con diferentes abordajes sobre la salud mental.

También tenemos a la concepción biomédica, conductual, cognitiva y socioeconómica. La primera, hace mención al proceso biológico (cerebro) y la ausencia de la enfermedad (criterio de normalidad). Mientras que la segunda, nos habla acerca del ambientalismo, en el cual los estímulos del entorno determinan, explican y modifican el comportamiento de las personas siendo así que la conducta puede ser moldeable. Además, la tercera refiere que es educativa-instruccionista la cual tiene como fin que las personas cambien sus formas de pensamiento (creencias irracionales, distorsiones cognitivas, etc.) y a la vez aprender a adaptarse a los distintos cambios que pueden presentarse en su vida diaria.

Finalmente, la cuarta nos habla acerca del aumento a nivel económico y socioeconómico a través de la promoción y prevención en el que podrá alcanzar una mejor calidad de vida. Asimismo, existe una relación con el capital humano dentro de un marco de desarrollo humano y de derechos (Restrepo y Jaramillo, 2012).

La salud mental es un tema relevante que posibilita que la persona goce de bienestar y de diversas capacidades para enfrentar los inconvenientes de la vida diaria. Además, es considerada como un estado de confort del individuo lo que hace que sea capaz de hacer frente a los diversos factores de estrés presentes en su vida cotidiana, desarrollar todo su potencial, contribuir de manera productiva a su comunidad (OMS,2004). Asimismo, la misma entidad catorce años después reveló que también se consideró como un estado de confort mental, social y físico más no únicamente como la falta de patologías (ONU,2020). Por otro lado, MINSA (2020) la considera como el proceso dinámico de bienestar gracias a la relación entre las capacidades del individuo y su entorno. También implica la búsqueda de armonía y de sentido que se vincula con la empatía, confianza y capacidad de autocuidado.

Los modelos teóricos relacionados al tema, se encontró al modelo de Personalidad de Eysenck que pertenece a los más sólidos dentro de la Psicología, el mismo que es nombrado como el Modelo BIG THREE o Modelo PEN, puesto que postula 3 estadios de la personalidad: Extraversión (E), Psicoticismo (P) y Neuroticismo (N). Siendo el cual se vincula con la disposición a padecer trastornos neuróticos, tanto trastornos de ansiedad como del estado de ánimo. Siendo de esta forma que, una persona con alto neuroticismo es ansioso, deprimido, tenso, tímido, sentimientos de culpa y una baja autoestima (Eysenck, 1990); mientras que la extraversión posee prácticamente los aspectos de actividad, sociabilidad y en el psicoticismo se vinculan la indagación de impresiones no sociales y la impulsividad.

Por otro lado, en el modelo cognitivo de la depresión, se postuló 3 conceptos básicos: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. El primer elemento se enfoca cuando la perspectiva es negativa de uno mismo. El segundo se reúne en la tendencia de la persona que padece depresión quien interpreta sus

vivencias de una manera desfavorable y el tercero se concentra en la perspectiva negativa del futuro (Beck et al., 1979).

Asimismo, dentro de las teorías que explican o se acercan más a nuestra variable en estudio son: la teoría de personalidad de Eysenck y el modelo cognitivo de la depresión de Beck por ser las más robustas y las cuales explicarían algunas de las dimensiones de la prueba.

Con relación a las dimensiones de Salud Mental se dividen en cuatro: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión severa, las mismas que se desarrollarán a continuación. Respecto a los síntomas somáticos, éstos se definieron como aquellas sensaciones del cuerpo, en donde las quejas y preocupaciones se somatizan reflejándose en las dificultades emocionales e interpersonales (Goldberg y Hillier, 1979). Además, los síntomas somáticos son considerados generalmente una mezcla de factores físicos y psicológicos (Kroenke & Rosmalen, 2006).

Asimismo, la ansiedad e insomnio es definida como aquella situación que da origen a diversas conductas de miedo ante una situación peligrosa de forma excesiva perjudicando el normal funcionamiento de la persona (OMS, 2004). así como también el insomnio es considerado como la ausencia de un sueño reparador que genera muchas veces en la persona tensión, ansiedad, malhumor y desinterés al momento de realizar cualquier actividad (Marx et al., 2011). Mientras que, la disfunción social está referida a la incapacidad para poder gozar de las distintas actividades de la vida diaria, ya que esto puede causar menor gratificación e insatisfacción al realizar alguna actividad (Cheshire et al., 2010). Además, se refiere a la carencia de autopercepción sobre todas las capacidades para poder manejar con autonomía cada una de sus actividades (Villa et al., 2013) y finalmente la depresión severa se conceptualiza de manera en la que este trastorno mental genera un desbalance notorio a nivel de estado de ánimo y otorgando inicio a otras problemáticas como dificultades en tanto a relaciones intrapersonales, relaciones interpersonales y motivacionales, mostrando poca valoración de sí mismos y sentimientos de inferioridad destructivas (Beck et al., 1979). Además, es considerada como un síntoma que es muy grave que puede evidenciarse cuando

el individuo presenta ideación suicida, desesperanza y desvalorización (Zambrano & Ceballos, 2007; Magaña & Smith, 2006; De Alba, Castellanos & Sánchez, 2015).

Con relación al cuestionario de Salud mental fue desarrollado por Goldberg en el año 1970, en el Hospital Universitario de Manchester (Inglaterra). Se elaboró este instrumento dirigido a los profesionales de la salud para apoyar a la evaluación y detección de los niveles de salud de la persona. Este cuestionario constaba inicialmente de 60 ítems, pero al pasar los años se han desarrollado versiones abreviadas que constaban de 30, 28 y 12 ítem. Asimismo, el autor para la creación de los ítems se basó en cuatro áreas en las que ha trabajado las cuales son: hipocondría, ansiedad, inadecuación social y depresión. Los ítems del cuestionario fueron seleccionados del Inventario de Personalidad de Eysenck, Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota y la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (García, 1999).

En relación a la adaptación en psicometría, es un complejo proceso de modificar un instrumento de medición para que sea utilizada en un contexto diferente al que fue creado (Sánchez-Villena & De La Fuente-Figuerola, 2020). Asimismo, las características psicometría se define como un grupo de procedimientos, teorías, técnicas encargadas de medir y cuantificar distintos constructos psicológicos (Muñiz, 2010). Se apoya en dos teorías las cuales resultan muy relevantes para su creación. Por un lado, se encuentra la teoría clásica del test más conocido como (TCT), este hace hincapié en la exploración de los puntajes que son hallados con el fin de obtener valores de errores obtenidos a lo largo del método con medida indirecta de los constructos psicológicos. Encontramos la teoría (TRI), este modelo es de tipo probabilístico comprensible de datos obtenidos en cada ítem y de esa forma lograr llevarse a cabo la construcción de un texto individualizado (Leenen, 2014; Meneses et al., 2013).

Además, cuando hablamos de psicometría tenemos la posibilidad de abordar conceptos como la validez y sus tipos, confiabilidad. Puede decirse que la validez es un método que nos posibilita saber que el instrumento mide lo cual pretende medir. Siendo de esta forma que, tenemos la posibilidad de nombrar que hay tipos de validez como: validez de contenido, el cual se relaciona con la cohesión que

muestra entre todos los ítems y permitiendo saber que el instrumento mide el constructo (González, 2007). Es necesario emplear el procedimiento de juicio de expertos para así contar con profesionales que plantean reactivos para se encuentre conforme al constructo, además pueden hacer una evaluación de la relevancia, pertinencia, claridad considerándose aceptable el resultado \geq a .70 (Meneses et al., 2013).

Asimismo, podemos decir que la validez en la estructura interna nos posibilita confirmar que la prueba psicológica mida correctamente el constructo conforme a la teoría escogida, es decir, el estudio puede darnos resultados para indicar el nivel de las interrelaciones el instrumento y sus elementos los cuales se ajustan a un constructo (Ríos & Wells, 2014). Así como también, nos sugiere el nivel de certeza que debería de contar el instrumento para que logre pronosticar comportamientos futuros y se debería de cotejar entre los cálculos de una prueba con otras variables externas denominadas validez de criterio (American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education [AERA, APA & NCME], 2018). Los autores Castañeda et al. (2010) sugieren que se consigue el tipo de validez por medio del estudio factorial, el cual es una técnica que nos permite averiguar las propiedades de la prueba. Además, nos sirve para contrastar la variable con las respuestas brindadas por el informante mediante los datos estadísticos. Asimismo, el AFE, revisa las variables, factores y el constructo de la prueba. En lo que, la AFC, se encarga de encontrar la relación existente entre los elementos del instrumento y los indicadores.

Con relación, la fiabilidad tiene relación con la firmeza y exactitud de la medición. Además, se plantea que es fiable cuando el instrumento se aplica a los mismos sujetos y los resultados deben de ser similares (Muñiz, 2010) Asimismo, se halla la confiabilidad de las pruebas por medio de la consistencia interna del coeficiente Alfa de Cronbach, el cual muestra la covarianza de los ítems; si su interacción con la varianza general del instrumento es más grande, se aumentará el coeficiente y nos posibilita saber que su confiabilidad va a ser importante (Meneses et al., 2013). Sin embargo, no es el exclusivo coeficiente de medición que se puede utilizar debido a que, se tiene al coeficiente omega (McDonald, 1990), que

es un procedimiento que se utiliza de manera alterna para evaluar la confiabilidad debido a que este coeficiente evalúa las cargas factoriales las cuales resultan de la sumatoria de las variables evaluadas y es aceptable cuando el valor fluctúa entre .70 a .90 (Ventura-León y Caycho-Rodríguez,2017). También, se plantea que este coeficiente es el más robusto (Viladrich, Angulo-Brunet y Doval, 2017) y se estima apta cuando la escala de respuesta es binaria y ordinal (Zumbo, Gadermann y Zeisser, 2007).

En este trabajo se consideró el análisis de los ítems, cuya finalidad es la valoración de los mismos que reafirma el instrumento. En este sentido, Kline (1986) menciona que el índice de homogeneidad corregida (IHC) debe de ser mayor a 0.30. Además, Tabachnick y Fidell (2001) indicaron que las comunalidades tienen que disponer de valores más grandes a 0.30; en cuanto a la asimetría y curtosis, los ítems deben mantenerse entre los valores de +/- 1.5 (Pérez y Medrano, 2010).

Finalmente, los baremos muestran percentiles los cuales nos permiten hallar valores con significancia entre ambos grupos ya sea sexo, edad, zona, etc. Nos permiten cambiar los puntajes en bruto en derivados como los percentiles, estatinos y varios más. Al emplearlos nos ayudan, porque son una pieza importante en un trabajo de indagación donde se utilizan test psicológicos debido a que, nos presentan la posición de las personas con relación a un grupo (Alarcón, 2008).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

Tipo. - Es de tipo psicométrico, porque posee como objetivo analizar la validez y confiabilidad de una prueba psicológica y además porque describe la variable y su incidencia en un determinado momento (Sánchez & Reyes, 2015). Asimismo, esta investigación es de tipo tecnológica, la cual es considerada más práctica que teórica (Rodríguez, 2005).

Diseño. - Esta investigación es de tipo Instrumental, ya que se analizó las propiedades psicométricas de los instrumentos psicológicos de nuevas pruebas o de adaptaciones antiguas y actuales (Ato et al., 2013).

3.2 Variables y Operacionalización

Variable: Salud Mental

Definición conceptual

Salud mental se conceptualiza en la capacidad para hacer las actividades cotidianas sin la perturbación de fenómenos o indicios psicopatológicos en la persona. (Goldberg, 1979 citado por Villa et al., 2013)

Definición operacional

Esta variable fue medida por el Cuestionario de Salud Mental General de Goldberg y adaptada por Lobo et al. (1986) la cual tiene 28 ítems y 4 dimensiones (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión severa).

Indicadores

Los síntomas somáticos tienen como indicadores (salud, agotamiento y/o tensión, sensación de enfermedad, dolores de cabeza), mientras que, ansiedad e insomnio tiene como indicadores (problemas y/o preocupaciones, insomnio, nerviosismo- malhumor). Asimismo, la disfunción social presenta los siguientes indicadores (actitud-emociones) y la depresión severa tiene como indicadores (estado de ánimo, suicidio).

Escala de medición

El instrumento tiene una escala ordinal de tipo Likert, con alternativas desde 1= No, en absoluto, 2= No más que lo habitual, 3= Bastante más que lo habitual, 4= Mucho más que lo habitual.

3.3 Población, muestra y muestreo

Población

Comprendida por 1,400,367 universitarios de diferentes universidades de Lima, de ambos sexos a partir del rango de edad de 18 años a más, que residen en distritos de Lima Metropolitana. Asimismo, se puede decir que es un grupo de individuos, quienes comparten determinadas características y son estas susceptibles de un estudio. Además, se aplica la temporalidad ya que los escenarios de las poblaciones tienden a variar a través del tiempo, asimismo, se considera los criterios específicos para la elegibilidad para su selección (Arias-Gómez et al.,2016).

Criterios de inclusión

- Ser estudiante universitario
- De nacionalidad peruana con residencia en Lima Metropolitana
- Varones o mujeres entre 18 a 30 años
- Que dieron el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Los que no desean participar de la investigación
- Aquellos que no concluyeron el llenado del instrumento

Muestra

La muestra comparte las mismas características que la población, en este caso estuvo conformada por 1036 estudiantes de diferentes universidades de Lima, con rango de edad mayor a 18 años a más, residentes los distritos de Lima Metropolitana. Para Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), la muestra es un

subgrupo del universo de la cual se recolectaron los datos, ya que es representativa de la población o universo.

Muestreo

Se empleó el no probabilístico por conveniencia ya que, permitió optar por los casos asequibles que accedan ser incluidos en la investigación, así como también por la beneficiosa cercanía hacia los individuos por parte del investigador (Otzen & Manterola, 2017)

Asimismo, es definido como una agrupación de operaciones el cual se realizan para poder estudiar de esta forma, su repartición de propiedades determinadas de una población en su integridad llamada muestra (Sánchez et al, 2018).

