



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**Evidencias psicométricas de la escala de estrés, ansiedad
y depresión DASS-21 en adultos de Lima Metropolitana,
2022**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciada en Psicología

AUTORA:

Chavez Morales, Lourdes del Pilar (0000-0001-9858-4005)

ASESOR:

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

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Psicométrica

LIMA – PERÚ

2022

Dedicatoria

Por ser mi fuente de motivación, su inmenso amor y gran apoyo: Mis padres Alberto Chavez y Pilar Morales.

A los amigos considerados parte de mi vida, a quienes doy gracias por sus enseñanzas, consejos y apoyo.

Por último, a mis sobrinos Safiro, Jade y Alberto por ser mi mayor inspiración.

Agradecimiento

En primer lugar, a Dios y a la vida por darme a mi familia y a las personas más importantes.

A los docentes y a la Universidad César Vallejo, por acompañarme en mi proceso de formación académica.

Índice de Contenido

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de Contenido	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos y figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	18
3.1 Tipo y diseño de investigación	18
3.2 Variables y Operacionalización	18
3.3 Población, muestra y muestreo	19
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	20
3.5 Procedimientos	21
3.6 Método de análisis de datos	22
3.7 Aspectos éticos	22
IV. RESULTADOS	25
V. DISCUSIÓN	39
VI. CONCLUSIONES	42
VII. RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS	44
ANEXOS	55

Índice de tablas

Tabla 1: Validez de contenido a través de la V de Aiken	25
Tabla 2: Análisis de los ítems de la variable de estrés	28
Tabla 3: Análisis de los ítems de la variable de ansiedad	30
Tabla 4: Análisis de los ítems de la variable de depresión	32
Tabla 5: Validez con otra variables mediante Spearman	33
Tabla 6: Análisis factorial confirmatorio	34
Tabla 7: Confiabilidad por consistencia interna	36
Tabla 8: Prueba de normalidad mediante Shapiro-Wilk	37
Tabla 9: Prueba de comparación entre sexo	38

Índice de gráficos y figuras

Figura 1: Análisis factorial confirmatorio

35

Resumen

El estudio tuvo como finalidad determinar las evidencias psicométricas de la escala DASS-21 en una muestra de adultos que viven en Lima Metropolitana. La investigación fue de diseño instrumental, y el tamaño de la muestra fue de 501 participantes con edades entre 18 y 62 años de edad. La escala se mostró pertinente, relevante y claro al realizar la validez de contenido mediante la V de Aiken. Mostró una relación coherente con la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria ($r = .521$) y el Who Five ($r = -.494$). Evidenció adecuadas evidencias de validez de constructo, obteniendo un adecuado índice de ajuste en el modelo oblicuo de 3 factores: $X^2/gl = 2.368$, $RMSEA = .069$, $SRMR = .051$, $CFI = .913$, $TLI = .902$. Además, obtuvo una adecuada consistencia interna $> .80$. Para realizar los datos normativos, primero se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk ($p < .05$), posteriormente, se utilizó la prueba U de Man Whitney según sexo ($p > .05$), lo cual llevo a realizar 1 percentil para hombres y mujeres. En Conclusión, la escala del DASS-21 de un modelo oblicuo de 3 factores, presenta adecuadas evidencias de validez y confiabilidad en la población de Lima Metropolitana.

Palabras clave: propiedades psicométricas, validez, confiabilidad, adultos.

Abstract

The purpose of the study was to determine the psychometric evidence of the DASS-21 scale in a sample of adults living in Metropolitan Lima. The research was of instrumental design, and the sample size was 501 participants between 18 and 62 years of age. The scale proved to be pertinent, relevant and clear when performing the content validity by means of Aiken's V. It showed a coherent relationship with the DASS-21 scale. It showed a consistent relationship with the Hospital Anxiety and Depression scale ($r = .521$) and the Who Five ($r = -.494$). It showed adequate evidence of construct validity, obtaining an adequate fit index in the 3-factor oblique model: $\chi^2/df = 2.368$, RMSEA = .069, SRMR = .051, CFI = .913, TLI = .902. In addition, it obtained an adequate internal consistency $> .80$. To perform the normative data, first the Shapiro-Wilk test was applied ($p < .05$), subsequently, the Man Whitney U test was used according to sex ($p > .05$), which led to perform 1 percentile separating men and women. In conclusion, the DASS-21 scale of a 3-factor oblique model presents adequate evidence of validity and reliability in the population of Metropolitan Lima.

Keywords: psychometric properties, validity, reliability, adults.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, todos los países se vieron afectados debido a la pandemia ocasionada por el COVID-19, generando que la población presente con mayor frecuencia síntomas de estrés en el día a día (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). Sin embargo, no es el único problema que aqueja a la población mundial. La OMS (2020) reconoció este problema aumento la inversión en la salud mental debido a que la población se mostró vulnerable por el duelo, el aislamiento, pérdida de ingresos, aumento de consumo de drogas, incremento de síntomas ansiosos e insomnio, complicaciones neurológicas y mentales.

Las primeras evidencias del impacto psicológico del virus fueron en China, dicho país reportó que el 16% de su población padecía sintomatología depresiva, el 28% de ansiedad y el 8% de estrés (Wang et al., 2020). Así mismo, la población de España también se vio afectada debido a la falta de preparación ante la aparición del virus, pues causó el cierre de centros de educación, la paralización económica, pérdida de familiares, padecimiento de alguna otra enfermedad, entre otros; provocando un gran impacto psicológico en la población, tales como la aparición de estrés emocional, ansiedad y depresión (Balluerka et al., 2020).

Ante esta situación, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) mencionó que, en este contexto de pandemia el COVID-19 ha generado que la preocupación, el miedo y el estrés sean respuestas habituales ante la incertidumbre de la realidad en la que vivimos. No obstante, esta situación crítica presenta un mayor impacto en la vida del personal de salud, debido a que están sujetos a un alto riesgo de contagiarse (Lozano-Vargas, 2018), perjudicando su salud mental por medio de la presencia de cuadros ansiosos, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira, temor y estrés (Kang y Hu, 2020). Así mismo, dentro de los grupos más vulnerables que pueden desarrollar estrés, están las personas de mayor edad, por lo cual, es importante diagnosticar oportunamente el estado de su salud mental para brindar una intervención psicológica oportuna (Palomino-Ore y Huarcaya-Victoria, 2020).

El Perú no fue ajeno a esta problemática, pues también se vio afectado por el virus, desnudando de manera real y cruda la situación sanitaria que el país ya padecía (Maguiña, 2020). Esta situación generó la aparición de estrés, ansiedad y depresión en consecuencia de la cuarentena o inmovilización social desde el

momento en que se decretó (Marquina y Jaramillo-Valverde, 2021). Dentro de las estadísticas presentadas por el Ministerio de Salud (MINSA, 2020), se conoció que la población adulta mayor, sobre todo los estudiantes universitarios, presentan mayormente trastornos de depresión, pero no son los únicos, pues el 41% de 58.349 personas encuestadas presentaron sintomatología depresiva moderada a severa. Hernández (2019) precisó que el aislamiento y el distanciamiento social explica la aparición de problemas de la salud mental de la población, tales como ansiedad y depresión; tal y como se ha venido presentando en los ciudadanos de Lima, identificando que uno de los problemas mentales más frecuentes son la depresión (16.4% del total); luego, la ansiedad generalizada (10.6%) y, abuso/dependencia de alcohol (5.3%).

Tras conocer la problemática latente con la que hoy vivimos, es oportuno tener un instrumento de medición que evalúe el estrés, ansiedad y depresión de manera eficaz. Dentro de los instrumentos que hoy en día se utilizan están: State Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1982) que mide la ansiedad estado-rasgo; Escala de Hamilton para ansiedad (1969); Escalas de ansiedad y depresión de Leeds (Snaith, et al., 1976); Cuestionario de preocupación y ansiedad CPA (Dugas et al., 1995); Perfil del estrés (Nowack, 2002); Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (1998); Inventario de depresión estado-rasgo (Spielberger, Agudelo y Buena-Casal; 2008); Inventario de depresión para adultos de Beck (Beck, Steer y Brown, 1996); Versión abreviada de la Escala de Zung para la depresión (Díaz et al., 2005); entre otros; no obstante, la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21) es el único instrumento que precisa tres constructos importantes para conocer a mayor precisión la salud mental de las personas.

Ante la problemática anteriormente referida, nace la importancia de contar con el instrumento que mida el estrés, ansiedad y depresión en adultos de Lima Metropolitana, por lo cual se formuló la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las evidencias psicométricas de la escala de estrés, ansiedad y depresión DASS-21 en adultos de Lima Metropolitana 2021?

La presente investigación se justifica teóricamente porque permitirá conocer y profundizar los aspectos teóricos con los que se elaboraron el DASS-21, por medio del reconocimiento de las características del estrés, ansiedad y depresión pertinentes a la población en estudio. Además, se justifica metodológicamente pues

se presentarán evidencias psicométricas de validez y confiabilidad por medio de procesos estadísticos que contribuyan al instrumento de estudio. Finalmente, se justifica de manera práctica debido a que los profesionales enfocados al diagnóstico e intervención de los problemas de salud mental podrán utilizar un instrumento validado y confiable para medir el estrés, ansiedad y depresión en adultos de Lima Metropolitana.

En la presente investigación se planteó como objetivo general: Determinar las evidencias psicométricas de la escala de estrés, ansiedad y depresión DASS-21 en adultos de Lima Metropolitana, 2021. Además, como objetivos específicos se analizará las evidencias de validez basada en el contenido del DASS-21 en adultos de Lima Metropolitana, 2021, analizar los ítems del DASS-21 en adultos de Lima Metropolitana, 2021, analizar las evidencias de validez basada en la estructura interna del DASS-21 en adultos de Lima Metropolitana, 2021, determinar la evidencia de validez basada en la correlación con otras variables del DASS-21 en adultos de Lima Metropolitana, 2021, identificar la consistencia interna del DASS-21 en adultos de Lima Metropolitana, 2021; por último, calcular los datos normativos del DASS-21 en adultos de Lima Metropolitana, 2021.

II. MARCO TEÓRICO

En Arabia Saudita, Mohammed y Green (2019) investigaron la estructura factorial de las DASS-21 en una población árabe. La muestra estuvo compuesta por 149 pacientes hospitalizados con edades entre 19 y 60 años. En el análisis de estructura interna se encontró que la unidimensionalidad de los 21 ítems explican el 30.9% de la varianza total. No obstante, al eliminar 4 ítems por sus bajas cargas factoriales y comunalidades, se obtuvo una estructura unidimensional de 17 ítems que explicaban el 34.9% de la varianza. En la prueba de fiabilidad mediante el alfa se encontró un valor similar entre la estructura de 17 (.881) y 21 (.883) ítems. En conclusión, el DASS-21 no diferencia la depresión y ansiedad, por lo que su versión del DASS-17 sería adecuada para medir la angustia general.

En Singapur, Choo et al. (2018) validaron las propiedades psicométricas del DASS-21 en estudiantes de partería y enfermería. La muestra estuvo conformada por 42 estudiantes de pregrado. En los resultados se encontró que el modelo especificado de 3 factores indico un adecuado ajuste: $\chi^2/CMIN= 2.380$, $GFI= .0904$, $SRMR= .0037$. El coeficiente de fiabilidad del alfa de Cronbach fue alto en las subescalas de estrés (.87), depresión (.82) y ansiedad (.91). En conclusión, el estudio propone una estructura cuatripartita la cual podría ser más adecuada para la adaptación en la población asiática.

Pezirkianidis et al. (2018) evaluaron las propiedades psicométricas de la DASS-21 en una muestra clínica. La muestra estuvo conformada por 12.868 griegos con edades entre 18 y 65 años. En el Análisis Factorial Confirmatorio se especificó un modelo de 3 factores, donde los índices de ajustes fueron óptimos: $X^2/gf= 32.994$, $CFI= .95$, $TLI= .94$, $RMSEA= .05$, $SRMR= .03$. La confiabilidad fue evaluada mediante el Coeficiente de Alfa y de Spearman-Brown en la dimensión de depresión, ansiedad y estrés, donde en el alfa fueron .85, .84 y .84 respectivamente, mientras que en el Spearman-Brown fue de .84, .83 y .85 respectivamente. Se concluye que el DASS-21 cuenta con evidencias de validez y confiabilidad para medir la depresión, ansiedad y estrés en una población griega.