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnica

Se aplicó la encuesta, la cual emplea un conjunto de procedimientos normalizados con el que se recogen y analizan datos de una muestra establecida, de la cual se podrá extraer una serie de características de la población y de manera metódica, conseguir medidas de las concepciones que provienen de problemáticas existentes (López-Roldán y Fachelli, 2015).

Instrumento

El instrumento seleccionado para la realización de la investigación fue la escala de Salud Mental de Goldberg (GHQ) conformado por 28 reactivos y posee 4 dimensiones. En la primera dimensión presenta 7 ítems (1, 2, 3, 4,5,6,7). Mientras que, ansiedad e insomnio corresponden a 7 ítems (8,9, 10, 11, 12, 13, 14). En la tercera dimensión tenemos a disfunción social corresponden a 7 ítems (15, 16, 17, 18, 19, 20,21) y la depresión severa tiene como indicadores corresponden a 7 ítems (22, 23, 24, 25, 26, 27 y 28).

Goldberg realizó en 1970, el cuestionario GHQ, compuesto mediante el método de identificación de pacientes con trastornos psíquicos en el área clínica en

el área de psiquiatría. Su primera versión poseía 93 reactivos. Posteriormente, se obtuvieron diversas modificaciones y actualizaciones del instrumento mencionado, pero en versiones abreviadas. En 1979, Goldberg y Hillier crearon una nueva versión modificada del instrumento original y este a su vez poseía subdimensiones y con 28 reactivos. Así mismo fue adaptado a diversos contextos sociodemográficos tales como la versión de España y este fue aplicado en una población de 100 sujetos en un hospital Lobo et al. (1986).

En la ficha técnica el instrumento lleva como nombre original de Cuestionario de Salud General- 28 (General Health Questionnaire). Los autores de la prueba original fueron Daniel Goldberg y Hillier quienes la desarrollaron en el año 1979 en Inglaterra, consta de 28 ítems con 4 dimensiones: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión severa. Asimismo, 7 años después, se realizó una adaptación por Lobo, et al., quien lo aplicó a una población española.

La prueba es corta con duración aproximadamente de 10 minutos o menos, cuenta con un tipo de administración auto aplicada, su aplicación está destinada para jóvenes y adultos. Se puede emplear para el ámbito del área clínica con el objetivo de estimar la prevalencia de la enfermedad psiquiátrica en una determinada población y captar casos de patología psiquiátrica valorando la sintomatología específica para cada uno de sus apartados. Su escala de medición es a través de Likert.

Para su corrección, se debe tener en cuenta que los ítems son directos si hacen mención a la salud, mientras que son inversos si hacen referencia a enfermedad.

Para la consigna de la aplicación se aplicó la técnica de la escala, el cual está conceptualizado por Hernández et al. (2014), como el conjunto de ítems presentados en forma de aseveración para medir las respuestas del sujeto en categorías. Asimismo, se utilizó una ficha sociodemográfica, la cual permitió conocer datos de los estudiantes universitarios como edad, sexo, universidad, carrera, ciclo, distrito. La consigna que se indicó en el cuestionario fue: A continuación, encontrarás una serie de preguntas que hacen referencia a los problemas recientes que ha presentado en su vida diaria. Lee cada frase y contesta

según las últimas semanas de tu vida marcando con una X de acuerdo con la siguiente escala de valoración:

1= No, en absoluto, 2= No más que lo habitual, 3= Bastante más que lo habitual, 4= Mucho más que lo habitual.

Dentro de las propiedades psicométricas originales de la escala GHQ-28 tenemos varios antecedentes internacionales y sobretodo realizados en distintos grupos de pacientes. Se muestra un valor de fiabilidad test-retest óptimo ($r=0.90$), un alfa de Cronbach (0.82 y 0.93). Mientras que, para la validez de constructo se hizo evidente que la prueba mide la variable en mención ya que, esta escala ha sido traducida y utilizada para distintas poblaciones, así como también se han encontrado valores altos de validez predictiva (CIBERSAM, s.f.). También, muestra el 59% de la varianza total (Goldberg & Hillier, 1979).

Dentro de las propiedades psicométricas del piloto se empleó el coeficiente de alfa de Cronbach para medir la consistencia interna, dando una confiabilidad total de .91. Además, para cada una de sus dimensiones resultaron .87, .68,.75,.88 respectivamente. Mientras que, con el alfa de Omega de McDonald resulto .93 y para síntomas somáticos=.87, ansiedad e insomnio=.85, disfunción social=.77 y depresión severa=.89.

En el AFE se usó el KMO obteniendo un valor de .85. En la composición de cuatro factores explico el 65.15 % de varianza total, el primer elemento con 41.22, el segundo con 10.47, el tercero con 7.85, y el último 5.61. En el AFC, el modelo planteado inicialmente, el RMSEA =.111, SRMR =.119, CFI=.774, TLI=.752, reflejándose que estos resultados no se ajustan a los índices óptimos.

3.5 Procedimiento

Para nuestra investigación se procedió con la realización de la carta de autorización avalada por la coordinadora de la Escuela de Psicología. Luego, se realizó la recolección de la información a través de una encuesta que fue administrada a los participantes mediante la plataforma Google Forms que contuvo un consentimiento informado dirigido a los universitarios con fines académicos.

También, se realizó una prueba piloto en 70 estudiantes universitarios para poder conocer con anticipación si los participantes comprenden las instrucciones y asimismo la redacción de las preguntas. Después, se aplicó la encuesta a una muestra distinta con 1036 estudiantes universitarios, es así como se empleó una hoja de cálculo adjuntando los resultados y filtrando los valores obtenidos de nuestro cuestionario.

Finalmente, los resultados fueron presentados a través de tablas y figuras relacionados al análisis preliminar de los ítems, validez de contenido, análisis factorial confirmatorio, análisis de fiabilidad, baremos.

3.6 Método de análisis de datos

Después de la recolección de información, se pasó a usar el programa Excel para la creación de la base de datos, luego se exportó al programa estadístico de uso libre R-Studio (R Core Team, 2021), con el objetivo de procesar la información para la obtención de los resultados. Se inspeccionó los ítems de la escala, por medio de la estadística descriptiva, mediante análisis de ítems. Para examinar la validez basada en la estructura interna, se realizó un AFC. Asimismo, se evaluó las evidencias de confiabilidad mediante consistencia interna, por medio del coeficiente omega (McDonald, 1990), posteriormente, se analizó la evidencia de equidad mediante invarianza factorial, finalmente se elaboró datos normativos para la interpretación de las puntuaciones de la escala mediante percentiles y baremos.

3.7 Aspectos éticos

Se empleó las normas APA, la fiabilidad del método empleado, respetando los derechos de autor para los usos de información bibliográfica, se respetó siempre la confidencialidad de nuestros participantes, el consentimiento informado y el uso ético de los test. Se cumplió con el Principio de autonomía, en donde los participantes de la investigación fueron conscientes de sus propios actos y responsabilidades por su participación, por ello se tomó en cuenta el consentimiento informado, así mismo se cumple con el respeto de la confidencialidad datos (anonimato) garantizando la privacidad de la información requerida de los participantes para la investigación. Al respecto, El Colegio De

Psicólogos del Perú (CDCP, 2018) indicó que necesariamente, se debe contar con el consentimiento informado de los encuestados para la realización de una investigación. Además, el profesional de la salud debe sostener la privacidad de sus pacientes. Es muy importante considerar que en la investigación no se presentó ningún tipo de discriminación. Se realizó la investigación bajo el trato igualitario, a las personas que decidirán participar; ya que no se realizó distinción por cultura, género, estatus socioeconómico, raza. Se respetó el principio de beneficencia social, el principio de justicia y el principio de no maleficencia (AERA, APA & NCME, 2018). Por último, se asevera que no se ha falseado o alterado los resultados de la investigación.

IV. RESULTADOS

Evidencia de validez basada en el contenido

Tabla 1

Validez basada en el contenido de la Escala de Salud Mental por medio del V de Aiken

ID	1° Juez			2° Juez			3° Juez			4° Juez			5° Juez			6° Juez			7° Juez			8° Juez			9° Juez			10° Juez			CRITERIOS			V DE AIKEN	RESULTADO					
	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C							
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	9	0.9	Acceptable	
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	9	0.9	Acceptable	
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	10	1	Acceptable	
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	10	1	Acceptable	
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	10	1	Acceptable	
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	10	1	Acceptable	
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	10	1	Acceptable	
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	10	1	Acceptable	
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	10	1	Acceptable	
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	10	1	Acceptable	
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	10	1	Acceptable	
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	10	1	Acceptable	
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	10	1	Acceptable
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	10	1	Acceptable	
15	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	9	0.9	Acceptable	
16	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	8	0.8	Acceptable	
17	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	9	0.9	Acceptable	
18	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	9	0.9	Acceptable		
19	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	9	0.9	Acceptable	
20	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	9	0.9	Acceptable	
21	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	9	0.9	Acceptable	
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	Acceptable	
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	Acceptable	
24	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	9	0.9	Acceptable	
25	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	9	0.9	Acceptable	
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	9	0.9	Acceptable	
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	Acceptable	
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	Acceptable	

Se puede observar en la tabla 1 el análisis de validez a través de criterio de jueces expertos en donde el valor se encuentra entre 0.8 a 1 aparece en cada uno de los criterios (pertinencia, relevancia y claridad), demostrando que todos los ítems son aceptables.

Análisis preliminar de los ítems

Tabla 2

Análisis estadístico preliminar de los ítems de la Escala de Salud Mental

Factor	Ítems	%				M	DE	g ₁	g ₂	IHC	h ²	id	Aceptable
		1	2	3	4								
F1	1	15.35	49.42	25.00	10.23	2.30	0.85	0.38	-0.40	.27	.09	.000	Sí
	2	8.20	38.80	35.23	17.76	2.63	0.87	0.05	-0.76	.51	.33	.000	Sí
	3	8.40	36.78	38.13	16.70	2.63	0.86	-0.02	-0.70	.70	.57	.000	Sí
	4	6.27	19.88	51.16	22.68	2.90	0.82	-0.51	-0.12	.70	.59	.000	Sí
	5	9.17	38.51	33.49	18.82	2.62	0.89	0.05	-0.83	.70	.62	.000	Sí
	6	9.07	19.40	42.47	29.05	2.92	0.92	-0.54	-0.51	.69	.61	.000	Sí
	7	2.99	11.87	30.60	54.54	3.37	0.81	-1.10	0.43	.39	.22	.000	Sí
F2	8	10.71	32.82	39.77	16.70	2.62	0.89	-0.12	-0.72	.68	.52	.000	Sí
	9	9.75	32.43	38.80	19.02	2.67	0.89	-0.13	-0.76	.64	.46	.000	Sí
	10	7.43	24.52	51.83	16.22	2.77	0.81	-0.40	-0.20	.71	.57	.000	Sí
	11	7.05	35.04	37.93	19.98	2.71	0.86	-0.06	-0.77	.75	.65	.000	Sí
	12	3.57	14.48	44.98	36.97	3.15	0.80	-0.71	0.02	.60	.42	.000	Sí
	13	6.85	39.67	27.80	25.68	2.72	0.92	0.05	-1.07	.77	.67	.000	Sí
	14	7.72	19.31	48.17	24.81	2.90	0.86	-0.53	-0.27	.76	.65	.000	Sí
F3	15	10.33	35.42	45.08	9.17	2.53	0.80	-0.17	-0.45	.27	.02	.000	Sí
	16	18.24	49.61	25.68	6.47	2.20	0.81	0.34	-0.31	.01	.01	.000	Sí
	17	10.71	53.09	27.99	8.20	2.34	0.78	0.39	-0.16	.56	.31	.000	Sí
	18	19.88	40.35	31.56	8.20	2.28	0.87	0.16	-0.71	.66	.64	.000	Sí
	19	14.67	34.94	35.62	14.77	2.50	0.92	-0.01	-0.82	.64	.65	.000	Sí
	20	6.37	46.62	33.20	13.80	2.54	0.81	0.28	-0.56	.58	.63	.000	Sí
	21	10.42	48.36	29.83	11.39	2.42	0.83	0.30	-0.45	.50	.49	.000	Sí
F4	22	4.44	11.39	17.47	66.70	3.46	0.86	-1.46	1.02	.76	.62	.000	Sí
	23	4.73	9.27	33.69	52.32	3.34	0.83	-1.18	0.77	.87	.80	.000	Sí
	24	4.05	8.49	21.53	65.93	3.49	0.81	-1.57	1.64	.88	.82	.000	Sí
	25	2.61	6.37	20.66	70.37	3.59	0.73	-1.83	2.84	.85	.78	.000	Sí
	26	2.70	11.00	30.50	55.79	3.39	0.79	-1.15	0.59	.68	.49	.000	Sí
	27	3.76	16.12	25.19	54.92	3.31	0.87	-0.99	-0.12	.84	.75	.000	Sí
	28	4.44	6.85	22.39	66.31	3.51	0.81	-1.67	2.04	.86	.79	.000	Sí

Nota: M: Media; DE: Desviación estándar; g₁: coeficiente de asimetría de Fisher; g₂: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida; h²: Comunalidades, id: Índice de discriminancia

En la tabla 2 se realizó el análisis preliminar de los ítems para evaluar su calidad métrica mediante la estadística descriptiva e inferencial, por lo que se tomó en cuenta el porcentaje de respuestas, con respecto a ello ninguno superó el 80% y 0%, que señala ausencia de tendenciosidad y aquiescencia; asimismo, la media señala tendencia a marcar entre las opciones 2 y 3, con un DE entre 0.73 y 0.92; además, en relación a la asimetría y curtosis están próximos a ± 1.5 que indica que estos datos no se alejan de la normalidad univariada (Forero et al., 2009; Pérez & Medrano, 2010), a excepción de los ítems 24, 25 y 28. Los valores del índice de homogeneidad corregida son mayores a .30, demostrando que miden el mismo constructo (Kline, 2015; Lloret et al., 2014, 2017), a excepción de los ítems 1, 15 y 16. Por otra parte, los valores de las h^2 son mayores .30, es decir, están relacionados entre ellos (Nunnally & Bernstein, 1995), a diferencia de los reactivos 1, 15 y 16. Respecto al índice de discriminancia mediante método de grupos extremos fue estadísticamente significativo ($p < .05$) en todos los casos, mostrando que los ítems diferencian entre puntajes altos y bajos (Cohen & Swerdlik, 2006).

Evidencia de validez basada en la estructura interna

Tabla 3

Índices de ajuste para los modelos de la Escala de Salud Mental (n=1036)

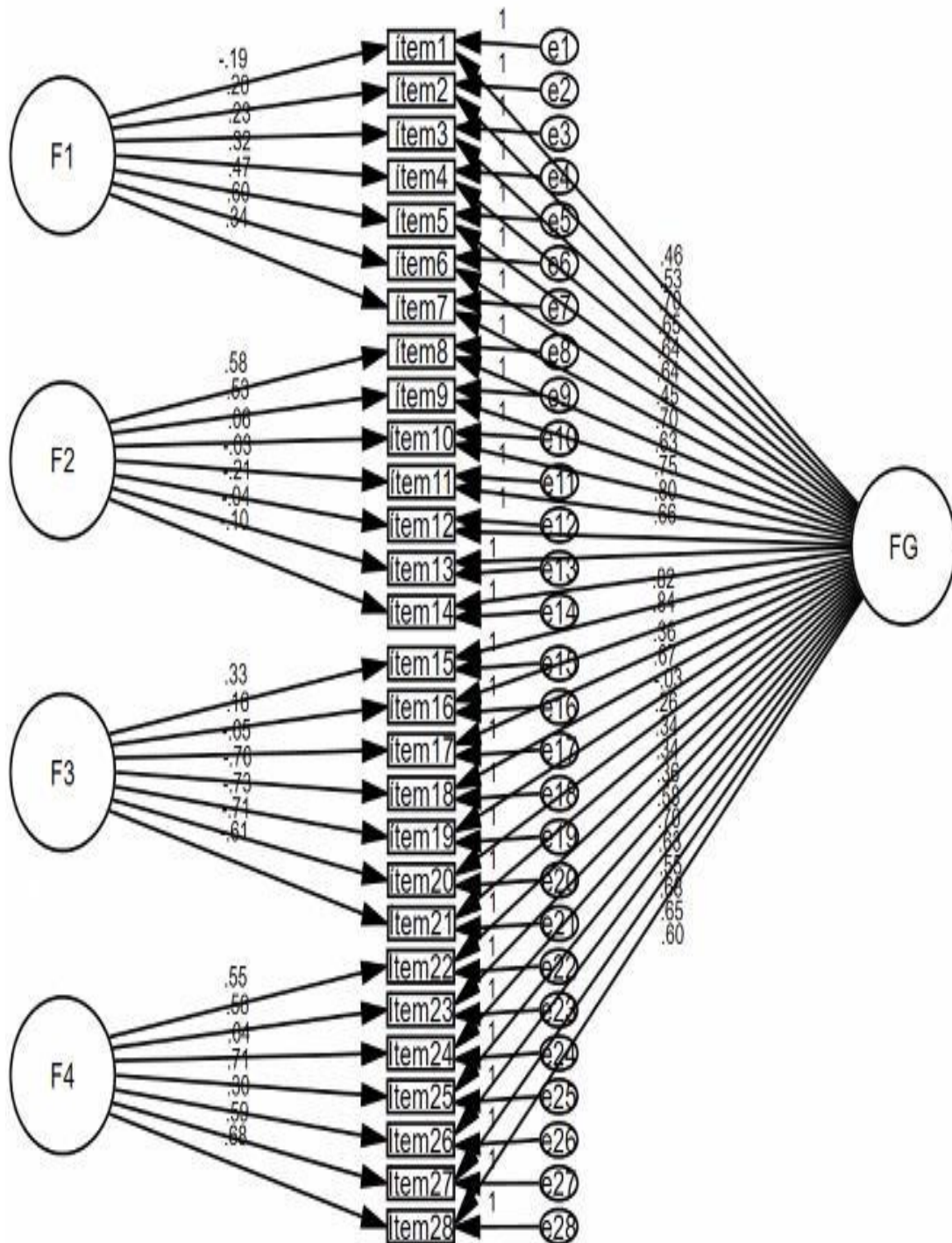
Modelos	χ^2	gl	CFI	TLI	χ^2 /gl	RMSEA	IC 90% RMSEA		SRMR	WRMR
							Lower	Upper		
Modelo 1	9117.427*	350	.711	.688	26.05	.156	.153	.158	.131	4.724
Modelo 2	5765.878*	344	.821	.804	16.761	.123	.121	.126	.113	3.706
Modelo 3	15563.888*	350	.499	.459	44.468	.205	.202	.208	.300	1.024
Modelo 4	5550.419*	346	.829	.813	16.042	.121	.118	.123	.113	3.719
Modelo 5	2467.435*	322	.929	.917	7.663	.080	.077	.083	.069	2.165

Nota: Modelo 1= Estructura unifactorial, Modelo 2= Estructura multidimensional de factores correlacionados, Modelo 3= Estructura multidimensional de factores incorrelacionados, Modelo 4= Estructura multidimensional con factor de segundo orden, Modelo 5= Estructura multidimensional bifactorial; *se omitió el p valor del χ^2 , siendo en todos los casos <.05

En la tabla 3 se detalla los índices de ajuste producto del análisis factorial confirmatorio, donde se probaron distintas estructuras o modelos alternos, ya que es una práctica idónea en los estudios psicométrico (Herrero, 2010); no obstante, mucho de ellos no obtenían ajuste aceptable, siendo el multidimensional bifactor que obtuvo mejores resultados, ya que posee un χ^2 /gl < 8, que detalla aceptable (Hair et al., 1999), respecto al CFI=.929 y TLI= .917 se obtuvo valores aceptables al alcanzar valores superiores a .90 (Hu y Bentler, 1999); asimismo, RMSEA=.080 y SRMR=.069 se consideran aceptables, pues se encuentran en un nivel menor o igual a .08 (Kline, 2005; Schermelleh-Engel et al., 2003; Yu & Muthén, 2002).

Figura 1

Modelo multidimensional bifactorial de la Escala de Salud Mental (n=1036)



Índices específicos y evidencia de confiabilidad por consistencia interna

Tabla 4

Cargas factoriales e índices específicos para modelos bifactor de la Escala de Salud Mental (n=1036)

Items	Factor General	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
	λ_{FG}	λ_{F1}	λ_{F2}	λ_{F3}	λ_{F4}
1	.458	-.191			
2	.531	.201			
3	.699	.227			
4	.645	.322			
5	.638	.473			
6	.635	.604			
7	.451	.335			
8	.700		.579		
9	.631		.534		
10	.745		.061		
11	.801		-.029		
12	.659		-.210		
13	.823		-.040		
14	.838		-.104		
15	.361			.334	
16	.673			.158	
17	-.034			-.649	
18	.262			-.758	
19	.337			-.730	
20	.337			-.714	
21	.364			-.614	
22	.580				.546
23	.697				.559
24	.626				.640
25	.551				.706
26	.682				.304
27	.651				.591
28	.598				.681
ω	.962	.848	.919	.804	.951
ω_H	.861	.162	.021	.503	.435
H	.952	.553	.491	.834	.803
ECV	.605	.279	.149	.716	.467
PUC			.778		
% de Varianza explicada	74.195	2.620	.043	25.324	18.946

Nota: ω = Coeficiente omega, ω_H = Coeficiente omega jerárquico, H= coeficiente H, ECV= Varianza común explicada, PUC=Porcentaje de correlaciones no contaminadas

En la table 4 se muestran los índices específicos para modelos bifactor, previamente calculadas mediante la plantilla de Dueber (2017), en él se observa que el coeficiente omega jerárquico del factor general fue mayor a .80, por ende, las puntuaciones totales pueden considerarse básicamente unidimensionales (Reise et al.,2013); sin embargo, en los factores específicos fueron mayores a .30, por ende, son significativos (Smits et al., 2015), a excepción de los factores 1 y 2. Además, el coeficiente H del factor general fue mayor a .80, sugiriendo la presencia de una variable latente bien definida (Hancock & Mueller, 2001). Sumado que sí ECV es mayor a .60, PUC menor a .80 y coeficiente omega jerárquico del factor general es mayor a $> .70$ sugieren que aun con la presencia multidimensionalidad esta no es lo suficientemente severa como para descalificar la interpretación del instrumento como principalmente unidimensional (Reise et al.,2013). Asimismo, cada factor posee una adecuada confiabilidad, ya que los valores del coeficiente omega son mayores a .70 (Campo-Arias y Oviedo, 2008; Cooper & Schindler, 2006).

Evidencia de equidad mediante invarianza factorial

Tabla 5

Análisis de invarianza factorial según sexo de la Escala de Salud Mental (n=1036)

Niveles	χ^2	$\Delta\chi^2$	p	gl	Δ gl	CFI	Δ CFI	RMSEA	Δ RMSEA
Configural	2983.121*	-	-	672	-	.928	-	.080	-
Métrica	2961.463*	21.658	***	723	51	.931	.002	.077	.002
Fuerte	2972.873*	11.410	***	751	28	.931	.001	.076	.002
Estricta	2928.976*	43.897	***	779	28	.933	.002	.073	.003

Nota: $\Delta\chi^2$ = Cambios en la prueba chi cuadrada, Δ gl= Cambios en los grados de libertad, Δ CFI= Cambios en el CFI, Δ RMSEA= Cambios en el RMSEA; *** los cambios en chi cuadrado fueron estadísticamente significativos a nivel de $p < .001$

En la tabla 5 se aprecia el análisis de invarianza factorial, determinado que las magnitudes de los cambios en el CFI (Δ CFI < .01) y el RMSEA (Δ RMSEA < .015), son inferiores a lo esperado (Chen, 2007; Cheung & Rensvold, 2002) e indican que hay equivalencia factorial de la escala entre sexos. Por lo tanto, las puntuaciones de este instrumento tienen el mismo significado en los grupos examinados (Dimitrov, 2010).

Datos normativos de la adaptación para estudiantes universitarios de Lima

Tabla 6

Percentiles y baremos de la Escala de Salud Mental (n=1036)

Niveles	Pc	Pd	K ²
Bajo	5	55	.992
	10	64	.985
	15	69	.978
	20	71	.975
	25	73	.971
Promedio	30	74	.969
	35	75	.967
	40	77	.964
	45	78	.963
	50	80	.962
	55	82	.963
	60	84	.965
Alto	65	86	.968
	70	88	.972
	75	89	.973
	80	91	.977
	85	94	.982
	90	97	.986
	95	101	.989

En la tabla 6 se visualiza los datos normativos para la interpretación de la escala, previamente se evaluó la normalidad para determinar el tipo de puntuaciones, ya sea lineales o no lineales, obteniendo un p valor menor a .05 en la prueba Shapiro-Wilk (Ghasemi & Zahediasl, 2012), en consecuencia, rechazándose la normalidad, entonces se decidió el uso de percentiles para la clasificación de los examinados, luego se calcularon los percentiles del 5 al 95, siendo el 25 y 75 los usados como puntos de corte para la clasificación (Domínguez-Lara, 2016), a estos se les calculó la confiabilidad mediante el coeficiente criterial K² (Livingston, 1972). Además, dado que los puntos de corte para los percentiles 25 (K²=.971) y 75 (K²=.973) fueron confiables, ya que fueron mayores a .90 considerados aceptable (Gempp & Saiz, 2014), son convenientes para la clasificación de los evaluados.

V. DISCUSIÓN

Los resultados hallados han permitido deducir sobre la validez de contenido, debido a que para la valoración del instrumento de Salud mental se empleó una muestra de 10 jueces evidenciándose que los valores encontrados fluctúan entre .86 a 1 resultantes en la V de Aiken, demostrando que es aceptable debido a que todos los ítems tienen que tener un valor $> .80$ para considerarse válido (Escurra,1988).Mientras que, Tornimbeni et al. (2004), quienes indican que los valores válidos tienen que ser .60 al menos y como mayor el valor de uno. Por consiguiente, se estimó que la consistencia de las pruebas en los criterios de claridad, pertinencia y coherencia ha sido aceptable. Esto significa la existencia de una sintaxis, semántica idónea de los ítems reflejándose la comprensión de la misma.

Asimismo, se verificó si dichos ítems son fundamentales para formar el instrumento y si guardan relación con la dimensión la cual los está midiendo (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008). Se analizaron la media, desviación estándar, asimetría, curtosis, índice de homogeneidad corregida, comunalidades. Asimismo, la primera medida, habitualmente reconocida como promedio; es una medida de tendencia central y se usa para explicar variables de tipo numérico como la edad expresada en años y se puede obtener sumando todos los valores en una muestra y dividiendo entre el número de valores sumados, en lo que la segunda se refiere a la cantidad de proporción de dispersión de los valores sobre la media, y nos posibilita conocer cuántos datos se hallan cercanos a la media considerando una repartición regular (Pérez,2015). La tercera, se considera un indicador de la forma en la que permanecen distribuidas las mediciones en una curva, existiendo así una asimetría positiva, en donde las puntuaciones se hallan al extremo negativo de la distribución sobrepasando el valor de 0 y en la negativa, se hallan las puntuaciones en el extremo negativo con valores menores a 0 (Cohen, Swerdlik, 2006). Además, pretende conocer la concentración de la variable hacia uno de los extremos debido a que, al contar el mismo número de valores hacia ambos lados es considerada la repartición simétrica (Oliva,2010). Además, la cuarta se refiere a la comparación de una distribución con la forma de una normal para que de esta manera se identifique la curva, asimismo, se pueden clasificar como leptocúrtica,

platicúrtica y mesocúrtica (Oliva, 2010). Con relación, a la quinta, puede decirse que nos muestra el grado en el cual se relaciona con la prueba en su integridad contribuyendo a la consistencia interna del instrumento (Kline, 1998). La sexta, hace mención a la cantidad de varianza explicada por cada factor común de la variable y se calcula sumando los pesos factoriales al cuadrado en cada uno de los componentes (Rodríguez-Jaume y Mora, 2001; De La Fuente, 2011).