En Republica de El Salvador, Orellana y Orellana (2021) analizaron las propiedades psicométricas del DASS-21. La muestra estuvo compuesta por 339 residentes adultos salvadoreños. En el Análisis Factorial (AF) se corroboró la pertenencia del análisis al obtener un adecuado valor en la prueba de Kaiser Olkin

Mayer (KMO) = .96 y en la prueba de esfericidad de Bartlett = .000, donde el modelo trádico explicaba el 63% de la varianza total. En el análisis de fiabilidad de la escala de depresión, estrés y ansiedad fue alta (.96). Se concluye que las escalas pueden explorar síntomas de depresión estrés y ansiedad tanto la actual coyuntura como en circunstancias normales.

En Republica de El Salvador, Gutiérrez-Quintanilla et al. (2020) adaptaron el DASS-21. El estudio fue de tipo instrumental. La muestra estuvo conformada por 280 adolescentes salvadoreños con edades entre 16 y 21 años. En los resultados se encontró la adecuación de la prueba de KMO (.91) y esfericidad de Bartlett ($p = .001$) para el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), donde los 3 factores explicaron el 47.10% de la varianza total. El análisis de fiabilidad se realizó mediante el Alfa de Cronbach en la dimensión de depresión (.82), ansiedad (.77) y estrés (.97). En síntesis, los resultados evidencian que la prueba posee evidencias de validez y confiabilidad para medir estos síntomas en una muestra salvadoreña.

En Polonia, Zawislak et al. (2020) evaluaron las propiedades psicométricas del DASS-21 en su versión polaca. El estudio fue conformado por 212 estudiantes de la carrera de medicina. En los resultados se aplicó el AFE, donde se encontró una estructura de 4 factores, en donde el cuarto factor no estuvo compuesto por una escala con propiedad específicas, por ello, se consideraron solo 18 ítems, que representaban el 60%, 68% de la varianza total de los elementos. El alfa general fue de .93, mientras que de las subescalas fueron: ansiedad (.80), estrés (.85) y depresión (.86). En conclusión, el DASS-18 presente medidas de confiabilidad y validez aceptable, pero se debe replicar este estudio para poder corroborar la pertinencia de esta estructura.

En Perú, Contreras-Mendoza et al. (2021) buscaron analizar la validez, fiabilidad y equidad del DASS-21. Participaron 731 adolescentes peruanos con edades entre 14 y 17 años. En el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) se evidencia la pertinencia de los 3 factores, mostrando índices de ajuste aceptables: $\chi^2/g.l$: 2.87, SRMR= .04, RMSEA= .05, TLI= .89, CFI= .91. Además, se corroboró que el estrés es predictor de la ansiedad ($r = .88$) y depresión ($r = .86$), mientras que la ansiedad y depresión ($r = .86$) se presentan en conjunto. La consistencia Interna del Coeficiente de Alfa y Omega $> .80$ mostraron la alta fiabilidad de las 3 escalas. En el análisis de invarianza factorial se encontró que el instrumento es invariante

según sexo y edad. En conclusión, el DASS-21 cuenta con evidencias psicométricas para su aplicación en adolescentes peruanos.

En Perú, Valencia (2019) examinó la dimensionalidad del DASS-21 mediante el Análisis factorial. La muestra estuvo compuesta por 353 estudiantes de psicología. En los resultados se halló que se pusieron a prueba diferentes modelos que pudieran explicar la mayor parte de la varianza, en donde los diferentes modelos presentaron ajustes subóptimos, y una alta correlación interfactorial ($\Phi > .794$). Por otro lado, el modelo bifactor mostró un mejor ajuste que los demás: $\chi^2/g.l. = 1.90$, $TLI = .962$, $CFI = .969$, $SRMR = .048$, $RMSEA = .051$. En conclusión, la prueba DASS-21 debe ser interpretada como una dimensión general denominada malestar general.

Antes de ahondar las bases teóricas del estudio, es propicio conocer de raíz etiológica de cada una de las variables. La depresión (latín - depressio, depressionis) significa hundimiento en un sentido físico, pero también moral. Por su parte, la Real Academia Española (RAE, 2014) define a la depresión como el acto y acción de deprimirse, tomando como características la tristeza patológica, decaimiento, desesperanza, irritabilidad, impotencia ante la vida, afectando también a las áreas de tipo cognitivo, volitivo y somático. Desde el punto de vista clínico, la American Psychological Association (APA, 2020) considera a la depresión, como un estado negativo cuyo cambio va desde descontento o infelicidad hasta sentimientos de vacío, pesimismo y tristeza que afecta el desarrollo de la vida diaria (alteración de hábitos alimenticios o sueño, carencia de energía, concentración, toma de decisiones y aislamiento).

La depresión existe desde el comienzo de la humanidad. Algunos relatos primigenios de la Genesis relacionan este fenómeno con la decisión de Dios al expulsar a Adán y Eva del Cielo (en este punto el paraíso representa tanto la felicidad como la tristeza). En la biblia se muestra como la depresión fue vivida por el Rey Saul y Homero en la Ilíada. Hipócrates (siglo IV a.C.) por su parte siembra los fundamentos de la medicina al describir la melancolía y la medicina. Posteriormente, Celso aborda el estudio de la melancolía, el cual es retomado por quienes son conocidos como los padres de la psiquiatría moderna: Falret (1854) quien califica al suicidio como resultados de un trastorno mental, Kahlbaum (1882) quien realiza las primeras consideraciones de la ciclotimia, y Kraepelin (1899) quien

describe la psicosis maniaco-depresiva y define la melancolía desde un punto de vista involutivo. Estos fueron los más grandes representantes que influyen en la comprensión de la depresión. Sin embargo, en el transcurso de la historia existieron investigadores que aportaron en su comprensión como Freud (1915), quien menciona que el abandono y la pérdida son la causa psicógena de la depresión, o como Beck (1988) quien define la triada cognitiva desde perspectiva hostil del mundo, visión negativa de uno mismo y visión fracasada o sufrida del futuro (Hernández, 2007).

Para Aristóteles, la melancolía no era desconocida en el mundo clásico, por lo contrario, mencionaba que el hombre melancólico abundaba. Incluso precisó que “todos los hombres excepcionales son melancólicos”. La melancolía era considerada como la espina metafórica de las vísceras, es la constante preocupación que caracteriza a cierto tipo de hombres. Aristóteles que esta se generaba por el exceso de bilis negra en el cuerpo sin que necesariamente se manifiesta de alguna forma. Sin embargo, él creía que cuando este se alteraba por alteración de la temperatura de calor a frío o por problemas digestivos, aparecen las enfermedades melancólicas como parálisis, epilepsia, fobia y depresión (Peretó, 2010).

Para analizar la doctrina actual de la depresión, se debe retomar la perspectiva que se tenía desde los años ochenta del siglo XX, y de esta forma analizar las dos dimensiones de la depresión que en aquel entonces predominaba. La primera visión fue la biológica y naturalista, donde el accionar de las personas no aportan conocimiento alguno para entender la depresión y, la segunda que, también es naturalista, pero en donde las intenciones de las personas sí cuentan y está bajo una visión teórica evolucionista y no bioquímica. Con el pasar del tiempo es evidente la importancia que tuvo la teoría neurobiológica y la cognitiva, debido a que devolvieron a la mente la denominada “enfermedad depresiva”, donde este fenómeno se comprende a partir de los trastornos del estado de humor o trastornos relacionados a la cognición y las emociones (Pierre-Henri, 2016).

El concepto de depresión ha pasado por diversas etapas en el transcurso de la historia, por ello; la mayoría de los significados consideraron a la depresión como un estado complejo debido a que intervienen diversos factores, tales como los psicosociales, biológicos y genéticos (González-Abarca et al. 2014). No obstante,

pese a que los diversos conceptos suelen ser muy similares en algunas ocasiones y pueden explicar este fenómeno de forma clara; aún sigue siendo complejo diagnosticar con éxito este trastorno, planteando desafíos no solo conceptuales sino también clínicos (Botto y Jiménez, 2014) por la complejidad de los factores que intervienen en su aparición.

En base a los factores psicosociales; existen estudios que exigen múltiples aproximaciones como el de neurociencias y la genética debido a que este fenómeno se presenta como la interacción entre factores biológicos, del desarrollo, hereditarios y del contexto con las características individuales (Berenzon et al., 2013). Así mismo, se conoce que los primeros episodios de depresión aparecen tras un evento estresante, el cual acompaña a la persona en el primer episodio generando cambios en la estructura y funcionamiento de diversas áreas cerebrales (Pérez-Padilla et al., 2017).

Si bien el contexto puede ser un factor predisponente para desarrollar algún tipo de patología con mayor facilidad, Breslau (2009) mencionó que existen variables psicosociales que destacan en cuanto a depresión como: ser mujer, bajo nivel socioeconómico, ser desempleado, aislamiento social, tener experiencias de violencia, migración, consumir sustancias adictivas y tener problemas legales.

Móles et al. (2019) mencionaron que también existen diversos factores de riesgos que generan la depresión en los adultos, estos pueden ser: la comorbilidad, afectación neurológica, falta de apoyo social y/o estresores de vida (objetos o personas).

Existen diversos factores que pueden generar la presencia de este fenómeno, algunos conocidos y otros por conocer. No obstante, se conoce que su desarrollo genera una progresiva discapacidad intelectual, afectando funciones mentales, físicas, sociales que se asocian a un mayor riesgo de muerte prematura. Son diversos los síntomas los cuales se presentan, sin embargo, se destaca la dificultad o incapacidad de la persona en realizar actividades cotidianas, generando un deterioro en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida del individuo (Lara et al. 2007).

Por otro lado, la ansiedad parte del latín *anxietas* o *anxietatis*, indicando la cualidad de un ser angustiado o ansioso. En el diccionario de la RAE (2014) por su parte, lo define como el grado de excitación o agitación emocional, inquietud y dolor

que se puede llegar a padecer. Así mismo, el APA (2020), define a la ansiedad (ansiedad) como una emoción que genera síntomas somáticos de tensión (músculos tensos, respiración y latidos cardíacos acelerados) y aprensión que el individuo vivencia ante la presencia de un peligro, catástrofe o situaciones no controlables. El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) la considera como la respuesta anticipada a una amenaza aún no vivenciada, ya sean reales, imaginarias e inminentes, esta se diferencia del miedo que presenta una respuesta emocional ante una amenaza suscitada en el presente (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La ansiedad forma parte de la existencia humana desde sus inicios debido a que todas las personas tienen un grado moderado de ella. Aunque su incorporación en la psicología fue tardía, se convirtió en un gran tema de investigación. Desde 1920 se empezaron a producir diversas teorías las cuales hacían referencia a un estado de emociones complicadas y displacenteras, como la combinación de diversas manifestaciones mentales y físicas ante peligros que no son reales. Posteriormente, con el propósito de delimitar este proceso, se establecen diferencias con diferentes variables como el estrés, el miedo y la angustia, estableciendo los diferentes mecanismos que ocasionan que se active este fenómeno. Sin embargo, no sería hasta 1985 cuando aparecerían dos psicólogos norteamericanos, Husain y Jack Maser, quienes llegarían a ser los grandes pioneros en el desarrollo de la ansiedad, debido a que gracias a ellos hasta la actualidad este tema aún sigue siendo de interés. No obstante, pese al avance y comprensión de la ansiedad, aun se siguen presentando diversas complicaciones al comprender este fenómeno, ya que en la psicología el carácter polimorfo de este concepto se presentan muchas limitaciones (Sierra et al., 2003).

Debido a la complejidad de este fenómeno, Ansorena et al. (1983) menciona que fueron diversas las líneas de investigación de la psicología interesadas a explicar su complejidad. Ante esto, menciona 4 enfoques de investigación que fueron utilizadas en los últimos sesenta años:

Psicodinámica, este enfoque destaca Freud y sus complejas teorías de la personalidad, quien intentó explicar este fenómeno en su práctica en el área clínica, donde cataloga a la ansiedad como un estado emocional acompañada por la dimensión motora y la sensación de malestar. Este malestar se produce por la

incapacidad del “yo” al no poder reprimir aquellos impulsos que resultan inadmisibles por su naturaleza.

Experimental-motivacional, existieron una gran cantidad de autores que han querido considerar la ansiedad como un movimiento motivacional, es decir, que esta sería la capacidad del sujeto de emitir una respuesta ante un estímulo. Posteriormente, otros autores proponen que la ansiedad es una manifestación de tareas y pruebas con un alto grado de dificultad, encontrando así que las respuestas condicionadas son más rápidas de aprender cuando el individuo presenta altos niveles de ansiedad.