La mayoría de los ítems alcanzan un nivel de correlación ítem-test $<.30$ (Kline, 2015). Mientras que los ítems 1, 15 y 16 no lograron un índice de homogeneidad corregida $>.3$. Asimismo, en la asimetría y curtosis se notaron que los ítems 24, 25 y 28 no lograron alcanzar a estar dentro del ± 1.5 . En la comunalidad, todos los ítems lograron valores $>.40$ (Detrinidad, 2016), cumpliendo con el requisito mínimo establecido. Mientras que los ítems 1, 15 y 16 no lograron a alcanzar los estándares de índice aceptable, pese a eso se conservaron, ya que cumplieron con la media de atributos medidos (Blum et al., 2013).

Con relación a la validez de estructura interna, se realizó el AFC empleando una matriz de correlaciones policóricas, adecuado pues corrige la ausencia de linealidad y continuidad de los datos, producto de trabajar con escala de medición categórica ordinal (Bandalos & Finney, 2010; Domínguez-Lara, 2014; Finney & DiStefano, 2013; Jöreskog, 1994; Lee, et al., 1990), y el método de estimación de mínimos cuadrados ponderados con varianza media ajustada (WLSMV), propuesto pues que se sugiere usarse en combinación con las matrices policóricas (Forero et al., 2009; Muthén, 1984; Yang-Wallentin et al., 2010), además que permite ser más precisas las cargas factoriales (Li, 2016; Sass et al., 2014), y que requieren muestras a partir de 200 participantes (Flora & Curran, 2004), dicho procedimiento obtuvo índices de ajuste: $\chi^2/gf=7.62$, CFI= .929, TLI= .917, RMSEA= .080 y SRMR=.069, siendo indicadores que los valores son aceptables (Hu y Bentler, 1998). Esto indica que la escala se ajusta a la dimensionalidad detallada por la teoría que subyace a la escala.

Estos resultados son más favorables que el estudio de Pérez et al. (2010), ya que obtuvieron resultados en el CFI, TLI superiores al .90 y en el RMSEA un valor $<.08$. Asimismo, Brabete (2014) concuerda con el estudio anterior ya que, sus

resultados fueron: RMSEA= .085, CFI= > .90, TLI=> .90, lo que evidencia que fueron menores a los del presente estudio. Cabe resaltar que estos valores obtenidos son distintos con nuestro trabajo, ya que emplearon muestras de pacientes con dependencia a opiáceos y participantes con distintas características sociodemográficas entre nivel de estudios, nivel socioeconómico y situación laboral; asimismo, son disimiles a la de estudiantes universitarios.

Además, en comparación con otros estudios para la escala reducida de 12 ítems el nuestro, muestra diferencia con el de Rivas-Diez, Sánchez-López (2014) quienes obtuvieron valores para el CFI = .96, RMSEA=.079 lo que evidencia índices más robusto, ya que dicha versión posee mayor parsimonia. Mientras que, Solís-Cámara et al. (2016) consiguieron también valores óptimos que se reflejan en el CFI= .95, RMSEA≤.08 con el que confirmaron un modelo con tres dimensiones con un ajuste aceptable.

Se determinó la confiabilidad a través del coeficiente de omega para el factor general con valores de .962, mientras que para las cuatro dimensiones: .848, .919, .804 y .951 respectivamente. Estos resultados reflejan altos niveles de confiabilidad para la escala; asimismo, para el coeficiente de omega se evidencia que es el idóneo para escalas ordinales y dicotómicas (Zumbo et al., 2007; Viladrich, et al., 2017), además que se calculen en base a las cargas factoriales que se obtuvieron de una AFC en base a matrices de correlación policóricas (Elosua & Zumbo, 2008), ya que el primero mide la confiabilidad del tipo consistencia interna evaluando la extensión de los ítems de los instrumentos los cuales están correlacionados entre si (Da Silva et al., 2015). Asimismo, no se calculó el coeficiente alfa pues el modelo no es tau equivalente, pues las cargas factoriales son estadísticamente diferentes; por consiguiente, sí se viola este supuesto, la confiabilidad sería infravalorada (Raykov, 1997; Graham, 2006). Entonces el uso del coeficiente omega se sustenta pues es útil ante medidas multidimensionales y congénicas (Trizano-Hermosilla & Alvarado, 2016; Dunn et al., 2014; McDonald, 1999; Jöreskog & Sörbon, 1979).

Por otro lado, el trabajo de Silva-Gutiérrez y De la Cruz-Guzmán (2017) quienes emplearon la misma muestra de universitarios para el país de México obtuvieron valores bajos a comparación del nuestro ya que para la escala global fue igual a .82 y para las subescalas fueron .70,.78,.63 y .62.

Mientras que, el estudio de Villa, Zuluaga, Restrepo (2013) en muestras distintas a la nuestra, en la que emplearon la escala reducida de 12 ítems hallaron valores distintos ya que en escala global fue de .84 y para 11 ítems resultado .78.

Luego de evaluar las evidencias de validez y confiabilidad de la escala, se procedió con evaluar la equidad o equivalencia, mediante invarianza factorial, para ello se ejecutó el AFC en base a 4 niveles, configural, escalar, métrica y estricta en relación con el sexo, se encontró que la degradación del CFI como del RMSEA no decayó (Δ CFI= .010 y Δ RMSEA= .015). Por ende, en la actual investigación se encontró invarianza (Cheung & Rensvold, 2002; Chen, 2007), es decir, hombres y mujeres interpretan la escala de la misma manera, por este motivo las puntuaciones no podrán ser equiparables. Este tipo de procedimiento se recomienda para evitar sesgos de medición y así ofrecer empíricamente que las puntuaciones tienen el mismo significado, por ende, la interpretación para ambos es adecuada, aún más si el instrumento se utiliza en el proceso diagnóstico (Caycho, 2017).

Se elaboraron los datos normativos para la interpretación de la escala sin diferenciar los percentiles y baremos respecto a hombres y mujeres. Para ello se calcularon los percentiles de 5 al 95; sin embargo, para la clasificación se usaron los percentiles 25 y 75 estos puntos de corte fueron considerados por criterios prácticos pues los cuartiles han sido usados tradicionalmente (Dominguez-Lara, 2016). Además, para evidenciar que esta clasificación es precisa se analizó mediante el coeficiente criterial de Livingston esto resultó que los percentiles 25 ($K^2=.971$) y 75 ($K^2=.973$) eran fiables. Asimismo, se elaboró los baremos representados por niveles (Meneses et al,2013), para este trabajo se consideró los niveles de alto, promedio y bajo; no obstante, para realizar la baremación se necesita seleccionar una muestra representativa ya que se le aplicara la versión final del instrumento para así obtener puntuaciones de los sujetos.

Finalmente, las limitaciones encontradas en el presente trabajo corresponden a los antecedentes los cuales, son escasos en nuestro País, sobre todo en investigaciones psicométricas en población de estudiantes universitarios, no obstante, en contexto peruano abundan trabajos correlacionales. Además, se destaca la importancia de evaluar fuentes de validez, tales como: Validez basada

en la relación con otras variables (convergente, divergente o de criterio), validez basada en los procesos de respuesta a los ítems, basada en las consecuencias de la aplicación. Asimismo, sería ideal aplicar el instrumento en mayores tamaños de muestra y con muestreo probabilístico, o también con afectación en la salud mental para así de esta manera tener una visión más amplia.

VI. CONCLUSIONES

Primera: Se demostró que el instrumento posee evidencia de validez, confiabilidad y equidad que justifica el uso en estudiantes universitarios peruanos.

Segunda: Se determinó la validez de contenido de la escala que se consiguió a través de la revisión de diez jueces expertos quienes dictaminaron que los ítems mantienen pertinencia, relevancia y claridad, obteniendo valores fluctuantes de .86 a 1 en coeficiente V de Aiken.

Tercera: Al analizar los ítems, los resultados nos mostraron que los ítems poseen aceptable calidad métrica.

Cuarta: Se determinó que existe evidencia a favor de la validez basada en la estructura interna, obteniendo valores aceptables de los índices de ajuste con el estimador (WLSMV).

Quinta: Se determinó la confiabilidad del instrumento empleando el coeficiente omega tanto del factor general y específicos.

Sexta: Se elaboró datos normativos calculando los percentiles y baremos, estableciéndose las categorías por niveles categorizados por alto, promedio y bajo que permite la interpretación de la escala.

VII. RECOMENDACIONES

Primera: Continuar investigando sobre las características psicométricas de la escala en nuestro país.

Segunda: Aplicar el instrumento a una muestra distinta a la de nuestro estudio, siendo ideal que fuera a una muestra más representativa con indicadores de afectación en la salud mental especialmente participantes quienes cuenten con algún tratamiento en proceso de medicación, etc.

Tercera: Evaluar otras fuentes de validez (con variables convergentes y divergentes para obtener resultados comparativos y conocer la relación que existe entre ellas) y confiabilidad (consistencia temporal).

Cuarta: Emplear este trabajo en futuras indagaciones de esta variable, pues brinda resultados necesarios para cualquier investigador de la misma carrera y otras que son afines para que de esta manera se expanda nuestro conocimiento.

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2008). *Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento*. Universidad Ricardo Palma
- American College Health Association. (2015). *Spring 2015 Reference Group Executive Summary*. American College Health Association. https://www.acha.org/documents/ncha/NCHA-II_WEB_SPRING_2015_REFERENCE_GROUP_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf
- American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education. (2018). *Estándares para pruebas educativas y psicológicas*. American Educational Research Association. https://www.testingstandards.net/uploads/7/6/6/4/76643089/9780935302745_web.pdf
- Arias-Gómez, J., Villasís-Keever, M., Miranda, M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2), pp. 201-206. <https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755023011.pdf>
- Ato, M., López-García, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), pp. 1038-1059. <http://dx.doi.org/1.6018/analesps.29.3.178511>
- Banco de Instrumentos y Metodologías en Salud Mental, (s.f.). *Ficha técnica del instrumento*. Banco de instrumentos y metodologías en Salud Mental. <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=23>
- Bandalos, D. L. y Finney, S. J. (Ed). (2010). *Factor Analysis: Exploratory and Confirmatory. Reviewer's guide to quantitative methods*. Routledge
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión (20ª ed.)*. Biblioteca De Psicología Descleé De Brouwer. <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>

- Blum, G., Auné, S., Galibert, M. y Attorresi, H. (2013). Criterios para la eliminación de ítems de un Test de Analogías Figurales. *Summa Psicológica UST*, 10(2), pp. 49-56.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-448x2013000200005&lng=pt&tlng=es
- Bleuler, E. (1996). La esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 60(16), pp. 663-676.
<https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15511/15371>
- Brabete, A. C. (2014). El Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12): estudio de traducción y adaptación de la versión rumana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 1(37), 11-29. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645433002>
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Revista de Salud Pública*, 10(5), pp. 831-839.
<https://www.redalyc.org/pdf/422/42210515.pdf>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu., X., Dong, J. y Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287(1), 1-5.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178120305400?via%3Dihub>
- Carrazana, V. (2002). El concepto de salud mental en psicología humanista existencial. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 1(1) pp.1-19.
<http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v1n1/v1n1a01.pdf>
- Castañeda, M., Cabrera, A., Navarro, Y., y de Vries, W. (2010). Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS Un libro práctico para investigadores y administradores educativos. *EDIPUCRS*.
- Caycho, T. (2017). Importancia del análisis de invarianza factorial en estudios comparativos en Ciencias de la Salud. *Educación Médica Superior*, 31(2)

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412017000200004&lng=es&tlng=es.

- Chen, F. (2007). Sensitivity of Goodness of Fit Indexes to Lack of Measurement Invariance, *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(3), pp. 464-504. <https://doi.org/1.1080/10705510701301834>.
- Cheung, G., & Rensvold, R. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 9(2), pp. 233-255. https://doi.org/1.1207/s15328007sem0902_5
- Cheshire, A., Barlow, J. y Powell, L. (2010). The psychosocial well-being of parents of children with cerebral palsy: a comparison study. *Disability and Rehabilitation*, 32(20), pp.1673-1677. <https://doi.org/1.3109/09638281003649920>
- Cohen, R. y Swerdlick, M. (2006). *Pruebas y Evaluación Psicológicas (6^{ta} ed.). Introducción a las Pruebas y a la Medición*. McGraw Hill Interamericana.
- Colegio de Psicólogos del Perú (2018). *Código de ética y deontología. Adaptado al Estatuto Nacional y a la Ley N° 30722 del 21 de diciembre del 2017. Aprobado por Resolución N° 190-2018-CDN-C. PsP. del 16.07.2018*. http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Cooper, D., & Schindler, P. (2006). *Business research methods* (Vol. 9). McGraw-Hill Irwin.
- Da Silva, F., Gonçalves, E., Arancibia, B., Bento, G., Castro, T., Hernández, S., Da Silva, R. (2015). Estimadores de consistencia interna en las investigaciones en salud: el uso del coeficiente alfa. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 32(1), pp. 129-38. <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1585/1563>
- De Alba, M., Castellanos, A. & Sánchez, L. (2015). Riesgo Suicida y Síntomas Depresivos en Padres de Hijos con Enfermedad Neuromuscular. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(1), pp. 1872-188. <http://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v5n1/2007-4719-aip-5-01-01872.pdf>