Psicométrico, en este intento de medir este fenómeno se crearon diversos instrumentos basados en teorías sólidas que pudieran validar la teoría y la inferencia de las puntuaciones. En este enfoque encontramos a Raymond Cattell, quien fue el primero en intentar en identificar y medir la ansiedad de manera sistémica mediante dos factores: ansiedad rasgo y ansiedad estado.

Cognitivo Conductual, bajo este enfoque se buscó determinar la relación existente entre los estímulos desencadenantes de ansiedad, de sus respuestas y la razón de su mantenimiento. En este modelo se incluye el concepto de estrés como antecedente y consecuente, siendo este el generador de ansiedad al ser un componente anticipatorio de las expectativas negativas del futuro. Es por ello que para considerar el estudio de la ansiedad se consideran aspectos como: la acción directa, procesos intrapsíquicos, los cuales son generados por estresores desencadenando respuestas ansiosas.

Ante situaciones de ansiedad, Navas y Vargas (2012) mencionaron que se deben presentar por lo menos 3 tipos de respuestas: Subjetivo-Cognitivo: Relacionado a la percepción del individuo, las experiencias internas y la evaluación subjetiva del estímulo, Fisiológico-Somático: Se activa automáticamente el sistema nervioso autónomo y Motor-Conductual: Se generan comportamientos de escape y evitación.

Desde el lado fisiológico, la ansiedad genera un estado de alerta al organismo ante sucesos poco controlables, mientras que el punto de vista patológico se caracteriza por una autonomía relativa sin causa aparente, pero con intensidad, duración y conducta relacionada al propio cuadro clínico (hiperalerta o

respuesta vegetativa, mediada por el sistema nervioso simpático) (Arango-Dávila y Rincón-Hoyos, 2018).

En muchas ocasiones es complejo identificar los síntomas de la ansiedad fisiológica como tal y la ansiedad patológica, por ello Hernández et al. (2012) presentan las siguientes diferencias: Ansiedad fisiológica es más leve, no demanda atención psiquiátrica, tiene menor componente somático, su función es adaptativa, se genera dependiendo de las circunstancias y funciona como mecanismo de defensa frente a las amenazas diarias; mientras que, la ansiedad patológica es más grave, se requiere atención psiquiátrica, tiene mayor componente somático, su función es desadaptativa, es desproporcionada a las circunstancias y puede bloquear una respuesta adecuada en la vida diaria.

Considerar la etiopatogenia del trastorno ansioso permite entender los procesos y factores que intervienen en el inicio, desarrollo e intensificación de la ansiedad. En el estudio de las causas patológicas de la ansiedad se consideran los factores biológicos, sociales, psicodinámicos y de aprendizajes, los cuales pueden ayudar a explicar este fenómeno. Factores Biológicos, son considerados como factores predisponentes, ya que la vulnerabilidad genética se ha encontrado en las personas con Trastorno de ansiedad; Factores Psicosociales, son factores estresores psicosociales (interpersonal, laboral, socioeconómico) son un componente precipitante para que se presente este trastorno; Factores Traumáticos, el afrontar acontecimientos traumáticos como accidentes graves, violaciones, agresiones, torturas, asaltos suelen provocar daños cerebrales y se relaciona a la presencia de síntomas ansiosos; Factores psicodinámicos, desde este enfoque se considera a la ansiedad como una respuesta individual en donde el alma provoca que el Yo adopte medidas defensivas; Factores cognitivos y conductuales, se consideran como patrones cognitivos distorsionados al darle una sobrevaloración al estímulo amenazante e infravaloración de las capacidades personales para hacerle frente (Navas y Vargas, 2012).

En lo que corresponde al estrés, este concepto proviene del latín *strictus* lo que significa estricto o restrictivo. También se le conoce como la tensión generada ante situaciones agobiantes lo que genera reacciones desde reacciones psicósomáticas hasta trastornos clínicos graves (RAE, 2014). Así mismo, el APA (2020) caracteriza al estrés como la respuesta psicológica y/o fisiológica causada

por factores estresantes tanto internos como externos; sin embargo, las consecuencias que genera difiere entre persona y persona; por ejemplo, se puede presentar palpitaciones, sequedad en la boca, sudoración, dificultad para respirar o quedarse quieto, expresión verbal acelerada y/o presencia de emociones negativas, pero no siempre será en la misma intensidad o todas las reacciones en todas las personas con esta reacción.

A inicios de la década de los 80 del siglo XX, el estudio bioantropológico cobro mucha importancia por su perspectiva biocultural. El objetivo de este estudio fue conocer sobre la salud de las personas a partir de la interacción que tiene población entre sí, con el contexto y el sistema cultural. Rechazando de este modo el modelo clásico clínico donde se enfoca en la historia individuos particulares y se promueve una perspectiva poblacional. Esto se debe a que la salud y las enfermedades afectan a las personas para reproducirse y sobrevivir en el entorno, por lo cual el estrés puede verse como un reflejo o instinto biológico que cada individuo posee para poder adaptarse al ambiente (Luna, 2006).

Entre los autores más predominantes en este periodo tenemos a Goodman (1993) quien enfocado en el modelo bioantropológico desarrollo un modelo biocultural. El modelo expone como los estresores afectivos influyen en la adaptación del individuo y de la población. Esta propuesta establece que el estrés es producido por tres factores: Las restricciones ambientales, si bien el ambiente permite proporcionar los recursos necesarios para poder sobrevivir, también proporciona los diferentes estresores que afectan la salud mental. El sistema sociocultural, este ofrece conocimientos necesarios para poder hacer frente a los diversos estresores, permitiendo amortiguar los estresores debido a que si los estresores no son amortiguados puede producirse un desastre biológico. Por último, la resistencia individual, se refiere a la disminución de las capacidades cognitivas para poder hacer frente a los problemas, disminuyendo así la capacidad de sobrevivir.

Es peligroso no conocer acciones adecuadas para poder prevenir el estrés debido a que afecta la salud y la tranquilidad del individuo (Naranjo, 2009). No obstante, las personas no reconocen correctamente los síntomas pese a que lo experimentan en el transcurso de la vida, sin embargo, de forma muy sencilla se puede describir el estrés como una reacción ante un cambio de la vida (Moadel-

Robble et al., 2019). Por este mismo motivo existen diversos modelos y enfoques que permiten explicar esta variable desde una perspectiva más amplia e integradora.

Oblitas (2004) menciona que para entender mejor el concepto teórico del estrés es importante conocer las siguientes perspectivas: Desde una perspectiva fisiológica y bioquímica se considera al estrés como una respuesta orgánica ante situaciones que son percibidas como amenazantes. Desde un enfoque psicosocial, se percibe al estrés como una respuesta ante estímulos productores de estresores. Desde un enfoque cognitivo se concibe que el estrés se genera a partir de la evaluación que el individuo tomando en cuenta aspectos internos y los del ambiente. Los enfoques más integradores se puede considerar al estrés la interacción de diversas variables que ayudan a la comprensión de este fenómeno

En síntesis, tanto la ansiedad, la depresión y el estrés se pueden considerar como manifestaciones que un individuo presenta de carácter afectivo, somático y cognitivo ante la presencia de eventos o sucesos que posibiliten la afección de bienestar e integridad del contexto en el cual se desarrolla (Tapullima y Chávez, 2020). Además, se puede aclarar que, si bien la depresión y la ansiedad son definidas conceptualmente diferentes, existe una superposición clínica entre ambos estados afectados, reportados no sólo dentro del abordaje clínico sino los investigadores de han estudiado las variables (Román et al., 2014). En tal sentido, la depresión y la ansiedad guardan una relación entre sus condiciones afectivas lo que produce un interés teórico como clínico, y esto se da, porque si bien son variables diferentes, al mencionar el estado de reacción del estrés, ambas guardarán una relación íntima entre sí (Contreras-Mendoza et al., 2021).

Sin embargo, es preciso mencionar que sobre la constante discusión que se presenta entre la ansiedad y depresión, Apóstolo et al. (2006) analizó diversos estudios, lo cual permitió determinar que: a) presentan diferentes puntos ante la misma situación; b) son síndromes heterogéneos que se asocian por medio de los síntomas que presentan; c) fenómenos separados que en periodos de tiempos mínimos, pueden desarrollarse juntos; d) distintas definiciones conceptuales y evidencias empíricas encontradas.

Uno de los instrumentos que miden las variables de estudio son Depresión, Anxiety and Stress Scales (DASS) en la versión corta de 21 ítems (DASS-21)

creada por Lovibond y Lovibond (1995) en la adaptación al portugués de Apostolo et al. (2012). Este instrumento mide a través de tres subescalas para evaluar los estados emocionales anteriormente descritos. La finalidad con la que se creó el instrumento, se precisa que en la subescala depresión está destinada a evaluar síntomas como: inercia, perturbación provocada por ansiedad, falta de placer e interés en la vida, carencia de aprecio por uno mismo, desvalorización de su propia vida y desánimo. Además, la subescala de ansiedad está destinada a evaluar la excitación del SNC, efectos en los músculos-esqueléticos, percepción situacional y experiencias subjetivas vivenciadas. Finalmente, la subescala de estrés se enfoca a evaluar la dificultad para mantenerse relajado, constante excitación nerviosa, irritabilidad/reacción exagerada e impaciencia. Cabe precisar, que el instrumento cuenta con un carácter de auto-informe; es decir, recaba información que cada examinada vivencia, en el cual el participante recurre a procesos internos tales como memoria, pensamiento y/o lenguaje para resolver cada reactivo bajo su experiencia (Fernández-Ballesteros, 2013).

En la investigación científica la medición es un aspecto relevante, debido a que el enfoque inadecuado proporciona datos inapropiados. Por ello, para medir conceptos se requiere la Operacionalización de los mismos. Los conceptos no son medibles directamente, por lo que es necesario especificar un concepto que refleje la variable que se desea medir, a este proceso se le conoce como Operacionalización. Por ello, los conceptos permiten incorporar diversos elementos de la realidad que puedan ser observables (Mendoza y Garza, 2009).

En psicología el proceso de medición no es un proceso exento, sino que es algo necesario. No obstante, el proceso se ve limitado debido a que en psicología a diferencia de otras ciencias no se manipulan variables tangibles que nos es proporcionada por la naturaleza, sino que se miden constructos. A diferencia de las variables físicas, las variables psicológicas no se pueden observar directamente, y para medir un constructo solo se puede realizar mediante la observación de su conducta, siendo esta la dificultad del diseño de instrumentos de medida (Soler, 2013).

Un instrumento de medición es el conjunto de técnicas que permiten cuantificar el constructo mediante una asignación numérica, la cual es medible solo indirectamente (Herrera, 1998). Así mismo, estos instrumentos se convierten en

herramientas que permiten la recolección de datos que se crean bajo una epistemología definida (Sandín, 2003), de esta forma; todo instrumento se elabora bajo un paradigma, epistemología, perspectiva teórica, metodológica y técnicas para la recolección y análisis de datos, ya que, si se respeta el proceso se facilita la redacción de los ítems que se contrastaran de forma empírica (Soriano, 2014).

La disciplina científica encargada de la medición de los constructos psicológicos es la psicometría. Cortada (2002) afirmó que la psicometría es una de las disciplinas que ha contribuido más en convertir a la psicología en una ciencia. La psicometría se encarga del problema de la medición en psicología utilizando como pilar la estadística para la elaboración de teorías, desarrollo de métodos y técnicas (Cortada et al., 2011). Además, respeta la condición humana para medir atributos psicológicos y no ha personas, cambiando la forma de comunicar los resultados de las pruebas (Vargas, 2016).

En la actualidad, los test constituyen las herramientas más sofisticadas que tienen los psicólogos para ejercer su carrera. Estos instrumentos proporcionan resultados que permiten al especialista tomar decisiones importantes sobre la vida de la persona. Ante esto, las teorías estadísticas permiten estimar las propiedades psicométricas (capacidad de medición) de los test, de esta forma se garantiza que los resultados obtenidos sean los correctos (Muñiz, 2010).

El primer modelo que analizó las puntuaciones observadas e intentó tratar el error inherente de medida mediante un test fue de Spearman (1904), quien planteó el modelo Clásico Lineal de Puntuaciones, también fue denominada como Teoría de Puntuaciones Verdaderas o Teoría Clásica de los Test (TCC). El modelo matemático-estadístico propuesto por Spearman fue: $X=V+e$, es decir, que la puntuación observada es igual a la puntuación verdadera más el error aleatorio. Hasta entonces la TCC consideraba que un instrumento era adecuado si tenía un alto nivel de fiabilidad, es decir, un test es confiable si es exacto y proporciona el valor observado de la persona en un test como si este fuera el promedio de todas las posibles evaluaciones realizadas. No obstante, este modelo era muy limitado porque solo permitía evaluar una fuente de error entre aplicación (Método test-retest). Ante esto, la Teoría de la Generalizabilidad permitía conocer diversas fuentes de error en un solo análisis y generalizar las puntuaciones obtenidas (Richaud, 2008).

Los instrumentos de medición tienen diversas finalidades tales como la medición de constructos psicológicos, educativos o conocer el desarrollo de la personalidad (Hidalgo-Montesinos y French, 2016). Mayormente, las pruebas son elaboradas con fundamento de la Teoría Clásica de los Test, la cual se basa en el modelo lineal de Spearman, esto significa que existe una relación directa entre las variables con la puntuación observable (puntaje verdadero y error de medición implícito del instrumento); sin embargo, pese a los diferentes constructos que se pretenden medir a través de los instrumentos psicométricos, todas estas pruebas son elaboradas bajo fundamento de la Teoría Clásica de los Test. Esta teoría se basa en el modelo lineal de Spearman, esto significa que existe una relación directa entre la variable que se desea medir con la puntuación observada que proporciona el instrumento. Lo que se busca en este proceso de medición es obtener mediante el instrumento la puntuación verdadera del constructo. No obstante, como en toda medición, el error de medida afecta esta estimación, y al considerarse como un error aleatorio no se puede determinar con exactitud la causa de este. Por ello, se busca obtener medidas lo más precisas posibles que nos acerque al atributo psicológico que se desea conocer (Ramos, 2018).

Además de la fiabilidad, otra propiedad psicométrica que es de interés es la validez. Cabe resaltar que este concepto no es exclusivo de la teoría clásica de los test, pero complementa el análisis del instrumento. Ecurra (1989) define a la validez como el grado en el instrumento mide para lo que fue creado. No obstante, se debe de entender que la validez no es una propiedad del test, sino de lo que significa la puntuación del instrumento, es decir, que lo que se valida es la inferencia de las puntuaciones (Messick, 1989). Por ello, la validación es un proceso acumulativo de pruebas empíricas y teóricas que fundamenten científicamente la interpretación y el uso de las puntuaciones que justifica su pertinencia (Prieto y Delgado, 2010).

Existen diversos tipos de análisis en la validez y cada uno de ellas tiene diferentes tipos de evidencias. Messick (1995) considera los siguientes aspectos en los diferentes tipos de validez: Contenido: Se caracteriza por brindar información relevante y representativa del instrumento; Sustantivo: Brinda razones teóricas de la consistencia observada de las respuestas; Estructural: Permite conocer la configuración interna del instrumento y de las dimensiones que la componen;

Generalización: Dependiendo del grado en que las inferencias realizadas se puedan generalizar en otras poblaciones. Esta característica tiene mucha importancia en las adaptaciones y traducciones de las escalas, y cuando se realiza el análisis de una cultura a otra; Externo: Cuando se relaciona el instrumento con otros constructos; Consecuencial: Se revisa las consecuencias éticas y sociales del test evaluando el sesgo del instrumento.

Entre los tipos de validez mencionados, la considerada como la principal forma de validez es la de constructo. Este procedimiento es un concepto que une e integra la validez de contenido y de criterio, ya que ayuda a probar la hipótesis teórica. Este proceso tiene como finalidad explicar y comprender las puntuaciones de los instrumentos de medición expresada mediante términos psicológicos. Por lo tanto, es un proceso científico que contrasta la hipótesis la cual se basa en la inferencia de las puntuaciones obtenidas de la escala (Pérez-Gil et al., 2000).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

La investigación fue de tipo aplicada, este tipo de estudio buscó conocer un fenómeno o realidad a través del conocimiento que existe sobre esa variable con el propósito de contribuir al bienestar de la persona. Según su finalidad es una investigación psicométrica, la cual buscó obtener medidas de validez, fiabilidad y estandarización (Sánchez, Reyes y Mejía, 2018).

El diseño fue instrumental, en este tipo de estudio se analizaron las evidencias psicométricas de los instrumentos de carácter psicológico, utilizando los procedimientos estandarizados de validación (Ato, López y Benavente, 2013).

3.2 Variables y Operacionalización

Definición conceptual.

Estrés, ansiedad y depresión. El estrés es el “estado persistente de sobre-activación que refleja la dificultad constante de enfrentar las demandas de la vida, distinguiendo como consecuencia de este estado la baja tolerancia a la frustración” (Lovibond y Lovibond, 1995); la ansiedad es el “estado persistente de sobre-activación que refleja la dificultad constante de enfrentar las demandas de la vida, distinguiendo como consecuencia de este estado la “baja tolerancia a la frustración” (Lovibond y Lovibond, 1995); y la depresión es la baja afectividad positiva, que incluye tristeza, ausencia de positividad y entusiasmo y pérdida de iniciativa” (Lovibond y Lovibond, 1995).

Definición operacional.

Los puntajes obtenidos en la Escala de Estrés, ansiedad y depresión (DASS-21) consta de 21 ítems, y se puntúa a través de la escala de tipo Likert y su nivel de medición fue ordinal con 4 categorías de respuesta: 0 = no me ocurrió; 1 = me ocurrió un poco, o durante parte del tiempo; 2 = me ocurrió bastante o durante parte del tiempo; 3 = me ocurrió mucho, o durante la mayor parte del tiempo.

Indicadores.

La variable estrés, evalúa características como “incapaz de relajarse; sobre-estimado, tenso; nervioso, inquieto; susceptible, fácilmente molesto: incapaz de

relajarse; intolerante a la interrupción o el retraso; irritable.” En cuanto a la variable ansiedad, evalúa características como “consciente de sequedad de la boca, dificultad para respirar, latos del corazón, sudoración en las palmas de manos; temblorosa, inestable; preocupado por el rendimiento y la posible pérdida de control; aprensivo, asustado.” Finalmente, la variable depresión, evalúa características como “incapaz de experimentar placer o satisfacción; lento, falta de iniciativa; pesimista sobre el futuro; desanimado, triste; incapaz de interesarse o participar; auto-desprecio; convencido de que la vida no tiene sentido ni valor.”

3.3 Población, muestra y muestreo

La presente investigación tomó como población a las personas adultas de diferentes sexos con edades mayores o iguales a 18 años a 80 años de Lima Metropolitana; dicha población fue conformada por 6.607.641 personas (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2017).

Para poder seleccionar la muestra se consideró criterios de inclusión y exclusión, de esta forma se realizó el análisis a una muestra con características similares. De este modo, como criterio de inclusión se integró al estudio aquellos participantes que presentaron características demográficas, temporales, geográficas y clínicas que se desee (Otzen y Manterola, 2017). Por ello, se consideró aquellos participantes que hayan aceptado el consentimiento informado, también se verificó si viven o no en algún distrito de Lima Metropolitana y se corroboró si tenían una edad igual o mayor de 18 años.

Como se mencionó, también se consideró criterios de exclusión debido a que existen participantes con características que no se consideraron adecuados (Otzen y Manterola, 2017) y pudieron afectar la calidad de la inferencia de los resultados (Arias-Gómez et al., 2016). Por lo tanto, para contar con participantes que no afectaran el análisis posterior se excluyeron los datos que presenten respuestas lineales, debido a que era posible que marcaran por cumplir, al igual que se eliminaron a los casos que presentaron un exceso de puntuaciones extremas y, por último, los participantes que no completaron el formulario no pudieron participar en el estudio porque afectaría los resultados que se obtendrían.

Mediante los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente se seleccionaron la muestra de estudio, asegurando que al cumplir con estos criterios se podrá encontrar un subconjunto que garantice un adecuado resultado.

La muestra estuvo conformada por 500 participantes considerada como una cantidad muy buena (Lloret-Segura et al, 2014), para poder realizar el análisis estadístico. Sin embargo, en este trabajo al no hacer uso de la probabilidad, la muestra extraída no podrá ser representativa de la población (Otzen y Manterola, 2017).

Para poder obtener la muestra se usó la técnica del muestreo y así determinar el conjunto de personas que se estudiará (Hernández y Carpio, 2019). El tipo de muestreo utilizado fue el no probabilístico, debido a que se buscó una muestra que tenga las características deseadas (Corral et al., 2015). Por ello, se recurrió a la modalidad de aplicación auto elegido porque el participante decidirá si formar o no parte de la investigación de manera voluntaria (Civalero, Alonso y Brussino, 2019).

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos que se utilizó en la investigación es la encuesta, esta técnica recoge información de forma sistemática sobre la problemática que quiere conocer el investigador. Esta recolección de los datos se dio mediante su instrumento de recolección llamado cuestionario. La modalidad de recolección según su administración es auto administrada, la cual se realizó por correo o web en donde no existe un entrevistador (López-Roldán y Fachelli, 2015).

Como instrumento principal, se utilizó la escala DASS-21 que fue creada por Lovibond y Lovibond (1995) con el propósito de medir el estrés, ansiedad y depresión de manera independiente. Esta escala en un principio estuvo compuesta por 42 ítems donde las 3 variables explicaban mejor la adecuación del modelo ($X^2(816) = 3559, P < 0.05$), de esta forma mediante un análisis de segundo orden se encontró que la fuerza del vínculo entre variables fue de: depresión 0.71, ansiedad 0.86 y estrés 0.88. Posteriormente, la escala fue reducida y analizada en una población adulta en la cual se encontró que se presenta un mejor ajuste en un modelo oblicuo de 3 factores (SRMR= .039, RMSEA= .066, TLI= .918, CFI= .928) obteniendo adecuadas medidas de fiabilidad mediante el coeficiente de alfa en la escala de depresión (.88), ansiedad (.84) y estrés (.90) así como en la escala total (.945) (Alves et al., 2012).

Como instrumento convergente, se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria fue creado por Zigmond y Snaith (1983). Esta escala consta de 14 ítems con 2 sub escalas con 7 ítems cada una que mide depresión y ansiedad, su escala es de tipo Likert de 0 a 3., cuyo puntaje total varía entre 0 a 21. En su adaptación Yamamoto, et. al (2018) se cumplió con el supuesto de correlación en la prueba de KMO (.58) y esfericidad de Bartlett ($p < .001$), donde la escala explicó el 50.1% de la varianza total. Además, se obtuvo la fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach para la dimensión de depresión (.81), ansiedad (.82) y la escala general (.88).

Como instrumento divergente se utilizó la Escala Who Five, fue creada por la Unidad de Investigación Psiquiátrica de la OMS, la escala cuenta con 5 ítems redactados en formas de preguntas, que indagan sobre aspectos de bienestar emocional; siendo el tiempo de aplicación entre 1 a 3 minutos. La puntuación se realizó usando una escala tipo Likert, nivel ordinal; variando entre 0 (nunca) a 3 (siempre), el puntaje total puede variar entre 0 a 15. En un análisis en Colombia se obtuvo una consistencia interna buena de 0.82; y por medio de análisis factorial exploratorio se obtuvo $X^2 = 277.580$, $gl = 10$ y $p\text{-valor} = .000$ y en la prueba de KMO .763 (Simancas-Pallares, et. al, 2016).

3.5 Procedimientos

En un primer momento para poder crear el formulario de recolección de datos se utilizó el aplicativo Google Forms, ahí mismo se saludó a los participantes y se describió de forma breve la finalidad del trabajo de investigación; además se mencionó que la participación es de carácter voluntario y de forma anónima, después se presentó el consentimiento informado. Por último, se colocó la ficha sociodemográfica e instrumentos utilizados con sus respectivas instrucciones.

Posteriormente, una vez elaborado el formulario de recolección de datos, se procedió a difundir el link a las personas más cercanas como familiares, parientes cercanos y las personas más cercanas en nuestro contexto social. A su vez, se procedió a difundir el link de la escala mediante las diferentes redes sociales como Facebook, Twitter, Instagram y WhatsApp. Primero, se accedió a diferentes grupos de estudio, de universidades, de apoyo social, y grupos en los que se encuentre personas que puedan vivir en Lima Metropolitana, después se procedió a compartir

el link del formulario en los grupos con el permiso de los administradores de la página. El proceso de compartir el link del formulario se repitió varias veces con diferentes imágenes o fotos que llamen la atención del formulario con la finalidad de llegar a la mayor cantidad de personas. La recolección de datos duró cinco meses, una vez terminado este proceso, se procedió a exportar la base de datos al Excel para poder realizar el filtro según los criterios de inclusión y exclusión.