- De La Fuente, S. (2011). *Análisis Factorial*. Universidad Autónoma de Madrid. <http://www.fuenterrebollo.com/Economicas/ECONOMETRIA/MULTIVARIA/NTE/FACTORIAL/analisis-factorial.pdf>
- Deluze, G y Guattari, F. (2004). *Mil mesetas capitalismo y esquizofrenia*. Les Editions de Minuit. <http://www.teatroelcuervo.com.ar/assets/mil-mesetas.pdf>
- Dimitrov, D. (2010). Prueba de invariancia factorial en el contexto de la validación de constructo. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 43(2), 149. <https://doi.org/1.1177/0748175610373459>
- Detrinidad, E. (2016). *Análisis Factorial Exploratorio y Confirmatorio aplicado al modelo de secularización proResto por Inglehart-Norris. Periodo 2010-2014 (Estudio de caso España, Estados Unidos, Alemania, Holanda) WSV*. [Tesis de Maestría, Universidad De Granada]. Repositorio de la Universidad De Granada https://masteres.ugr.es/moea/pages/curso201516/tfm1516/detrinidad_barquero_tfm/
- Domínguez-Lara, S. A. (2016). Datos normativos de la Escala de Procrastinación Académica en estudiantes de psicología de Lima. *Evaluar*, 16, pp.27-38. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar>
- Dueber, D. M. (2017). Bifactor Indices Calculator: A Microsoft Excel-based tool to calculate various indices relevant to bifactor CFA models. <https://doi.org/10.13023/edp.tool.01>
- Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsdon, V. (2014). From alpha to Omega: A practical solution to the pervasive problema of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), pp. 399-412. <https://doi:10.1111/bjop.12046>
- El Ansari, W., Labeed, S., Moseley, L., Kotb, S. y El-Houfy, A. (2013). Physical and psychological well-being of university students: Survey of eleven faculties in Egypt. *Revista Pubmed*, 4(3), pp. 293-31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23626886/>

- El Ansari, W., Stock, C., Snelgrove, S., Hu, X., Parke, S., Davies, S., John, J., Adetunji, H., Stoate, M., Deeny, P., Phillips, C. y Mabhala, A. (2011). Feeling healthy? A survey of physical and psychological wellbeing of students from seven universities in the UK. *Revista Pubmed*, 8(5), pp. 1308-1323. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21655121/>
- Elosua, P., & Zumbo, D. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenada. *Psicothema*, 20(4), pp. 896-901. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72720458.pdf>
- Escobar-Pérez, J. y Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, pp.27–36. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-61802017000300042
- Escurra, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología*, 6(1-2), pp.103-111. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555>
- Eysenck, H. J. (1990). Genetic and environmental contributions to individual differences: The three major dimensions of personality. *Journal of Personality*, 58(1), pp. 245–261. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1990.tb00915.x>
- Flora, D y Curran, P. (2004). Una evaluación empírica de métodos alternativos de estimación para el análisis factorial confirmatorio con datos ordinales. *Métodos psicológicos*, 9(4), pp. 466–491. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.9.4.466>
- Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (2019). *Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales*. Unicef para cada infancia. UNICEF <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/m%C3%A1s-del-20-de-los-adolescentes-de-todo-el-mundo-sufren-trastornos-mentales>

- Forero, G., Maydeu-Olivares, A., & Gallardo-Pujol, D. (2009). Factor Analysis with Ordinal Indicators: A Monte Carlo Study Comparing DWLS and ULS Estimation. *Structural Equation Modeling*, 16, pp. 625-641. <https://doi.org/1.1080/10705510903203573>
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Paidós. [http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/musicoterapia/\(316\)%20MUSICOTERAPIA%20EN%20SALUD%20MENTAL/De%20un%20horizonte%20incierto.pdf](http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/musicoterapia/(316)%20MUSICOTERAPIA%20EN%20SALUD%20MENTAL/De%20un%20horizonte%20incierto.pdf)
- Galindo, O, Meneses, A., Herrera, A., Cabrera, P., Suchil, L., Rivera, L. y Aguilar, J. (2017). Propiedades psicométricas del Cuestionario General de Salud de Goldberg–GHQ-28– en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *Psicooncología* 2017.14(1), pp. 71-81. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/55812/50596>
- Gempp, R., Saiz, J. (2014). El coeficiente K2 de Livingston y la confianza de una decisión dicotómica en un test psicológico. *Universitas Psychologica*, 13(1), pp. 1-18. <https://doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-1.eckl>
- Ghasemi, A. & Zahediasl, S. (2012). Pruebas de normalidad para el análisis estadístico: una guía para no estadísticos. *Int J Endocrinol Metab.* 10(2), pp. 486–489. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3693611/>
- Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J., López-Torrecillas, F. y Sánchez-Barrera, M. (2002). Propiedades psicométricas de la versión española del Cuestionario de Salud General de Goldberg -28. *Revista de Psicología de la Salud*, 14(1), pp. 49-71. <https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/download/755/1100>
- Goldberg, D. (1981). *Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)*. NFER-NELSON. (Versión española de Masson, S.A., 1996).

- Goldberg, D. y Hillier, V. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), pp. 139-145. <https://psycnet.apa.org/record/1980-24497-001>
- Goldberg, D. y Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER Nelson
- González, F. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. Editorial Ciencias Médicas. http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor analysis (2nd ed.)*. Erlbaum.
- Graham, J. (2006). Congeneric and (essentially) tau-equivalent estimates of score reliability: what they are and how to use them. *Educational and Psychological Measurement*, 66(6), pp. 930-944. <https://doi.org/10.1177/0013164406288165>
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., Black, W. (1999) *Análisis Multivariante. (5ª Ed.)* Prentice Hall.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. & Black, W. (2004). *Análisis multivariante*. Pearson-Prentice Hall. <https://docer.com.ar/doc/v1env>
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J y Anderson, R.E. (2009) *Multivariate Data Analysis. (7th Ed.)*. Prentice Hall.
- Hancock, G. (2001). Effect size, power, and sample size determination for structured means modeling and MIMIC approaches to between-groups hypothesis testing of means on a single latent construct. *Psychometrika*, 66, pp. 373–388. <https://doi.org/10.1007/BF02294440>
- Hancock, G., & Mueller, R. (2001). Rethinking construct reliability within latent variable systems. In R. Cudeck, S. du Toit, & D. Sörbom (Eds.), *Structural equation modeling: Present and future—A Festschrift in honor of Karl Jöreskog* (pp. 195–216). Scientific Software International

- Hermesen, L. (2011). *Manic minds: Mania's mad history and its neuro-future*. Rutgers University Press
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Hernández-Sampieri, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación- las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill educación. <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/handle/54000/1292>
- Hu, L., & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling : A Multidisciplinary Journal*, 6, 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hu, L., & Bentler, P. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424–453. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.3.4.424>
- Instituto Nacional de Salud Mental (2018). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana - 2015. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 34(1), 1-184. <https://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2019). Estudio Epidemiológico de Salud Mental comparativo ciudad de Abancay 2010-2016. Informe General del Adulto. *Anales de Salud Mental*, 15(2), http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/_notes/Vol%20XXXV%202019%20Nro2%20EESM_comparativo%20ciudad%20de%20Abancay%20%202010-2016.pdf
- Jöreskog, K., & Sörbom, D. (1979). *Advances in factor analysis and structural equation models*. Abt Books.

- Jöreskog, K. G. (1994). On the estimation of polychoric correlations and their asymptotic covariance matrix. *Psychometrika*, 59, 381–389. <https://doi.org/10.1007/BF02296131>
- Kaiser, H. F. (1970). A second generation little jiffy. *Psychometrika*, 35, 401–415. <https://doi.org/10.1007/BF02291817>
- Kline, P. (1986). *A handbook of test construction: Introduction to psychometric design* Methuen. <https://lib.ugent.be/catalog/rug01:000108801>
- Kline, P. (1998). *The new psychometrics: Science, psychology and measurement*. Taylor & Frances/Routledge.
- Kline, P. (2015). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling (4^a ed)*. The Guilford Press. <https://books.google.li/books?id=3VauCgAAQBAJ&printsec=copyright&hl=de#v=onepage&q&f=false>
- Kline, T. (2005). *Psychological Testing: A Practical Approach to Design and Evaluation*. SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135/9781483385693
- Kroenke K. & Rosmalen, J. G. (2006). Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders. *Med Clin North Am*. 90(4), 603-26. doi: 10.1016/j.mcna.2006.04.003.
- Leenen, I. (2014). Virtudes y limitaciones de la teoría de respuesta al ítem para la evaluación educativa en las ciencias médicas. *Investigación en Educación Médica*, 3(9), 40-55. <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733231007.pdf>
- Lee, C., Zhang, G., y Edwards, M. (2012). Ordinary least squares estimation of parameters in exploratory factor analysis with ordinal data. *Multivariate Behavioral Research*, 47, 314–339. <https://doi.org/10.1080/00273171.2012.658340>
- Li, C. H. (2016). Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. *Behavior*

Research Methods, 48(3), 936-949. <https://doi.org/10.3758/s13428-015-0619-7>

Livingston, S. (1972). Aplicaciones de la teoría clásica de las pruebas con referencia a criterios. *Journal of Educational Measurement*, 9(1), pp. 13-26. <https://doi.org/10.1111/j.1745-3984.1972.tb00756.x>

Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A. y Tomás, M. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Revista Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16731690031.pdf>

Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A., & Tomás, I. (2017). The exploratory factor analysis of items: guided analysis based on empirical data and software. *Anales de Psicología*, 33(2), 417-432. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16750533026>

Lobo, A., Pérez, M. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16(1), 135-14. <https://doi.org/1.1017/S0033291700002579>

López-Roldán, P. y Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa*. Bellaterra Universitat Autònoma de Barcelona. https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163567/metinvsocua_a2016_cap2-3.pdf

Macaya, X., Vyhmeister, R. y Parada, B. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), pp. 215-

McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Erlbaum Associates.

Magaña, S. & Smith, M. (2006). Health Outcomes of Midlife and Older Latina and Black American Mothers of Children with Developmental Disabilities. *Mental Retardation*, 44(3), pp. 224–234. [https://doi.org/1.1352/0047-6765\(2006\)44\[224:HOOMAO\]2 CO;2](https://doi.org/1.1352/0047-6765(2006)44[224:HOOMAO]2 CO;2)

- Marx, C., Masruha, R. E., Masruha, R. M. y Vilanova, L. (2011). Depression, anxiety and daytime sleepiness of primary caregivers of children with cerebral palsy. *Revista Paulista de Pediatría*, 29(4), pp. 483-488. <https://doi.org/1.1590/S0103-05822011000400003>
- Meneses, J., Barrios, M., Bonillo, A., Cosculluela, A., Lozano, L., Turbany, J. y Valero, S. (2013). *Psicometría*. Editorial UOC.
- MINSA (2020). *Plan de salud mental Perú. 2020-2021*. Documento Técnico. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>
- Miranda, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86-95. <https://www.redalyc.org/journal/279/27957772009/html/>
- Moniz, E. (1948). *How I came to perform lobotomy*. Psychosurgery Lisbon
- Muñiz, J. (2010). Las teorías de los tests: teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 57-66. <http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/1796.pdf>
- Muthén, B. A. (1984). A general structural equation model with dichotomous, ordered categorical, and continuous latent variable indicators. *Psychometrika*, 49, 115–132. <https://doi.org/10.1007/BF02294210>
- Nunnally, J. y Bernstein, I. (1995). *Teoría psicométrica (3ª ed)*. McGrawHill Latinoamericana.
- Oliva, J. (2010). Medidas de forma: asimetría y curtosis. Momentos. Estadística. <https://estadisticaucv.files.wordpress.com/2010/12/asimetria-y-curtosis.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2020). *La COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental*. Naciones Unidas. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief__covid_and_mental_health_spanish.pdf

- Organización Mundial de la Organización Mundial de la Salud. (2020). *No hay salud sin salud mental*. PAHO. <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoviendo la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*. PAHO. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1), 227-232. <http://dx.doi.org/1.4067/S0717-95022017000100037>
- Pérez, E., y Medrano, L. (2010). Análisis Factorial: Bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(1), 58-66. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3161108>
- Pérez, J. (2015) Principios de bioestadística para comprender los resultados reportados en los artículos científicos. *Orthotips*, 11(2), 91-95. <https://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2015/ot152h.pdf>
- Pérez, P., Lozano, O., y Rojas, A. (2010). Propiedades psicométricas del GHQ-28 en pacientes con dependencia a opiáceos. *Adicciones*, 22(1), 65-72. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122902009>
- Ramos, Z. (2018). *Psicometría básica*. Fundación Universitaria del Área Andina. <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1491/75%20PSI%20COMETR%C3%8DA%20B%C3%81SICA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Raykov, T. (1997). Estimation of composite reliability for congeneric measures. *Applied Psychological Measurement*, 21, Reise, S. P., Scheines, R., Widaman, K. F., & Haviland, M. G. (2013). Multidimensionality and Structural Coefficient Bias in Structural Equation Modeling: A Bifactor Perspective. *Educational and Psychological Measurement*, 73(1), pp. 5–26. <https://doi.org/10.1177/0013164412449831>
- Restrepo, D. y Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 30(2), pp. 202-211. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a09.pdf>
- Ríos, J., & Wells, C. (2014). Validity evidence based on internal structure. *Psicothema*, 26(1), pp. 108-116. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/10225>
- Rivas-Diez, R. y Sánchez-López, M. (2014). Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Salud General (GHQ-12) en Población Femenina Chilena. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23 (3), pp. 251-26. https://www.researchgate.net/publication/286708404_Propiedades_Psicometricas_del_Cuestionario_de_Salud_General_GHQ-12_en_Poblacion_Femenina_Chilena
- Rodríguez, A., Reise, S. P., & Haviland, M. G. (2016). Evaluating bifactor models: Calculating and interpreting statistical indices. *Psychological methods*, 21(2), pp. 137-150. <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037/met0000045>
- Rodríguez, E. (2005). *Metodología de la Investigación*. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- Rodríguez-Jaume, M. y Mora, R. (2001). *Estadística informática: casos y ejemplos con el SPSS*. Universidad de Alicante. Servicio de Publicaciones. <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/12078>
- Rosario-Rodríguez, A., González-Rivera, J., Cruz-Santos, A., & Rodríguez-Ríos, L. (2020). Demandas tecnológicas, académicas y psicológicas en estudiantes

- universitarios durante la pandemia por COVID-19. *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), pp.176-185. <https://doi.org/1.37226/rcp.v4i2.4915>
- Ryff, C. y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), pp. 719-727. <https://doi.org/1.1037/0022-3514.69.4.719>
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Rev. Peru Med Exp Salud Publica*, 29(1), pp. 143-48. <https://www.scielo.org/pdf/rpmesp/2012.v29n1/143-148/esSalud Ginebra>. https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Sánchez-Villena, A., & de La Fuente-Figuerola, V. (2020). Estandarización, adaptación y validación de pruebas psicométricas: diferencias necesarias. *Anales de Pediatría*, 93(5), 353–354. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.014>
- Sánchez, H. & Reyes, C. (2015). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. Editorial Bussines Support. Aneth SRL.
- Sánchez, H., Reyes, C. y Mejía, k. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística*, Universidad Ricardo Palma. Vicerrectorado de investigación. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1480>
- Sanz, I., Sáinz, J., y Capilla, A. (2020). *Efectos de la crisis del coronavirus en la educación*. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI). <https://www.iesalc.unesco.org/2020/04/01/oei-lanza-el-informe-efectos-de-la-crisis-del-covid-19-en-la-educacion/#.YN-ovuhKhPY>
- Sass, D., Schmitt, T., Marsh, H. (2014). Evaluación del ajuste del modelo con datos categóricos ordenados dentro de un marco de invariancia de medición: una comparación de estimadores. *Structural Equation Modeling: A*

Multidisciplinary Journal, 21(2). pp. 167-180.
<https://doi.org/10.1080/10705511.2014.882658>

Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods of Psychological Research*, 8(2), 23–74.