3.6 Método de análisis de datos

Se analizó estadísticamente los ítems mediante el análisis descriptivo e inferencial mediante el análisis estadístico mediante el SPSS v. 25. Se evaluó la distribución de la frecuencia (Salazar y Castillo, 2018), la media aritmética (Mendenhall et al., 2010), la desviación estándar (Salazar y Castillo, 2018), el coeficiente de asimetría y curtosis de Fisher (Gorgas et al., 2011). Además, se analizó el índice de homogeneidad corregida (Gómez et al., 2017), la comunalidad (Méndez y Rondón, 2012) e índice de homogeneidad mediante la comparación entre grupos.

También se evaluó las evidencias de validez de contenido mediante la V de Aiken (Martin-Romera y Molina, 2017). En el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) se analizarán los índices de bondad (SRMR, RMSEA, CFI, TLI) para poder corroborar la pertinencia del modelo según la teoría del autor (Martínez, et al., 2009). Se realizó la correlación con otras variables (Prieto y Delgado, 2010), mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Se analizó la consistencia interna del instrumento mediante los coeficientes de Alfa de Cronbach y Omega de McDonald (Frias-Navarro, 2020), mediante una tabla en la cual se detalló la consistencia de cada variable.

3.7 Aspectos éticos

Considerando las normas propuestas por la American Psychological Association (APA, 2020) se recolectaron los datos por el autor sin alterar o modificar la información obtenida. Además, los participantes decidieron ser parte del estudio voluntariamente y de forma anónima, protegiendo así su identidad al responder dicho cuestionario.

También, se tomó en cuenta los tres principios de Belmont, donde se respetó la decisión de la persona en participar o no en la investigación, la cual se obtuvo mediante el consentimiento informado, cumpliendo con el principio de autonomía. Además, se procuró que el autor sea responsable de mantener la integridad de los participantes y no sean perjudicados por el conocimiento que se obtendrá, por ello se conservó la confidencialidad de los datos que se reporten, destacando el principio de no maleficencia. Por último, se obtuvo el principio de la justicia, evaluando y distribuyendo con igualdad los datos obtenidos, sin discriminar a los evaluados (Miranda-Novales y Villasís-Keever, 2019)

IV. RESULTADOS

4.1 Análisis de Validez de Contenido

Tabla 1

Validez de contenido del DASS-21 a través del coeficiente V de Aiken

Ítem	Pertinencia										V de Aiken	Jueces										V de Aiken	Claridad										V de Aiken	V de Aiken total
												Relevancia																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
i1	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	
i2	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	
i3	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	
i4	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	
i5	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	
i6	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	
i7	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	
i8	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	
i9	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	
i10	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	
i11	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	
i12	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	
i13	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	

En la tabla 1 se puede evidenciar la validez de contenido mediante el criterio de jueces expertos. Todos los jueces consideraron que los ítems de DASS-21 son pertinentes, relevantes y claros, lo cual permitió obtener un coeficiente de 1 en la V de Aiken, considerando la escala como válida (Escurra, 1998).

4.2 Análisis de ítems

Tabla 2

Análisis de los ítems de la variable de estrés

Ítems	FR				DE	g1	g2	IHC	h2	ID	Aceptable	
	0	1	2	3								
1	.8	4.8	4.3	.1	.35	.67	.90	.60	.49	.41	.000	SÍ
6	.0	8.2	1.3	.5	.30	.65	.04	.03	.59	.52	.000	SÍ
8	.7	8.2	9.7	.3	.27	.66	.97	.11	.58	.50	.000	SÍ
11	0.9	2.5	0.1	.5	.22	.72	.68	.58	.55	.47	.000	SÍ
12	.4	7.0	0.3	.3	.30	.68	.96	.89	.62	.54	.000	SÍ
14	.1	6.7	9.5	.7	.26	.68	.88	.94	.59	.51	.000	SÍ
18	.6	5.7	1.6	.1	.30	.68	.89	.76	.61	.54	.000	SÍ

Nota: FR: Formato de respuesta; 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.

En la tabla 2, se puede observar que ninguna de las categorías supera el 80% de frecuencia. La media entre 1.22 y 1.35 indicó que la mayoría de los participantes marcaron la categoría 1 de forma muy frecuente al presentar una dispersión de datos entre 0.65 y 0.72. La asimetría y curtosis presentaron valores entre +/- 1.5, lo que refiere que los datos se encuentran próximos a una distribución normal (Salazar y del Castillo, 2018). El índice de homogeneidad presentó adecuados valores superiores a .40 (Gómez et al., 2018), además se obtuvo una comunalidad superior a .40, evidenciando la correlación entre los ítems para medir un mismo constructo (Ferrando

y Anguiano-Carrasco, 2010). Por último, en el índice de discriminación todos los ítems no presenten una diferencia significativa con la escala general (Backhoff et al., 2000).

Tabla 3*Análisis de los ítems de la variable de ansiedad*

Items	FR				DE	g1	g2	IHC	h2	ID	Acceptable	
	0	1	2	3								
2	.3	4.1	3.2	.4	.17	.63	.18	.28	.47	.35	.000	Sí
4	0.7	0.8	.7	.7	.99	.49	.85	.70	.58	.48	.000	Sí
7	1.1	6.4	.6	.8	.05	.59	.11	.30	.65	.57	.000	Sí
9	.7	9.3	8.0	.9	.26	.67	.04	.22	.61	.51	.000	Sí
15	0.3	2.8	1.7	.2	.12	.64	.06	.19	.72	.66	.000	Sí
19	.8	3.0	1.5	.7	.13	.65	.11	.15	.66	.60	.000	Sí
20	.6	2.6	2.6	.1	.16	.66	.12	.97	.71	.66	.000	Sí

Nota: FR: Formato de respuesta; 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.

En la tabla 3, se puede observar que la mayoría de los ítems no superan el 80% de frecuencia, excepto el ítem 4. La media estuvo entre 0.99 y 1.17, indicando que la mayoría de los participantes marcaron la categoría 1 de forma muy frecuente al presentar una dispersión de datos entre 0.49 y 0.67. Solo el ítem 9 presentó una asimetría y curtosis entre +/- 1.5, lo que refiere que los datos se encuentran próximos a una distribución normal (Salazar y del Castillo, 2018), mientras que los demás ítems presentaron un valor superior a estos. El índice de homogeneidad presentó adecuados valores superiores a .40 (Gómez et al., 2018), además se obtuvo una comunalidad superior a .40, evidenciando la correlación entre los ítems para medir un mismo constructo (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010), excepto en el ítem 2. Por último, en

el índice de discriminación todos los ítems no presenten una diferencia significativa con la escala general (Backhoff et al., 2000).

Tabla 4*Análisis de los ítems de la variable de depresión*

Items	FR				DE	g1	g2	IHC	h2	ID	Acceptable	
	0	1	2	3								
3	.9	4.9	3.2	.0	.13	.60	.10	.57	.60	.51	.000	SÍ
5	.2	2.2	6.5	.1	.24	.64	.17	.71	.48	.36	.000	SÍ
10	1.9	1.1	0.9	.1	.11	.68	.04	.88	.71	.65	.000	SÍ
13	.0	5.5	0.7	.8	.33	.71	.93	.59	.65	.57	.000	SÍ
16	.3	8.9	0.5	.3	.10	.55	.26	.79	.61	.52	.000	SÍ
17	1.1	1.1	1.3	.5	.13	.68	.05	.79	.74	.69	.000	SÍ
21	1.1	4.1	.9	.9	.11	.67	.23	.39	.70	.64	.000	SÍ

Nota: FR: Formato de respuesta; 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.

En la tabla 4, se puede observar que ninguna de las categorías supera el 80% de frecuencia. La media entre 1.11 y 1.33 indica que la mayoría de los participantes marcaron la categoría 1 de forma muy frecuente al presentar una dispersión de datos entre 0.60 y 0.71. Solo el ítem 9 presentó una asimetría y curtosis entre +/- 1.5, lo que refiere que los datos se encuentran próximos a una distribución normal (Salazar y del Castillo, 2018), mientras que los demás ítems presentaron un valor superior a estos. El índice de homogeneidad presentó adecuados valores superiores a .40 (Gómez et al., 2018), además se obtuvo una comunalidad superior a .40, evidenciando la correlación entre los ítems para medir un mismo constructo (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010). Por último, en el índice de discriminación todos los ítems no presentaron una diferencia significativa con la escala general (Backhoff et al., 2000).

4.3 Validez en relación a otras variables

Tabla 5

Validez en relación con otras variables mediante el Coeficiente de Spearman

		Who Five	Ansiedad y Depresión Hospitalaria
DASS- 21	r	- .494	.521
	P	.000	.000
	N	500	500

Nota: r=coeficiente de correlación; P= valor de probabilidad; N=muestra

En la tabla 5 se puede observar la correlación de la puntuación total del DASS-21 con las escalas del Who Five y de la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. De esta forma, se evidenció que el DASS-21 se correlaciona de manera inversa con la escala Who Five ($r = -.494$) y de forma directa con la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria ($r = .521$) (Martínez et al., 2009); no obstante, ambas escalas presentaron una relación estadísticamente significativa ($p < .05$) con el DASS-21 (Cohen, 1998). Por lo tanto, mientras mayor sea la puntuación en el DASS21 menor será la puntuación en la escala del Who Five y mayor será la puntuación para la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.

4.4 Validez de estructura interna

Tabla 6

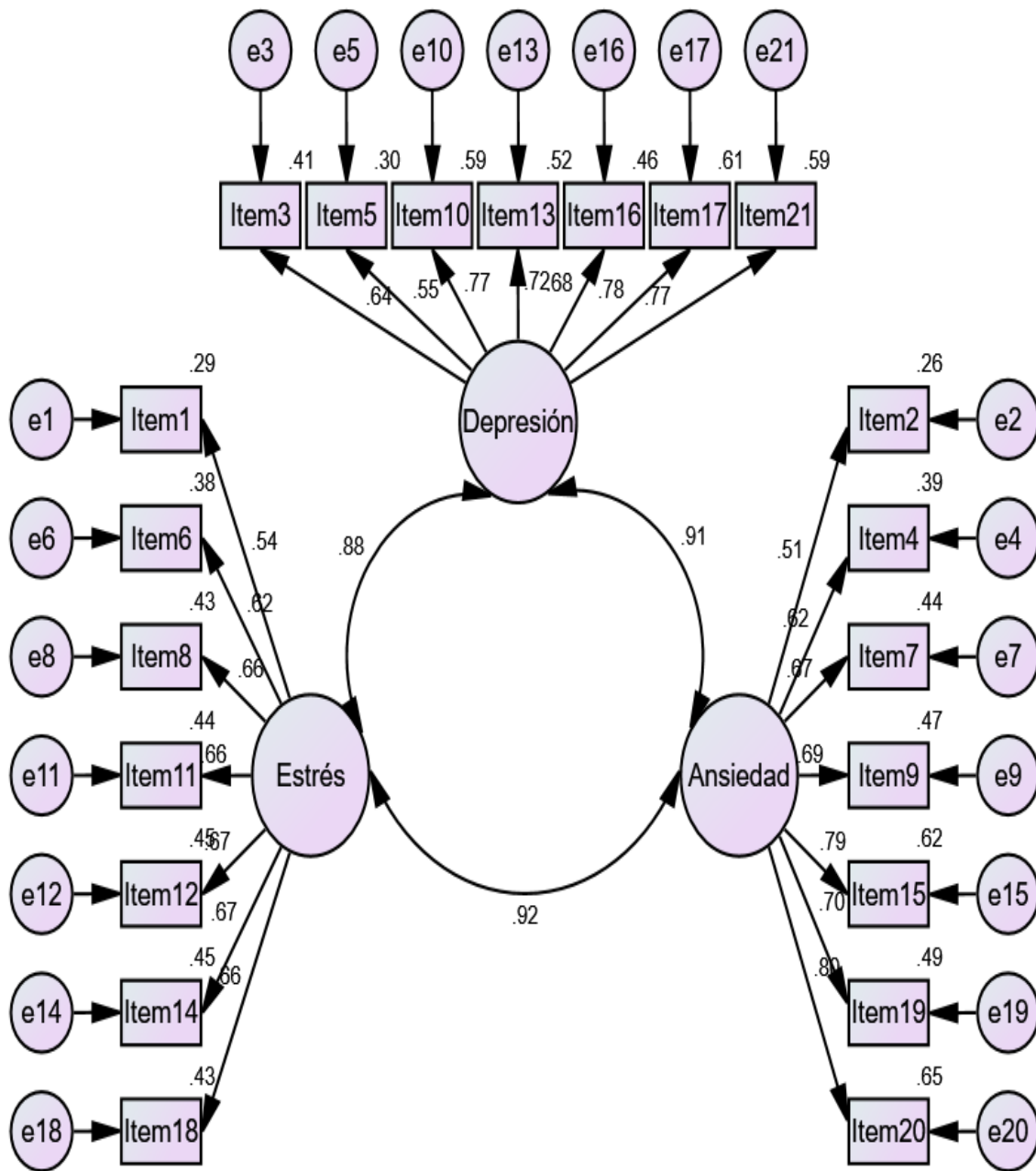
Índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio del modelo teórico del DASS-21

Índice de ajuste	Modelo teórico	Índices óptimos	Autor
Ajuste absoluto			
X ² /gl	2.368	≤ 3.00	(Escobedo et al., 2016)
RMSEA	0.069	< .08	(Ruíz et al., 2010)
SRMR	0.051	≤ .08	(Abad et al., 2011)
Ajuste comparativo			
CFI	0.913	> .90	(Cupani, 2012)
TLI	0.902	> .90	(Escobedo et al., 2016)

En la tabla 6 se puede observar los índices de ajuste del modelo teórico, en el cual se propuso un modelo oblicuo donde los 3 factores se correlacionan para medir un mismo factor general (Alves et al., 2012). Para este análisis se utilizó el estimador Máxima Verosimilitud Robusta (MLR) la cual es una alternativa que permitió normalizar las variables de carácter ordinal (Kline, 2011). El análisis de la estructura se realizó usando los siguientes índices de ajustes: X²/gl= 2.368, RMSEA= .069, SRMR= .051, CFI= .913, TLI= .902, los cuales indicaron que el error del modelo aceptable (Martínez et al., 2012), y que presentó un adecuado ajuste (Manzano, 2017).

Figura 1

Análisis factorial confirmatorio del modelo teórico del DASS-21



4.5 Análisis de la confiabilidad

Tabla 7

Confiabilidad por consistencia interna del DASS-21

	Alfa (α)	Omega (ω)
<i>Escala total</i>	0.94	0.941
<i>Estrés</i>	0.830	0.831
<i>Ansiedad</i>	0.858	0.862
<i>Depresión</i>	0.868	0.871

En la tabla 7 se mostró la fiabilidad mediante el método de consistencia interna, la cual se halló mediante el Coeficiente de Alfa de Cronbach y Omega de McDonald. En ambos casos se evidenció que el instrumento obtuvo adecuadas medidas de consistencia por presentar un valor superior a .80 (Quero, 2010).

4.6 Elaboración de normas de interpretación para la muestra analizada

Tabla 8

Prueba de normalidad del DASS-21 mediante el estadístico Shapiro-Wilk

Shapiro–Wilk	
DASS-21	.000

En la tabla 8 se pudo observar que para conocer si los datos presentan o no una distribución normal se utilizó el estadístico Shapiro-Wilk; ya que es considerada como la prueba más potente entre las pruebas de normalidad (Zuluaga et al., 2013). De esta forma, se encontró que los datos no presentan una distribución normal ($p < .05$), permitiendo el uso de pruebas no paramétricas (Rivas-Ruiz et al., 2013).

Tabla 9

Prueba de comparación entre sexo del DASS-21 mediante la U de Mann Whitney

	DASS-21
Sig.	0.124

La tabla 9 se observa que la prueba no paramétrica aplicada evidencia que no existe diferencias significativas en los síntomas de estrés, ansiedad y depresión en hombres y en mujeres ($p > .05$).

V. DISCUSIÓN

En la actualidad el coronavirus ha afectado a la población peruana volviéndolas vulnerable a los diferentes síntomas que este virus trae consigo (OPS, 2020). Además, el 52% de la población de Lima metropolitana sufre de estrés moderado severo, cuadros ansiosos y depresivos como consecuencia de la situación actual del país (MINSAL, 2021). Hasta el día de hoy se han hecho aportes importantes para poder comprender estos conceptos, no obstante, al igual que la depresión, el estrés y la ansiedad; presentan síntomas que resultan ser muy complejos de identificar, presentándose no solo desafíos conceptuales sino clínicos a la hora de diagnosticarlos (Botto y Jiménez, 2014). Es por ello, que es importante contar con un instrumento con adecuadas propiedades psicométricas que pueda garantizar la inferencia de los datos recabados, ya que; en función a esa información se tomaran decisiones importantes en la vida de las personas (Muñiz, 2010).

En primer lugar, se realizó la validez de contenido mediante para lo cual se tuvo en cuenta 10 jueces expertos los cuales consideraron que el instrumento es pertinente, relevante y claro al obtenerse un valor de 1 en la V de Aiken; lo cual indica que ningún ítem debería eliminarse (Aiken, 1985). En la investigación realizada por Orellana y Orellana, (2021) se encontró que a la escala no se le analizó la validez aparente (cobertura) y conceptual (de contenido) debido a que este instrumento es reconocido por la forma de su elaboración y base retórica. Por otro lado, Contreras-Mendoza et al., (2021) si realizaron la validez de contenido con 10 especialistas, 5 clínicos, 1 lingüístico, 1 estadístico y 3 psicólogos educativos, quienes consideraron valido el instrumento, no obstante, si bien no se sugirieron cambios en los enunciados, si en las opciones de respuesta.

En segundo lugar, se realizó el análisis de los ítems se encontró que se cumple con la normalidad univariada, el índice de homogeneidad es superior a .40, lo que indica que los ítems se correlacionan correctamente con la escala (Tornimbeni et al., 2008; Abad et al., 2004). La comunalidad es superior a .30 en todos los casos; indicando que los ítems se relacionan a sus respectivos factores (Lozano y Turbany,

2013), y el índice de discriminación evidencio que no existe diferencias entre los ítems con sus respectivas escalas al comparar los grupos extremos ($p < .05$) (Backhoff et al., 2000). En el estudio realizado por Pezirkianidis et al. (2018), Orellana y Orellana (2021) y Contreras-Mendoza et al., (2021) la media (entre 0.37 y 1.14) y la desviación estándar (≤ 1.02) son similares a las encontradas en la presente investigación. Además, se encontró una asimetría y curtosis entre ± 1.5 (Pezirkianidis et al., 2018, Contreras-Mendoza et al., 2021); un índice de homogeneidad superior a .60, una comunalidad superior a .50 y un índice de discriminación estadísticamente significativo ($p < .05$) (Contreras-Mendoza et al., 2021).

En tercer lugar, se realizó la validez en relación con otras variables, donde se correlacionó con 2 escalas utilizando el coeficiente de Spearman. En la relación convergente o positiva se utilizó la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, donde se obtuvo un coeficiente de .521, indicando que mientras mayor sea la puntuación en el DASS-21, mayor será en la escala en relación (Martínez et al., 2009). Por otro lado, como relación divergente o negativa se utilizó el Who Five, obteniendo una puntuación de -.494, indicando una relación inversa (Martínez et al., 2009). El coeficiente nos permite comprobar que ambas escalas indican un grado de asociación con el instrumento principal. Por lo tanto, mientras mayores sean los síntomas identificados en la escala DASS-21 mayores serán los síntomas identificados en la escala de ansiedad hospitalaria; y menor será el grado de bienestar (Maldonado, 2015; Álvarez 2013, Saldaña et al., 2019) que se encuentre en el Who Five.

En cuarto lugar, se realizó el Análisis Factorial Confirmatorio del modelo oblicuo propuesto por Alves et al. (2012). Al analizar el modelo se evidencio que existe un adecuado ajuste: $\chi^2/df = 2.368$, RMSEA= .069, SRMR= .051, CFI= .913, TLI= .902. Los resultados son similares a los encontrados en otros estudios, Valencia (2019) por su parte refiere que el modelo oblicuo permite garantizar una mejor estimación, presentando un mejor resultado en sus índices de ajuste: CFI= .957, TLI= .952, SRMR= .058, RMSEA= .057, al igual que Mohamed y Green (2019): CFI= .94, TLI= .91, RMSEA= .05; y Pezirkianidis et al. (2018) quienes presentan un índice mejor que

los demás: CFI= .95, TLI= .94, RMSEA= .05, SRMR= .03. No obstante, al comparar con un estudio realizado en Perú, nuestro estudio presenta un mejor ajuste comparativo: CFI= .91, TLI= .89, y un similar ajuste absoluto: RMSEA= .05, SRMR= .04 (Contreras-Mendoza et al., 2021).

En quinto lugar, se analizó la fiabilidad mediante el método por consistencia interna, donde el coeficiente del Alfa de Cronbach y Omega de McDonald fueron $> .80$ en las 3 escalas; lo cual se considera como excelente (Campo-Arias & Oviedo, 2008). Estos resultados son similares a los obtenidos por Pezirkianidis et al., (2018) y Gutiérrez-Quintanilla et al. (2020) donde la consistencia encontrada oscilaba entre .80 y .90. No obstante, Choo et al., (2018) quienes realizaron una investigación con estudiantes de enfermería y partería en Brunei obtuvieron un alfa de .91 en la dimensión de estrés, al igual que, Contreras-Mendoza et al. (2021) en una muestra de adolescentes peruanos, obteniendo una alfa y un omega de .91 en la dimensión de depresión. Por otro lado, cuando se analizó la consistencia interna de la DASS-21 en un modelo de 4 factores se obtuvo una alfa que oscilaba entre .69 y .90, hasta que se modificó la estructura a un modelo de 3 factores que presentó un alfa entre .80 y .86 (Zawislak et al., 2020). De esta forma, se puede inferir que el modelo 3 factores muestra una adecuada consistencia interna, y que la modificación del modelo o eliminación de los ítems no mejoraría su confiabilidad (Zawislak et al., 2020).

En sexto lugar, para realizar los datos normativos se aplicó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, donde los datos no presentaron una distribución normal ($p < .05$), por lo cual se utilizó la prueba no paramétrica U de Man-Whitney, donde no se encontró diferencias significativas entre los grupos (0.124). No obstante, los baremos presentados no pueden ser aplicados en la población general de Lima Metropolitana debido a que no se usó el muestreo probabilístico que permita generalizar las puntuaciones obtenidas.

VI. CONCLUSIONES

Primera. - La escala DASS-21 presenta adecuadas propiedades psicométricas en adultos de Lima Metropolitana, demostrando validez y confiabilidad para su utilización.

Segunda. - Se determinó la validez en el contenido, mediante el criterio de 10 jueces quienes evaluaron los 21 ítems bajo el criterio de pertinencia, relevancia y claridad, considerando la escala como válida.

Tercera. - En el análisis de los ítems fueron aceptadas por presentar adecuadas propiedades psicométricas, se encontró que se cumple con la normalidad univariada, el índice de homogeneidad es superior a .40, lo que indica que los ítems se correlacionan correctamente con la escala

Cuarta. - En la validez en relación con otras variables, se realizó la correlación convergente con la escala Ansiedad y Depresión Hospitalaria, siendo la correlación de manera directa y la correlación divergente con la escala Who Five, siendo la correlación de forma inversa; ambas escalas presentaron una relación estadísticamente significativa.

Quinta. - Se encontró evidencias de validez en la estructura interna del instrumento mediante el Análisis Factorial Confirmatorio hallando adecuados índices de ajustes.

Sexta. - Se presentó adecuados valores en el análisis de confiabilidad realizado por consistencia interna, mediante el Coeficiente de Alfa de Cronbach y Omega de McDonald. En ambos casos se evidenció que el instrumento obtuvo adecuadas medidas de consistencia por presentar un valor superior a .80.

Séptima. - Se presentó que los datos no cumplen una distribución normal que permiten el uso de pruebas no paramétricas aplicada, evidenciando que no existe diferencias significativas en los síntomas de estrés, ansiedad y depresión en hombres y en mujeres.

VII. RECOMENDACIONES

Primera. - Se sugiere analizar el instrumento en diferentes ciudades y/o departamentos a nivel nacional para un estudio más amplio, de tal manera, generar normas percentilares para los habitantes peruanos en general.