Schreiber, J., Nora, A., Stage, F., Barlow, E. y King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of Educational Research*, 99(6), 323-337.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/1.3200/JOER.99.6.323-338>

Silva-Gutiérrez, B. y De la Cruz-Guzmán, U. (2017) Autopercepción del estado de salud mental en estudiantes universitarios y propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General (GHQ28). *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, 4(8), 1-26.
<https://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/view/676/875>

Smits, I., Timmerman, M., Barelds, D., & Meijer, R. (2015). The Dutch symptom checklist-90-revised: is the use of the subscales justified? *European Journal of Psychological Assessment*, 31(4), 263-271. [https://doi: 10.1027/1015-5759/a000233](https://doi:10.1027/1015-5759/a000233)

Solís-Cámara, P.; Meda, R.; Moreno, B.; Juárez, P. (2016). Estructura factorial del cuestionario de salud general ghq-12 en población general de México. *Salud & sociedad*. 7(1). pp. 1-15.
https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/2016_estructura_factorial_del_cuestionario_de_salud_genral_ghq_12_en_poblacion_general_de_mexico.pdf

Tabachnick, B., y Fidell, L. (2001). *Uso de estadísticas multivariadas*. Pearson.
<https://www.pearsonhighered.com/assets/preface/0/1/3/4/0134790545.pdf>

Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, E., José, E., Weich, S., Parkinson, J, Secker, J. y Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *BioMed Central*,

63(5). pp.1-13. <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/1.1186/1477-7525-5-63>

Tornimbeni, S., Olaz, F. y Pérez, E. (2004). *Introducción a los test psicológicos*. Editorial Paidós. <http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/0891.%20Introducci%C3%B3n%20a%20la%20psicometr%C3%ADa.pdf>

Triglia, A. (s.f.). *La teoría de los cuatro humores, de Hipócrates*. Psicología y mente. <https://psicologiaymente.com/personalidad/teoria-cuatro-humores-hipocrates>

Trizano-Hermosilla I and Alvarado JM (2016) Best Alternatives to Cronbach's Alpha Reliability in Realistic Conditions: Congeneric and Asymmetrical Measurements. *Front. Psychol.* 7:769. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00769>

Unicef (2020). *El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes*. [Comunicado de prensa]. <https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-j%C3%B3venes>

UNICEF (2019, 5 noviembre). *Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales*. [Comunicado de prensa]. <https://www.unicef.org/peru/notas-de-prensa/20-adolescentes-todo-mundo-sufren-trastornos-salud-mental-15-considerado-suicidio>

Vallejos, A., Rivera, J., Esteve-Vives y Rodríguez-Muñoz (2014). El cuestionario general de salud (GHQ-28) en pacientes con fibromialgia: propiedades psicométricas y adecuación. *Clínica y Salud*, 25(2), pp.105-11. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180631191003>

Ventura-León, J., y Caycho-Rodríguez, T. (2017). *El coeficiente omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad*. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(01), pp. 625–627. <http://www.redalyc.org/pdf/773/77349627039.pdf>

- García, V. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg: Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), pp. 88-97. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000100010&lng=es&tlng=es.
- Viladrich, C., Angulo-Brunet, A., y Doval, E. (2017). A journey around alpha and omega to estimate internal consistency reliability. *Anales de Psicología*, 33(3), pp.755-782. <https://dx.doi.org/1.6018/analesps.33.3.268401>
- Villa, I., Zuluaga C. y Restrepo, L. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(3), pp. 532-545. <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v31n3/v31n3a07.pdf>
- Yu, C., & Muthen, B. (2002). *Evaluation of model fit indices for latent variable models with categorical and continuous outcomes* [Paper presentation] The annual conference of the American Educational Research Association. New Orleans, LA. <http://www.statmodel.com/download/Yudissertation.pdf>
- Yang-Wallentin, F., Jöreskog, K. and Luo, H. (2010). Confirmatory Factor Analysis of Ordinal Variables with Misspecified Models, *Structural Equation Modeling. A Multidisciplinary Journal*, 17(3), 392—423. <http://dx.doi.org/10.1080/10705511.2010.489003>
- Zambrano, R. & Ceballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 26-39. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615418005>
- Zumbo, B., Gadermann, A., y Zeisser, C. (2007). Ordinal Versions of Coefficients Alpha and Theta For Likert Rating Scales. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 6(1), 21-29. <https://digitalcommons.wayne.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1121&context=jmasm>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia de “Adaptación de la escala de Salud Mental en estudiantes universitarios de Lima metropolitana, 2021

PROBLEMA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	INSTRUMENTO
<p>¿Cuáles son las características psicométricas de la adaptación de la escala de Salud Mental en estudiantes universitarios de Lima metropolitana, 2021?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar las características de la adaptación de la escala de Salud Mental en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana, 2021.</p>	<p>Tipo, diseño Tipo: tecnológico, específicamente psicométrico, diseño instrumental</p> <p>Variable: Salud Mental. 4 dimensiones: Síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión severa.</p> <p>Población, muestra y muestreo:</p> <p>Población: 1,400,367 estudiantes universitarios de pregrado.</p> <p>Muestra: 1036 estudiantes universitarios de pregrado.</p>	<p>Salud Mental de Goldberg (1979). Adaptada por Lobo A, et al.</p>
	<p>Objetivos Específicos</p> <p>Evaluar la evidencia de validez basada en el contenido de la adaptación de la Escala de Salud Mental en estudiantes universitarios de Lima metropolitana, 2021.</p>	<p>Muestreo: No probabilístico por conveniencia</p>	
	<p>Analizar los ítems de la adaptación de la Escala de Salud Mental en estudiantes universitarios de Lima metropolitana, 2021</p>	<p>Piloto: 70 estudiantes universitarios de pregrado (piloto)</p>	
	<p>Evaluar la evidencia de validez basada en la estructura interna de la adaptación de la Escala de Salud Mental en estudiantes universitarios de Lima metropolitana, 2021.</p>		
	<p>Evaluar la evidencia de confiabilidad de la adaptación de la Escala de Salud Mental en estudiantes universitarios de Lima metropolitana, 2021.</p>		
	<p>Evaluar la evidencia de equidad de la adaptación de la Escala de Salud Mental en estudiantes universitarios de Lima metropolitana, 2021.</p>		
<p>Elaborar datos normativos para la interpretación de los puntajes de la adaptación de la Escala de Salud Mental en estudiantes universitarios de Lima metropolitana, 2021.</p>			

Anexo 2: Tabla de operacionalización de la variable Salud Mental GHQ- 28.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Salud Mental GHQ-28	Salud mental es conceptualizada como la capacidad para hacer las actividades cotidianas sin la perturbación de fenómenos o indicios psicopatológicos en la persona. (Goldberg, 1979 citado por Villa, Zuluaga y Restrepo, 2013)	Esta variable será medida mediante la Escala de salud mental de Goldberg GHQ- 28, la cual ha sido adaptada por Lobo A, et al. Esta escala consta de 28 ítems, con cuatro dimensiones: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión severa	Síntomas somáticos	Salud, agotamiento, sensación de enfermedad, dolores de cabeza	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Tipo: Ordinal Medición: Likert No, en absoluto (1) No más que lo habitual (2) Bastante más que lo habitual (3) Mucho más que lo habitual. (4)
			Ansiedad e insomnio	Problemas y/o preocupaciones, insomnio	8, 9, 10, 11, 12, 13, 14	
			Disfunción social	nerviosismo-malhumor Actitud-emociones	15, 16, 17, 18, 19, 20,21	
			Depresión severa	Estado de ánimo, suicidio	22, 23, 24, 25, 26, 27, 28	

Anexo 3: Matriz de adaptación y validación de instrumento

Variable	Definición conceptual	Características psicométricas	Indicadores	Técnica
Adaptación de la escala de salud mental	Adaptar una prueba involucra transformar, en el que se eliminen y/o aumentan ítems, y que en el resultado nos muestre un nuevo modelo del instrumento. De esta manera se logra que la prueba obtenga una validez, confiabilidad para poder aplicarlo a distintas muestras (Pilatti et al., 2012).	Validez	Validez de contenido	V de Aiken- Criterio de jueces expertos
			Validez de estructura	Análisis factorial confirmatorio- Índices de ajuste
		Confiabilidad	Consistencia interna	Coefficiente Omega y omega jerárquico
		Equidad	Invarianza factorial	Cambios en el CFI y RMSEA
		Datos normativos	Percentiles	Percentiles y coeficiente K2

Anexo 4: Instrumento de Investigación.

Cuestionario de Salud Mental De Goldberg GHQ-28

(Goldberg, 1970, Validada por Lobo A, et al., 1986)

A continuación, encontrarás una serie de preguntas que hacen referencia a los problemas recientes que ha presentado en su vida diaria. Lee cada frase y contesta según las últimas semanas de tu vida marcando con una X de acuerdo con la siguiente escala de valoración:

1= No, en absoluto, 2= No más que lo habitual, 3= Bastante más que lo habitual, 4= Mucho más que lo habitual.

ITEMS	1	2	3	4
1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?				
2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba algún tipo de vitaminas?				
3. ¿Se ha sentido agotado(a) y sin fuerzas para nada?				
4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo(a)?				
5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?				
6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?				
7. ¿Ha tenido temperatura corporal alta o escalofríos?				
8. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?				
9. ¿Ha tenido dificultades para dormir toda la noche?				
10. ¿Se ha notado constantemente agobiado(a) y en tensión?				
11. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado(a)?				
12. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?				
13. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?				
14. ¿Se ha notado nervioso(a) y “a punto de explotar” constantemente?				
15. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado(a) y activo(a)?				

16. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?				
17. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo bien las cosas?				
18. ¿Se ha sentido satisfecho(a) con su manera de hacer las cosas?				
19. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?				
2. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?				
21. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?				
22. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?				
23. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?				
24. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?				
25. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?				
26. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios fuera de control?				
27. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?				
28. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?				

Anexo 5: Ficha sociodemográfica.

¿Acepto participar voluntariamente en la investigación?

SI (2) NO (1)

Edad: de 18 años a más.

Sexo: 1= Masculino 2= Femenino

Universidad: 1 = Pública 2 = Privada

Carrera: Profesión que está estudiando

Ciclo actual: 1= Dentro del I, II, III Ciclo

2= Dentro del IV, V, VI Ciclo

3= Dentro del VII, VIII, IX Ciclo

4= Dentro del X, XI, XII Ciclo

Distrito: 1=Ancón, 2=Ate, 3=Barranco, 4=Breña, 5=Carabaylo, 6=Chaclacayo, 7=Chorrillos, 8=Cieneguilla, 9=Comas, 10= El Agustino, 11= Independencia, 12=Jesús María, 13=La Molina, 14= La Victoria, 15= Lima, 16=Lince, 17=Los Olivos, 18= Lurín, 19= Magdalena del Mar, 20=Pachacamac, 21= Pucusana, 22= Pueblo Libre, 23=Puerto Piedra, 24= Punta Hermosa, 25= Punta Negra, 26=Rímac, 27= San Bartolo, 28= San Borja, 29=San Isidro, 30=San Juan de Lurigancho, 31=San Juan de Miraflores 32= San Luis, 33=San Martín de Porres, 34=San Miguel, 35= Santa Anita, 36=Santa Rosa, 37= Santiago de Surco, 38=Surquillo, 39=Villa el Salvador, 40=Villa María del Triunfo, 41=Miraflores

Anexo 6: Enlace del Formulario

<https://forms.gle/oQerg4RZVm7mwVYQ6>



Salud Mental en estudiantes
universitarios de Lima Metropolitana,
2021

Anexo 7: Carta de solicitud de autorización de uso del instrumento remitido por la escuela de psicología que solicito cuando realizo el proyecto de investigación.

 **UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

CARTA N° 025 - 2021/EP/PSI.UCV.ATE-VITARTE

Ate, 29 de julio de 2021

Autor:

• Antonio Lobo Satué

Presente:

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a la alumna **GASTELU SOTO, STEFANY JULISSA**, identificada con **DNI 47177891**, código de matrícula **7000988952**, estudiante del X ciclo del programa de estudios de la Escuela de Psicología de nuestra casa de estudio, quien realizará su trabajo de investigación para el curso de Desarrollo del proyecto de investigación titulado: **"Propiedades Psicométricas de la escala salud mental en estudiantes universitarios de Lima metropolitana, 2021"**, este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación psicométrica. Así también, si fuera tan amable, me podría proporcionar el manual, el protocolo de respuestas y los materiales necesarios para realizar la investigación.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, para sólo fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovar los sentimientos de especial consideración y estima personal.

Atentamente,

MG. EDITH HONORINA JARA AMES
Coordinadora Académica de la
Escuela Profesional de Psicología
Filial Lima Campus Ate

Anexo 8: Autorización de uso del instrumento por parte del autor de la adaptación.