Segunda. – Realizar el estudio con una muestra mucho más representativa, con la finalidad de poder generalizar los resultados en la población evaluada.

Tercera. – Se considera evaluar las evidencias psicométricas del DASS-21 en un año donde la población no se encuentre en un contexto pandémico, por la influencia de la misma.

Cuarta. – Debido a la carencia de instrumentos actualizados que midan esta variable de gran importancia, se considera importante realizar mayores investigaciones para crear y/o adaptar instrumentos peruanos.

Quinta. – Para las futuras investigaciones se recomienda evaluar las opciones de respuesta del cuestionario del Dass-21 específicamente en los enunciados “me ocurrió bastante” y “me ocurrió mucho”, al ser sinónimos y no graduales o jerárquicos.

REFERENCIAS

- Abad, F., Olea, J., Ponsoda, V. y García, C. (2011). Medición en ciencias sociales y de la salud. Síntesis. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=552272>
- Álvarez, Y. (2013). Relación del bienestar psicológico con los niveles de ansiedad: rasgo estado en adolescentes. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2014/cmh141j.pdf>
- Alves, J., Allen, B. y Lee, C. (2012). Análisis factorial confirmatoria de la versión portuguesa de la Depression Anxiety Stress Scale-21. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(7). <https://www.scielo.br/j/rlae/a/w4k7wzsjobnQtLZpJxqtjLfp/?format=pdf&lang=es>
- American Psychological Association (2020). APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/> [Consultado el 18 de mayo de 2021].
- Arango-Dávila, C. y Rincón-Hoyos, H. (2018). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 46-55. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.007>
- Arias-Gómez, J., Villasís-Keever, M. y Miranda, M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2), 201-206. <https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755023011.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª Ed.). Arlington: Médica Panamericana.
- Apóstolo, J., Cruz, A. y Aguiar, Z. (2006). Adaptación para la lengua portuguesa de la depression, anxiety and stress scale (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6). https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/es_v14n6a06.pdf
- Apostolo, J., Tanner, B. y Arfken, C. (2012). Análisis factorial confirmatoria de la versión portuguesa de la Depression Anxiety Stress Scale-21. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 20(3), 590-596. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010411692012000300022&lng=es&nrm=iso
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños

de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.
<https://www.redalyc.org/pdf/167/16728244043.pdf>

Balluerka-Lasa, N., Gómez-Benito, J., Hidalgo-Montesinos, M. D., Gorostiaga-Manterola, A., Espada-Sánchez, J. P., Padilla-García, J. L. y Santed-Germán, M. A. (2020). Las consecuencias psicológicas de la Covid-19 y el confinamiento. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco. https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf

Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (1996). BDI-II, Beck Depression inventory: Manual (2nd ed.). Boston: Harcourt Brace.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>

Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. y Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex*, 55,74-80. n

Botto, A. y Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 142, 1297-1305.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000010

Civalero, L., Alonso, D. y Brussino, S. (2019). Evaluación del prejuicio hacia inmigrantes: adaptación argentina de la escala de prejuicio sutil y manifiesto. *Ciencias Psicológicas*, 13(1), 119-133.
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v13n1/1688-4221-cp-13-01-119.pdf>

Contreras-Mendoza, I., Olivas-Ugarte, L. y De La Cruz-Valdiviano, C. (2021). Escalas abreviadas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): validez, fiabilidad y equidad en adolescentes peruanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 8 (1), 24-30. <http://dx.doi.org/10.21134/rpcna.2021.08.1.3>

- Cortada, N. (2002). Importancia de la investigación psicométrica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(3), 229-240. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80534303.pdf>
- Corral, Y., Corral, I. y Corral, A. (2015). PROCEDIMIENTOS DE MUESTREO. *Revista ciencias de la educación*, 26(46), 151-167. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/46/art13.pdf>
- Díaz, L., Campo, A., Ruena, G. y Barros, J. (2005). Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión. *Colombia Médica*, 36(2), 168-172.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Lachance, S., Provencher, M. y Ladouceur, R. (1995). The Worry and Anxiety Questionnaire: initial validation in non-clinical and clinical samples. Comunicación presentada en la Reunión A.
- Escurre, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología*, 6(1-2). <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555>
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación Psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos* (2da ed.). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Frias-Navarro, D. (2020). *Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida*. Universidad de Valencia, España. <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, (6653), 897-899.
- Gómez, A., Cerrada, R. y Rangel, R. (2017). Validez del material educativo de un programa de Educación Ambiental-Sanitario no formal. *Educere*, 22(71), 131-152. <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/educere/article/view/12085>
- Gonzalez-Abarca, A., Ramos-Corrales J., Nolasco-García, E., Lara-Flores, A., Ramírez-Piedras A., Márquez-Alcaraz, M., Illán-López, O. y Amaya-G., M. (2014). Depresión y suicidio. *Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco*, 1(1), 47-55. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141k.pdf>

- Goodman, A. (1993) "On the Interpretation of Health from Skeletal Remains", en *Current Anthropology*, Vol. 34, No. 3, pp. 281-288. <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/204170>
- Gorgas, J. Cardiel, N. y Zamorano, J. (2011). *Estadística básica para estudiantes de ciencias*. https://webs.ucm.es/info/Astrof/users/jaz/ESTADISTICA/libro_GCZ2009.pdf
- Hamilton, M. (1969). Diagnosis and rating of anxiety in studies of anxiety lander. *The British Journal of Psychiatry*, 3, 76-79.
- Hernández, C. y Carpio, N. (2019). Introducción a los tipos de muestreo. *Revista ALERTA*, 2(1). <https://alerta.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2019/04/Revista-ALERTA-An%CC%83o-2019-Vol.-2-N-1-vf-75-79.pdf>
- Herrera, A. (1998). *Notas sobre Psicometría*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Hidalgo-Montesinos, D. y French, B. (2016). Una introducción didáctica a la Teoría de Respuesta al Ítem para comprender la construcción de escalas. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(2), 13-21. <http://www.revistapcna.com/sites/default/files/16-11.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017). *Censos Nacionales de Población y Vivienda 2017*.
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., ... Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet. Psychiatry*, 7(3), e14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32035030/>
- Lara, M., Medina-Mora, M., Borges, G. y Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 30, 4-11. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252007000500004&lang=pt
- Lloret-Segura et al, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. y Tomas-Marco, I.

- (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología*, 30(3), 1151-1169. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- López-Roldán, P. y Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa*. Edifici B. https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163567/metinvsocua_a2016_cap2-3.pdf
- Lovibond, S. y Lovibond, P. (1995). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation.
- Lozano, L., & Turbany, J. (2013). Validez. En J. Meneses (Ed). *Psicometría*. Barcelona: Editorial UOC.
- Lozano-Vargas, A. y Vega-Dienstmaier, J. (2018). Construcción y propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad de Lima de 20 ítems (EAL-20). *Rev Neuropsiquiatr*, 81(4), 226-234. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3437>
- Maldonado, M. (2015). Bienestar Subjetivo y Depresión en Mujeres y Hombres Adultos Mayores Viviendo en Pobreza. *Acta de investigación psicológica*, 2015, 5(1), 1815 - 1830. <http://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v5n1/2007-4719-aip-5-01-01815.pdf>
- Maguiña, C. (2020). Reflexiones sobre el COVID-19, el Colegio Médico del Perú y la Salud Pública. *Acta Médica Peruana*, 37(1), 8-10. <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.371.929>
- Martin-Romera, A. y Molina, E. (2017). Valor del conocimiento pedagógico para la docencia en Educación Secundaria: diseño y validación de un cuestionario. *Estudios Pedagógicos*, 43(2), 195-220. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/estped/v43n2/art11.pdf>
- Martínez, R., Tuya, L., Martínez, M., Pérez, A. y Cánovas, A. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2). <https://www.redalyc.org/pdf/1804/180414044017.pdf>
- Marquina Medina, R.; Jaramillo-Valverde, L. (2020) El COVID-19: Cuarentena y su Impacto Psicológico en la población. Scielo. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/452/560>
- Méndez, C. y Rondón. M (2012). Introducción al análisis factorial exploratorio. *Revista*

Colombiana de Psiquiatría, 41(1), 197-207.
<https://www.redalyc.org/pdf/806/80624093014.pdf>

Mendenhall, W. Beaver, R. & Beaver, B. (2010). *Introducción a la probabilidad y la estadística*. Cengage Learning.

Mendoza, J. y Garza, J. (2009). La medición en el proceso de investigación científica: Evaluación de validez de contenido y confiabilidad. *Investigaciones de Negocios*, 6(1), 17-31. <http://eprints.uanl.mx/12508/1/A2.pdf>

Messick, S. (1989). Validity. En R.L. Linn (Ed.), *Educational Measurement* (3th. Ed.). New York: American 200 Council on Education and Macmillan publishing company.

Messick, S. (1995). Standards of validity and the validity of standards in performance assessment. *Educational measurement: Issues and Practice*, 14, 5-8.

Ministerio de la Salud (2020). Plan de preparación y respuesta ante posible segunda ola pandémica por COVID-19 en el Perú. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5203.pdf>

Ministerio de la Salud (2021). Salud mental: El 52.2% de limeños sufre de estrés debido a la pandemia. <https://www.minsa.gob.pe/newsletter/2021/edicion-72/nota4/index.html>

Miranda-Novales, M. G., & Villasís-Keever, M. Á. (2019). El protocolo de investigación VIII. La ética de la investigación en seres humanos. *Revista alergia Mexico (Tecamachalco, Puebla, Mexico: 1993)*, 66(1), 115–122. <http://www.scielo.org.mx/pdf/ram/v66n1/2448-9190-ram-66-01-115.pdf>

Moadel-Robblee, A., Cristie, A. y Powers-James, C. (2019). Manejo del estrés. Efectos del estrés y cómo sobrellevarlos. Houston. https://www.ils.org/sites/default/files/National/USA/Pdf/Publications/PS92S_SP_Managing_Stress2019.pdf

Molés, M., Esteve, A., Lucas, M. y Folch, A. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería Global*, 15(55), 58-70. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>

- Naranjo, P. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Educación*, 33(2), 171-190. <https://www.redalyc.org/pdf/440/44012058011.pdf>
- Navas, W. y Vargas, M. (2012). Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para Atención primaria. *Revista médica de costa rica y Centroamérica* 69 (604) 497-507. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
- Nowack, K. M. (2002). Perfil de estrés. México: Manual Moderno.
- Oblitas, L. (2004). Psicología de la salud y calidad de vida. Australia: International Thompson Editores.
- Orellana, C. y Orellana, L. (2021). Propiedades psicométricas de la Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en adultos salvadoreños. *Teoría y Praxis*, 38, 45-54. Editorial Universidad DonBosco. ISSN 1994-733X
- Organización Mundial de la Salud (14 de mayo del 2020). Aumentar sustancialmente las inversiones para evitar una crisis de salud mental <https://www.who.int/es/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>
- Organización Panamericana de la Salud (2020). *Las redes sociales y COVID-19: la contribución de BIREME*. https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=479:redes-sociais-e-covid-19-a-contribuicao-da-bireme&Itemid=183&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud (2020). Respuesta a la emergencia por COVID-19 en Perú. <https://www.paho.org/es/respuesta-emergencia-por-covid-19-peru>
- Otzen, T. y Manterola C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1), 227-232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Palomino-Oré, C., Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada de Niños y Adolescentes. Lima, Perú, Huarcaya-Victoria, J., & Universidad de

- San Martín de Porres, Facultad de Medicina, Centro de Investigación en Salud Pública. Lima, Perú. (2020). Trastornos por estrés debido a la cuarentena durante la pandemia por la COVID-19. *Horizonte médico*, 20(4), e1218. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2020000400010&script=sci_abstract
- Paredes, N. y Quiliche, A. (2019). Adaptación y Propiedades de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21) en usuarios que acuden a centros de salud mental de Lima, 2018 [Tesis de Titulación], Universidad César Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/41516/Paredes_SN%2c%20Quiliche_AA..pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pérez-Gil, J., Chacón, S. y Moreno, R. (2000). Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema*, 12(2), 442-446. <http://www.psicothema.es/pdf/601.pdf>
- Pérez-Padilla, E., Cervantes-Ramírez, V., Hijuelos-García, N., Pineda-Cortés, J. y Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica*, 28, 85-115. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>
- Polo, M. (2017). Propiedades psicométricas de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en estudiantes universitarios de Chimbote [Tesis de Titulación], Universidad César Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/10290/polo_mr.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Prieto, G. y Delgado, A. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 67-74. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77812441007.pdf>
- Ramos, Z. (2018). *Psicometría básica*. Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina. <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1491/75%20PSICOMETR%C3%8DA%20B%C3%81SICA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.ª ed.). [Consultado el 18 de mayo de 2021]. <https://dle.rae.es/>