23 de 210 < > Es

PERMISO PARA EL USO DEL CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG GHQ-28 Recibidos x



Stefany Gastelu Soto <stefangastel20@gmail.com>
para alobosat

vie, 30 jul 13:42 ☆ ↶ ⋮

Le escribo esperando que se encuentre muy bien de salud junto a su familia. Me presento soy la estudiante Stefany Gastelu Soto, de la carrera profesional de Psicología, cursando el X ciclo de la universidad César Vallejo del país de Perú, el motivo por el cual le escribo, es para solicitarle el permiso para el uso del Cuestionario de Salud General De Goldberg -GHQ28- con fines académicos de investigación. Asimismo, me podría facilitar la ficha técnica, el cuestionario, etc.

Le adjunto la carta de permiso dirigida a su nombre. Pedirle también que al brindarme el permiso pueda redactarme una pequeña carta indicando su autorización indicando el uso del instrumento

Espero su pronta respuesta.
Muchas gracias de antemano



ejp <ejp@unizar.es>
para mí

lun, 2 ago 8:41 ☆ ↶ ⋮

Estimada Stefany,

En relación con los permisos para utilizar el GHQ-28, la Editorial contestó lo siguiente con fecha 4 de julio de 2017:

"Les informo que lamentablemente la obra Goldberg D, Williams P. Cuestionario de Salud General GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. Versión española de: Lobo A y Muñoz PE.; está descatalogada por nuestra editorial y por lo tanto ya no somos los dueños de los derechos."

Consecuentemente, nosotros, como autores de la versión española **no ponemos ninguna traba para la utilización del cuestionario** y, por el contrario, agradecemos el interés. Eso sí, **creemos que debería utilizarse la cita correcta:**

Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. Psychol Med. 1986;16(1):135-40.

Reciba un cordial saludo,

Profesor Antonio Lobo

----- Mensaje reenviado -----

De: **Stefany Gastelu Soto** <stefangastel20@gmail.com>

Fecha: El sáb, 31 jul 2021 a las 3:43

Asunto: PERMISO PARA EL USO DEL CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG GHQ-28

Para: <alobosat@gmail.com>

Prof. Antonio Lobo
Universidad de Zaragoza
Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón)
CIBERSAM, Instituto de Salud Carlos III
alobo@unizar.es
alobosat@gmail.com

Anexo 9: Resultados del Piloto (n=70)

Tabla 1

Análisis estadístico preliminar de los ítems de la Escala de Salud Mental (n=70)

Ítems	M	DE	G1	G2	IHC	H ²	ID	Acceptable
ITEM1	2,26	,755	,569	,321	,615	,414	0	SI
ITEM2	2,91	,944	-,464	-,700	,566	,458	0	SI
ITEM3	2,73	1,034	-,235	-1,106	,711	,534	0	SI
ITEM4	2,83	,932	-,199	-,957	,658	,485	0	SI
ITEM5	2,79	1,048	-,254	-1,180	,549	,489	0	SI
ITEM6	2,93	1,026	-,434	-1,055	,561	,587	0	SI
ITEM7	3,23	,966	-1,076	,120	,551	,691	0	SI
ITEM8	2,61	1,040	-,195	-1,102	,623	,490	0	SI
ITEM9	2,76	,999	-,207	-1,057	,659	,431	0	SI
ITEM10	2,59	1,042	-,037	-1,167	,741	,605	0	SI
ITEM11	2,90	1,024	-,379	-1,094	,764	,619	0	SI
ITEM12	3,16	,958	-,630	-,975	,760	,389	0	SI
ITEM13	2,87	1,048	-,280	-1,272	,681	,584	0	SI
ITEM14	2,09	1,087	,384	-1,286	-,743	,616	0	SI
ITEM15	2,60	,806	-,164	-,360	-,092	,504	,9	NO
ITEM16	2,90	,919	-,373	-,750	,678	,434	0	SI
ITEM17	2,33	,847	,044	-,616	,053	,480	,32	NO
ITEM18	2,50	,776	,000	-,322	,393	,675	0	SI
ITEM19	2,63	,920	,011	-,852	,502	,632	0	SI
ITEM20	2,80	,926	-,149	-,958	,478	,596	0	SI
ITEM21	2,47	,829	,329	-,440	,461	,521	0	SI
ITEM22	3,36	,917	-1,245	,468	,538	,640	0	SI
ITEM23	3,37	,920	-1,163	,058	,678	,734	0	SI
ITEM24	3,49	,897	-1,632	1,530	,649	,743	0	SI
ITEM25	3,63	,726	-1,870	2,529	,442	,706	0	SI
ITEM26	3,27	,962	-1,079	,010	,703	,494	0	SI
ITEM27	3,44	,862	-1,286	,408	,663	,738	0	SI
ITEM28	3,67	,653	-1,793	1,822	,577	,732	0	SI

Nota: M: Media; DE: Desviación estándar; g1: coeficiente de asimetría de Fisher; g2: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida; h²: Comunalidad; ID: Índice de discriminación.

Tabla 2

Prueba KMO y el test de esfericidad de Bartlett (n=70)

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,857
	Aprox. Chi-cuadrado	1426,116
Prueba de esfericidad de Bartlett	GI	378
	Sig.	,000

Tabla 6

Medidas de Bondad de ajustes con el método de máxima verosimilitud (ML) de la Escala de Salud Mental (n=70)

Índices de Ajuste	Modelo I	Índices óptimos
Ajuste absolute		
RMSEA	.111	≤ .06 y .08
SRMR	.119	
Ajuste comparative		
CFI	.774	≥ .90
TLI	.752	≥ .90

Nota: RMSEA: Error de Aproximación Cuadrático Medio, SRMR: Residuo estandarizado cuadrático media, CFI: índice de ajuste comparativo, TLI: índice de Tucker – Lewis

Análisis Factorial Confirmatorio y Análisis Factorial Exploratorio

Figura 1:

Modelo factorial de la Escala de Salud Mental (n=70)

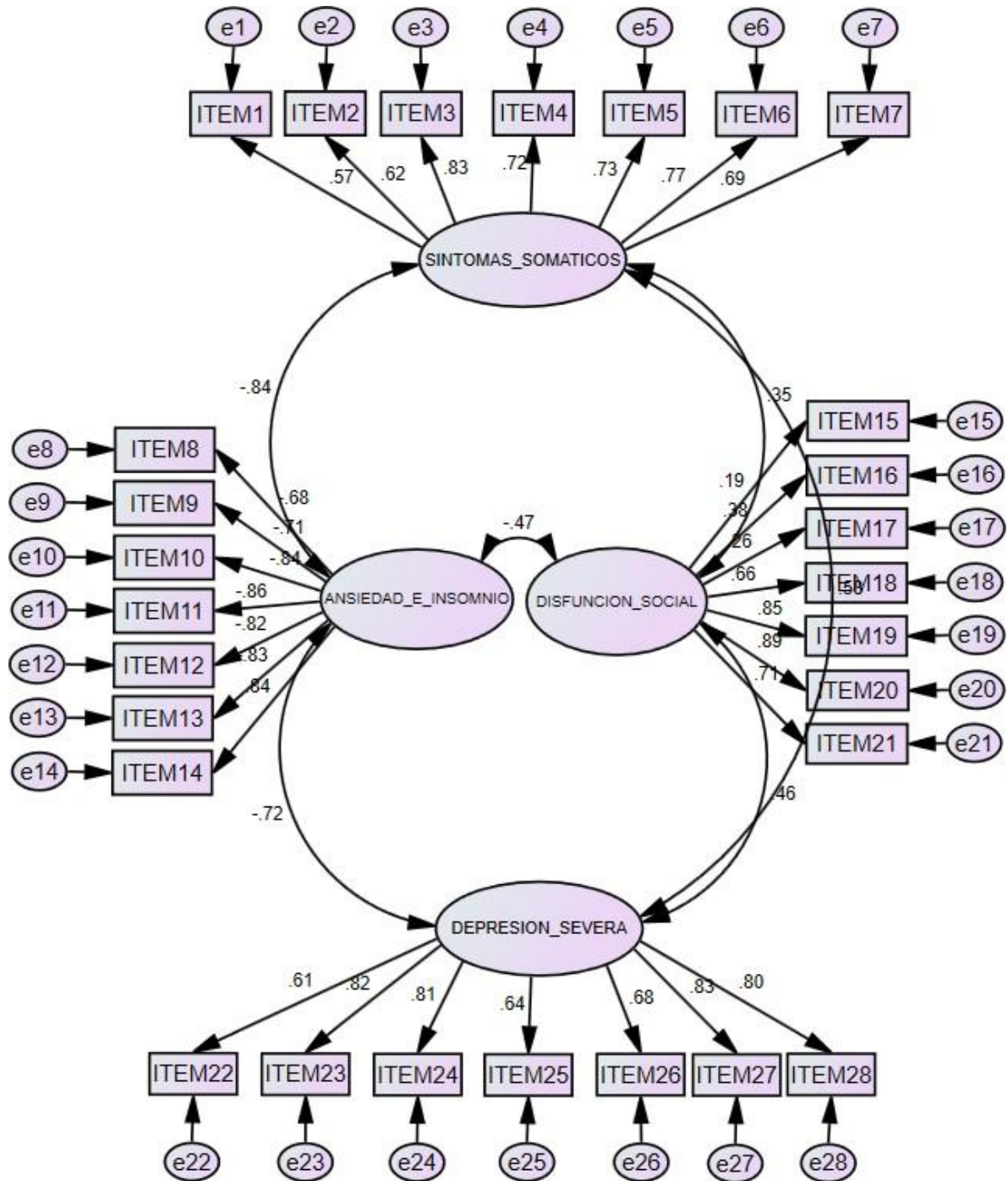


Tabla 7

Fiabilidad por el alfa de Cronbach y omega de MC Donald de la escala de Salud Mental (n=70)

	McDonald	Cronbach
D1:	.87	.87
D2:	.85	.68
D3:	.77	.75
D4:	.89	.88
Escala total	.93	.91

Anexo 9: Escaneos de la validación de los criterios de los jueces del instrumento GHQ-28.

 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Observaciones:

Sería conveniente de hacer una pregunta más directa, sin muchas ambigüedades y esta forma el usuario podrá responder a su forma usual de como lo vive o ve su estado emocional al momento de aplicarle el instrumento

.....

.....

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: **Dr. Caller Luna, Juan Bautista**

DNI: 07143496

Firma


Dr. Caller Luna, Juan B.
PSICÓLOGO CLÍNICO EDUCATIVO
C.P.S. N° 15804

.....

Firma del Experto Informante.
Especialidad

30 de julio del 2021

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

8

 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg:

DNI: 09961358

Firma


Mg. Perry W. Benavides Sánchez
PSICÓLOGO FORENSE
C.P.S. N° 7458

.....

17 de julio del 2021

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

8



Observaciones: La escala esta muy bien planteada, solo algunos items faltan precisar con sinónimos para acercar su direccionalidad a la definición operacional de la dimensión. **Es aplicable al 95%**

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [X] No aplicable []


Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg:

DNI: 10729870

Especialidad del validador: **Psicología Clínica y de la Salud**

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


LIC. Pedro E. Tapia Amaya
Ψ Psicólogo
C. Psic. P. N° 11778

31 de julio del 2021



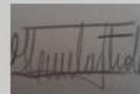
Observaciones:

.....
.....
.....

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: GIULIANA CECILIA CASTRO CARRASCO

DNI: 10070596



Firma del Experto Informante.
Especialidad

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

15 de agosto del 2021

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Dr. : PASTOR CAVERO MARÍA SOFÍA

DNI: 07206286

Firma 

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto técnico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar el componente o dimensión específicos del constructo.
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.



Firma del Experto Informante.
Especialidad EDUCATIVA

30 de julio del 2021

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [X] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Charo ~~Rocio Llauce~~ Vigo

DNI: 16742625

Firma

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto técnico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar el componente o dimensión específicos del constructo.
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.



MS. CHARO ROCIO LLAUCE VIGO
PSICÓLOGA
C. P. N. 24458

Firma del Experto Informante.
Especialidad

23 de agosto del 2021

26	¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios fuera de control?	Inverso	x		x		x		
27	¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	Inverso	x		x		x		
28	¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	Inverso	x		x		x		

Observaciones:

Usar un lenguaje coloquial, ya que la población es universitaria y enfocar las preguntas a ello, reestructurar ya que no están planteadas de acuerdo a la población.

Se sugiere cambiar la población para que se cumpla la variable de "depresión severa" y pueda medir a un 100%.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [X] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: MEZA NEYRA LIZ CAROLINA.

DNI: 43840516

Firma

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Liz Carolina Meza Neyra
 PSICOLOGA
 C.P.P. 22617

Firma del Experto Informante.
 Especialidad Educativa – Clínica.

05 de agosto del 2021

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

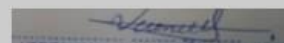
Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: ~~Verónica Muchaypiña~~ Vivanco

DNI: 43800331

Firma

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



VERÓNICA MUCHAYPIÑA VIVANCO
 PSICOLOGA
 C.P.P. 3328

Firma del Experto Informante.
 Especialidad

27 de julio del 2021



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg:

DNI:

MG. Milagros Ordinola V.

DNI 09843540

Firma

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Firma del Experto Informante.
Especialidad

..... de agosto del 2021



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Observaciones:

.....
.....
.....

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Dr. Reynaldo Murillo Vega |

DNI: 08494108

Firma

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Firma del Experto Informante.
Psicólogo Clínico-Educativo

Lima, 10 de agosto del 2021

SPSS

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 40 de 40 variables

	ID	EDAD	SEXO	UNIVERSIDAD	CARRERA	CICLO	DISTRITO	ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4	ITEM5	ITEM6	ITEM7	ITEM8	ITEM9	ITEM10	ITEM11	IT
1	1	21	1	1	Economía	3	30	1	3	2	3	1	1	3	1	1	1	2	
2	2	29	1	1	Matemática Pura	3	2	2	3	2	3	4	4	3	2	2	3	2	
3	3	22	2	1	Educación	3	2	1	2	3	2	2	2	4	1	2	1	3	
4	4	22	1	2	Diseño Industrial	2	35	2	2	2	2	3	2	2	1	2	1	2	
5	5	19	2	1	Nutrición	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
6	6	20	2	2	Traducción e interp...	2	2	2	3	3	3	2	2	4	2	3	2	3	
7	7	25	1	2	Psicología	4	35	2	4	4	3	4	4	4	3	3	2	4	
8	8	21	1	2	Administración de ...	2	2	2	3	1	2	1	1	4	1	2	2	1	
9	9	22	1	1	Ing Industrial	3	2	2	4	3	3	4	4	4	2	3	3	3	
10	10	18	1	2	Ingeniería	4	2	2	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	
11	11	22	2	2	Psicología	3	2	2	4	3	4	2	3	4	4	4	2	2	
12	12	25	2	1	Economía	3	2	1	2	2	2	4	3	4	3	3	2	3	
13	13	24	1	2	Ingeniería de siste...	3	2	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	
14	14	25	2	1	economía	4	2	2	4	2	2	1	1	1	3	2	2	2	
15	15	23	1	2	Ingeniería de Siste...	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3	
16	16	44	1	2	Ingeniería de Siste...	3	30	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	4	
17	17	21	2	2	Recursos Humanos	1	2	2	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	
18	18	21	2	2	Derecho	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	
19	19	20	2	2	Psicología	1	2	1	1	2	3	3	3	4	3	4	2	2	
20	20	21	2	2	Enfermería	4	2	4	4	4	3	2	2	4	4	4	4	4	
21	21	26	2	2	Psicología	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	

Vista de datos Vista de variables

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 40 de 40 variables

	ID	EDAD	SEXO	UNIVERSIDAD	CARRERA	CICLO	DISTRITO	ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4	ITEM5	ITEM6	ITEM7	ITEM8	ITEM9	ITEM10	ITEM11	IT
51	51	22	1	2	Psicología	4	13	2	3	4	3	2	3	4	4	3	2	3	
52	52	22	1	2	Psicología	3	30	2	2	1	3	4	3	4	2	2	3	4	
53	53	24	2	2	Psicología	4	35	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	
54	54	21	2	1	Trabajo Social	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	
55	55	21	2	2	Adm. Y mar...	4	30	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	
56	56	22	2	2	Psicología	3	30	3	3	3	2	3	3	4	3	2	4	4	
57	57	22	2	2	Medicina Hu...	4	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	
58	58	19	1	2	Administraci...	2	2	2	3	3	2	4	4	3	3	2	3	4	
59	59	22	1	2	Contabilidad	4	35	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
60	60	21	1	2	Ingeniería de ...	4	15	4	4	4	3	3	3	3	2	3	2	4	
61	61	31	1	2	Ingeniería de ...	4	34	2	1	1	3	3	3	3	1	3	3	3	
62	62	26	1	2	Marketing	2	15	2	2	2	2	3	4	3	3	3	2	2	
63	63	24	1	1	Administración	1	19	2	4	2	2	2	3	4	3	3	2	2	
64	64	19	2	2	Derecho	1	2	2	3	2	2	2	2	2	4	4	2	4	
65	65	26	2	2	Ingeniería In...	4	2	3	3	4	3	2	3	4	2	3	4	4	
66	66	22	1	2	Ingeniería In...	2	2	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	
67	67	22	2	2	Contabilidad	2	2	2	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	
68	68	22	2	2	Ciencias de ...	3	2	2	2	1	1	1	2	1	3	4	2	2	
69	69	23	2	1	Educación P...	4	10	1	4	2	4	3	4	4	3	3	3	2	
70	70	24	1	2	Psicología	4	30	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	

Vista de datos Vista de variables

Anexo 11: Base de datos de la muestra total. (n=1036)

Excel

The screenshot shows an Excel spreadsheet with the following columns: ID, EDAD, SEXO, UNIVERSIDAD, CARRERA, CICLO, DISTRITO, ITEM1, ITEM2, ITEM3, ITEM4, ITEM5, ITEM6, ITEM7, ITEM8, ITEM9, ITEM10, ITEM11, ITEM12. The data is organized into rows, with the first row being a header and subsequent rows containing individual records. The 'ITEM' columns contain numerical values ranging from 1 to 4.

ID	EDAD	SEXO	UNIVERSIDAD	CARRERA	CICLO	DISTRITO	ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4	ITEM5	ITEM6	ITEM7	ITEM8	ITEM9	ITEM10	ITEM11	ITEM12
1	21	1	1	Economía	3	30	1	3	2	3	1	1	3	1	1	1	2	2
3	29	1	1	Matemática Pura	3	2	2	3	2	3	4	4	3	2	2	3	2	3
4	22	2	1	Educación	3	2	1	2	3	2	2	2	4	1	2	1	3	2
5	4	22	1	Diseño Industrial	2	35	2	2	2	2	3	2	2	1	2	1	2	3
6	5	19	2	Nutrición	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
7	6	20	2	Traducción e interpretación	2	2	2	3	3	3	2	2	4	2	3	2	3	4
8	7	25	1	Psicología	4	35	2	4	4	3	4	4	4	3	3	2	4	4
9	8	21	1	Administración de Negocios Internacionales	2	2	2	3	1	2	1	1	4	1	2	2	1	3
10	9	22	1	Ing. Industrial	3	2	2	4	3	3	4	4	4	2	3	3	3	4
11	10	18	1	Ingeniería	4	2	2	3	3	3	4	4	4	4	3	4	3	4
12	11	22	2	Psicología	3	2	2	4	3	4	2	3	4	4	4	2	2	4
13	12	25	2	Economía	3	2	1	2	2	2	4	3	4	3	3	2	3	3
14	13	24	1	Ingeniería de sistemas	3	2	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4
15	14	25	2	economía	4	2	2	4	2	2	1	1	1	3	2	2	2	3
16	15	23	1	Ingeniería de Sistemas	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3	4
17	16	44	1	Ingeniería de Sistemas	3	30	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	4	4
18	17	21	2	Recursos Humanos	1	2	2	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4
19	18	21	2	Derecho	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
20	19	20	2	Psicología	1	2	1	1	2	3	3	3	4	3	4	2	2	2

The screenshot shows an Excel spreadsheet with the following columns: ID, EDAD, SEXO, UNIVERSIDAD, CARRERA, CICLO, DISTRITO, ITEM1, ITEM2, ITEM3, ITEM4, ITEM5, ITEM6, ITEM7, ITEM8, ITEM9, ITEM10, ITEM11, ITEM12. The data is organized into rows, with the first row being a header and subsequent rows containing individual records. The 'ITEM' columns contain numerical values ranging from 1 to 4.

ID	EDAD	SEXO	UNIVERSIDAD	CARRERA	CICLO	DISTRITO	ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4	ITEM5	ITEM6	ITEM7	ITEM8	ITEM9	ITEM10	ITEM11	ITEM12	
1015	1014	23	1	1	Agronomía	2	2	1	2	2	3	2	3	4	3	3	3	2	3
1016	1015	25	1	1	Educación Inicial	3	10	2	2	2	3	2	3	4	2	2	3	2	3
1017	1016	30	1	1	Agronomía	4	13	2	2	2	3	2	3	4	3	2	3	2	3
1018	1017	23	1	1	Agronomía	3	13	2	3	3	4	2	3	4	3	3	3	2	3
1019	1018	24	1	1	Agronomía	3	35	3	2	2	3	2	3	4	3	2	3	2	3
1020	1019	24	1	1	Agronomía	3	29	2	2	2	3	2	3	4	3	2	3	2	3
1021	1020	24	1	1	Agronomía	3	8	1	2	2	3	2	3	4	2	3	3	2	3
1022	1021	26	1	1	Agronomía	3	14	1	2	2	3	2	3	4	2	3	3	2	3
1023	1022	24	1	1	Agronomía	3	14	3	3	3	3	2	3	4	3	3	3	2	3
1024	1023	30	1	1	Agronomía	3	23	2	2	2	3	2	3	4	3	3	3	3	3
1025	1024	23	1	1	Agronomía	3	35	3	4	3	2	3	2	2	4	3	3	3	2
1026	1025	23	1	1	Agronomía	3	21	3	2	2	3	2	3	4	2	3	3	2	3
1027	1026	24	2	1	Zootecnia	2	13	3	3	2	1	2	1	3	1	2	2	1	4
1028	1027	30	2	1	Agronomía	4	13	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2
1029	1028	21	1	1	Industrias Alimentarias	3	12	2	1	2	1	1	2	3	1	2	3	2	4
1030	1029	24	2	1	Agronomía	3	9	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	4
1031	1030	23	2	1	Derecho	3	24	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	4
1032	1031	22	2	1	Ingeniería Forestal	2	41	2	3	2	1	1	2	3	1	2	2	1	4
1033	1032	23	2	1	Agronomía	3	26	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
1034	1033	25	2	1	Derecho	3	25	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
1035	1034	21	1	1	Estadística Informática	2	2	2	2	2	3	2	2	3	1	2	2	1	4
1036	1035	23	1	1	Economía	2	9	2	2	1	2	1	2	3	1	2	2	1	4
1037	1036	21	1	1	Zootecnia	3	9	2	2	1	3	2	1	3	1	2	2	1	4

SPSS

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

1: D2 13 Visible: 40 de 40 variables

	ID	EDAD	SEXO	UNIVERSIDAD	CARRERA	CICLO	DISTRITO	ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4	ITEM5	ITEM6	ITEM7	ITEM8	ITEM9	ITEM10	ITEM11	IT
1	1	21	1	1	Economía	3	30	1	3	2	3	1	1	3	1	1	1	2	
2	2	29	1	1	Matemática...	3	2	2	3	2	3	4	4	3	2	2	3	2	
3	3	22	2	1	Educación	3	2	1	2	3	2	2	2	4	1	2	1	3	
4	4	22	1	2	Diseño Indu...	2	35	2	2	2	2	3	2	2	1	2	1	2	
5	5	19	2	1	Nutrición	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
6	6	20	2	2	Traducción e...	2	2	2	3	3	3	2	2	4	2	3	2	3	
7	7	25	1	2	Psicología	4	35	2	4	4	3	4	4	4	3	3	2	4	
8	8	21	1	2	Administraci...	2	2	2	3	1	2	1	1	4	1	2	2	1	
9	9	22	1	1	Ing. Industrial	3	2	2	4	3	3	4	4	4	2	3	3	3	
10	10	18	1	2	Ingeniería	4	2	2	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	
11	11	22	2	2	Psicología	3	2	2	4	3	4	2	3	4	4	4	2	2	
12	12	25	2	1	Economía	3	2	1	2	2	2	4	3	4	3	3	2	3	
13	13	24	1	2	Ingeniería de...	3	2	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	
14	14	25	2	1	economía	4	2	2	4	2	2	1	1	1	3	2	2	2	
15	15	23	1	2	Ingeniería de...	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3	
16	16	44	1	2	Ingeniería de...	3	30	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	4	
17	17	21	2	2	Recursos H...	1	2	2	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	
18	18	21	2	2	Derecho	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	
19	19	20	2	2	Psicología	1	2	1	1	2	3	3	3	4	3	4	2	2	
20	20	21	2	2	Enfermería	4	2	4	4	4	3	2	2	4	4	4	4	4	
21	21	26	2	2	Psicología	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	

Vista de datos Vista de variables

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

1: UNIVERSIDAD 1 Visible: 40 de 40 variables

	ID	EDAD	SEXO	UNIVERSIDAD	CARRERA	CICLO	DISTRITO	ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4	ITEM5	ITEM6	ITEM7	ITEM8	ITEM9	ITEM10	ITEM11	
1017	1017	23	1	1	Agronomía	3	13	2	3	3	4	2	3	4	3	3	3	2	
1018	1018	24	1	1	Agronomía	3	35	3	2	2	3	2	3	4	3	2	3	2	
1019	1019	24	1	1	Agronomía	3	29	2	2	2	3	2	3	4	3	2	3	2	
1020	1020	24	1	1	Agronomía	3	8	1	2	2	3	2	3	4	2	3	3	2	
1021	1021	26	1	1	Agronomía	3	14	1	2	2	3	2	3	4	2	3	3	2	
1022	1022	24	1	1	Agronomía	3	14	3	3	3	3	2	3	4	3	3	3	2	
1023	1023	30	1	1	Agronomía	3	23	2	2	2	3	2	3	4	3	3	3	3	
1024	1024	23	1	1	Agronomía	3	35	3	4	3	2	3	2	2	4	3	3	3	
1025	1025	23	1	1	Agronomía	3	21	3	2	2	3	2	3	4	2	3	3	2	
1026	1026	24	2	1	Zootecnia	2	13	3	3	2	1	2	1	3	1	2	2	1	
1027	1027	30	2	1	Agronomía	4	13	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	
1028	1028	21	1	1	Industrias Aliment...	3	12	2	1	2	1	1	2	3	1	2	3	2	
1029	1029	24	2	1	Agronomía	3	9	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	
1030	1030	23	2	1	Derecho	3	24	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	
1031	1031	22	2	1	Ingeniería Forestal	2	41	2	3	2	1	1	2	3	1	2	2	1	
1032	1032	23	2	1	Agronomía	3	26	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
1033	1033	25	2	1	Derecho	3	25	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
1034	1034	21	1	1	Estadística Inform...	2	2	2	2	2	3	2	2	3	1	2	2	1	
1035	1035	23	1	1	Economía	2	9	2	2	1	2	1	2	3	1	2	2	1	
1036	1036	21	1	1	Zootecnia	3	9	2	2	1	3	2	1	3	1	2	2	1	
1037																			

Vista de datos Vista de variables

Anexo 12: CERTIFICACIÓN DE CONDUCTA RESPONSABLE EN INVESTIGACIÓN (CRI)



FICHA CTI VITAE

HURTADO DEUDOR LISSETH EVELYN

null

Fecha de última actualización:
27-08-2021

 <https://orcid.org/0000-0002-5458-2275>



**Conducta Responsable
en Investigación**



FICHA CTI VITAE

GASTELU SOTO STEFANY JULISSA

null

Fecha de última actualización:
27-08-2021

 <https://orcid.org/0000-0001-5904-7389>



**Conducta Responsable
en Investigación**