- Román, F., Vinet, V. y Alarcón, A. (2014). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(2), 179-190. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281943265009.pdf>
- Salazar, C. y Castillo, S. (2018). *Fundamentos básicos de estadística*. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13720/3/Fundamentos%20B%C3%A1sicos%20de%20Estad%C3%ADstica-Libro.pdf>
- Saldaña, C., Polo-Vargas, J., Gutiérrez-Carvajal, O. y Madrigal, B. (2019). Bienestar psicológico, estrés y factores psicosociales en trabajadores de instituciones gubernamentales de Jalisco-México. *Revista de Ciencias Sociales*, 16(1), 25-35. <https://www.redalyc.org/journal/280/28063104003/28063104003.pdf>
- Sánchez, H., Reyes, C. y Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística*. Bussiness Support Aneth S.R.L. <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>
- Sandín, M. (2003). *Investigación Cualitativa en Educación: Fundamentos y tradiciones*. España: McGraw-Hill
- Simancas-Pallares, M., Díaz-Cárdenas, S., Barbosa-Gómez, P., Buendía-Vergara, M. & Arévalo-Tovar L. (2016). *Propiedades psicométricas del Índice de Bienestar General-5 de la Organización Mundial de la Salud en pacientes parcialmente edéntulos*. *Revista de la Facultad de medicina*, 64(4), p.701–705.
- Snaith, R. P., Bridge, G. W., y Hamilton, M. (1976). The Leeds scales for the self-assessment of anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry*, 128, 156-165.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1982). *Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Spielberger, C., Agudelo, D., Buela-Casal, G. (2008). *Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)*. Madrid: TEA Ediciones

- Soler, S. (2013). Los constructos en las investigaciones pedagógicas: cuantificación y tratamiento estadístico. *Atenas*, 23(4), 84-111. <https://www.redalyc.org/pdf/4780/478048959007.pdf>
- Soriano, A. (2014). Diseño y validación de instrumentos de medición. *Diálogos* 14, 19-40. <https://core.ac.uk/download/pdf/47265078.pdf>
- Tapullima, C. y Chávez, B. (2020). Escala de estrés, ansiedad y depresión (DASS-21): propiedades psicométricas en adultos de la provincia de San Martín. *Psiquemag*, 11(1), 73-88.
- Tornimbeni, S. Pérez, E. y Olaz, F. (2008). *Introducción a la psicometría*. Buenos Aires: Paidós. <https://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/0891.%20Introducci%C3%B3n%20a%20la%20psicometr%C3%ADa.pdf>
- Urrutia, M.; Barrios, S.; Gutiérrez, M. y Mayorga, M. (2014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educación Médica*, 28(3), 547-558. <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v28n3/ems14314.pdf>
- Vargas, L. F. (2016). Reseña del libro *Construcción de pruebas psicométricas: aplicaciones a las ciencias sociales y de la salud*, por J. Livia & M. Ortiz. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 10(2), 92-94. doi: <http://dx.doi.org/10.19083/ridu.10.479>
- Vinet, E., Rehbein, L., Román F., y Saiz, J. (2008). *Escalas abreviadas de depresión, ansiedad y estrés (dass — 21). Versión chilena traducida y adaptada*. Documento no publicado, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. 0.4067/S0718-48082012000300005
- Yamamoto-Furusho, J. K., Sarmiento-Aguilar, A., García-Alanis, M., Gómez-García, L. E., Toledo-Mauriño, J., Olivares-Guzmán, L., y Fresán-Orellana, A. (2018). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterología y Hepatología*, 41(8), 477–482. <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-escala-ansiedad-depresion-hospitalaria-hads--S0210570518301389>

- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. y Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6880820/>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia.

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA
Evidencias psicométricas de la escala de estrés, ansiedad y depresión DASS-21 en adultos de Lima Metropolitana, 2021.	¿Cuáles son las evidencias psicométricas de la escala de estrés, ansiedad y depresión DASS-21 en adultos de Lima Metropolitana, 2021?	<p>Objetivo General: Determinar las evidencias psicométricas de la escala de estrés, ansiedad y depresión DASS-21 en adultos de Lima Metropolitana, 2021.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer la validez por el método de análisis de ítems - test para obtener los índices de discriminación de cada ítem del DASS-21 en adultos de Lima Metropolitana, 2021. 2. Determinar las evidencias de validez basada en el contenido del DASS-21 en adultos de Lima Metropolitana, 2021. 3. Establecer las evidencias de validez basada en la estructura interna del DASS-21 en adultos de Lima Metropolitana, 2021. 4. Determinar la evidencia de validez de criterio basada en la correlación con otras variables del DASS-21 en adultos 	<p>Tipo, diseño: Tipo psicométrico, diseño instrumental.</p> <p>Variables: Estrés, ansiedad y depresión.</p> <p>Población, muestra y muestreo:</p> <p>Población: Lima Metropolitana</p> <p>Muestra: 500 participantes</p> <p>Muestreo: No probabilístico</p>

		<p>de Lima Metropolitana, 2021.</p> <p>5. Determinar la consistencia interna del DASS-21 en adultos de Lima Metropolitana, 2021.</p> <p>6. Establecer los datos normativos del DASS-21 en adultos de Lima Metropolitana, 2021.</p>	<p>Instrumentos:</p> <p>Escala de estrés, ansiedad y depresión DASS-21.</p> <p>Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)</p> <p>WHO FIVE - Versión española</p>
--	--	--	---

Anexo 2: Matriz de Operacionalización.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Ítems	Escala medición
Estrés	Estado persistente de sobreactivación que refleja la dificultad constante de enfrentar las demandas de la vida, distinguiendo como consecuencia de este estado la baja tolerancia a la frustración. (Lovibond y Lovibond, 1995)	Los puntajes obtenidos en la Escala de Estrés, ansiedad y depresión (DASS-21) consta de 21 ítems, y se puntúa a través de la escala de Likert. La escala de ese tipo Likert.	Incapaz de relajarse.	1	Tipo: Ordinal Medición: No me ocurrió =0 Me ocurrió un poco, o durante parte del tiempo =1 Me ocurrió bastante o durante parte del tiempo =2 Me ocurrió mucho, o
			Sobre-excitado, tenso.	6	
			Nervioso, inquieto.	8	
			Susceptible, fácilmente molesto.	11	
			Incapaz de relajarse.	12	
			Intolerante a la interrupción o el retraso.	14	
			Irritable.	18	
Ansiedad	Tensión y agitación fisiológica, donde la respiración entrecortada, resequedad de boca,		Consciente de sequedad de la boca, dificultad para respirar, latidos del corazón, sudoración en las palmas de las manos.	2	

	taquicardia, miedo, pánico, temblores, son algunos de los síntomas característicos que se pueden presentar. (Lovibond y Lovibond, 1995)		Consciente de sequedad de la boca, dificultad para respirar, latidos del corazón, sudoración en las palmas de las manos.	4	durante la mayor parte del tiempo =3
			Temblorosa, inestable.	7	
			Preocupado por el rendimiento y la posible pérdida de control.	9	
			Aprensivo, asustado.	15	
			Consciente de sequedad de la boca, dificultad para respirar, latidos del corazón, sudoración en las palmas de las manos.	19	
			Aprensivo, asustado.	20	
			Incapaz de experimentar placer o satisfacción.	3	
Depresión	Baja afectividad positiva, que incluye tristeza, ausencia de positividad y entusiasmo y pérdida de		Lento, falta de iniciativa.	5	

	iniciativa. (Lovibond y Lovibond, 1995)		Pesimista sobre el futuro.	10	
			Desanimado, triste	13	
			Incapaz de interesarse o participar.	16	
			Auto-desprecio.	17	
			Convencido de que la vida no tiene sentido ni valor.	21	

Anexo 3: Instrumento Escala de estrés, ansiedad y depresión DASS-21.

0	1	2	3
No me ocurrió	Me ocurrió un poco, o durante parte del tiempo	Me ocurrió bastante o durante parte del tiempo	Me ocurrió mucho, o durante la mayor parte del tiempo.

Instrucciones: Por favor lea las siguientes afirmaciones, no hay respuestas correctas o incorrectas, siendo las alternativas 0) No me ocurrió 1) Me ocurrió un poco, o durante parte del tiempo 2) Me ocurrió bastante o durante parte del tiempo 3) Me ocurrió mucho, o durante la mayor parte del tiempo. Luego, marca la respuesta que más se aproxima la respuesta que más se aproxime a lo vivenciado en estas dos últimas semanas.	No me ocurrió	Me ocurrió un poco, o durante parte del tiempo	Me ocurrió bastante o durante parte del tiempo	Me ocurrió mucho, o durante la mayor parte del tiempo
1.- Me costó mucho relajarme.	0	1	2	3
2.- Me di cuenta que tenía la boca seca.	0	1	2	3
3.- No podía sentir ningún sentimiento positivo.	0	1	2	3
4.- Se me hizo difícil respirar.	0	1	2	3
5.- Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas.	0	1	2	3
6.- Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones.	0	1	2	3
7.- Sentí que mis manos temblaban.	0	1	2	3
8.- Sentí que tenía muchos nervios.	0	1	2	3
9.- Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo.	0	1	2	3
10.- Sentí que no tenía nada por que vivir.	0	1	2	3
11.- Noté que me agitaba.	0	1	2	3
12.- Se me hizo difícil relajarme.	0	1	2	3
13.- Me sentí triste y deprimido.	0	1	2	3

14.- No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
15.- Sentí que estaba al punto de pánico.	0	1	2	3
16.- No me pude entusiasmar por nada.	0	1	2	3
17.- Sentí que valía muy poco como persona.	0	1	2	3
18.- Sentí que estaba muy irritable.	0	1	2	3
19.- Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.	0	1	2	3
20.- Tuve miedo sin razón.	0	1	2	3
21.- Sentí que la vida no tenía ningún sentido.	0	1	2	3

Anexo 4: Instrumento. Escala de índice de Bienestar General WHO FIVE - Versión española

Por favor, indique para cada una de las cinco afirmaciones cual define mejor como se ha sentido usted durante las últimas dos semanas. Observe que cifras mayores significan mayor bienestar. Ejemplo: Si se ha sentido alegre y de buen humor más de la mitad del tiempo durante las últimas dos semanas, marque una cruz en el recuadro con el número 3 en la esquina superior derecha.

Durante las últimas dos semanas:	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca
	5	4	3	2	1	0

1. Me he sentido alegre y de buen humor.	5	4	3	2	1	0
2. Me he sentido tranquilo y relajado.	5	4	3	2	1	0
3. Me he sentido activo y enérgico.	5	4	3	2	1	0
4. Me he despertado fresco y descansado	5	4	3	2	1	0
5. Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan	5	4	3	2	1	0

Anexo 5: Instrumento. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

Instrucciones: Por favor lea las siguientes afirmaciones, no hay respuestas correctas o incorrectas, siendo las alternativas 0) Todo el día 1) Gran parte del día 2) De vez en cuando 3) Nunca. Luego, marca la respuesta que más se aproxima la respuesta que más se aproxime a lo vivenciado en estas dos últimas semanas.	Todo el día	Gran parte del día	De vez en cuando	Nunca
1.- Me siento tenso o nervioso.	0	1	2	3
2.- Sigo disfrutando de las cosas como siempre.	0	1	2	3
3.- Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder.	0	1	2	3
4.- Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas.	0	1	2	3
5.- Tengo la cabeza llena de preocupaciones.	0	1	2	3
6.- Me siento alegre.	0	1	2	3
7.- Soy capaz de permanecer sentado, tranquilo y relajado.	0	2	2	3
8.- Me siento lento y torpe.	0	1	2	3
9.- Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago.	0	1	2	3
10.- He perdido el interés por mi aspecto personal.	0	1	2	3
11.- Me siento inquieto como si no pudiera parar de moverme.	0	1	2	3
12.- Tengo ilusión por las cosas.	0	1	2	3
13.- Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor.	0	1	2	3
14.- Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión.	0	1	2	3

Anexo 6: Ficha Sociodemográfica.

EDAD:	(de 18 años a más)
SEXO:	<ol style="list-style-type: none">1. Femenino (1)2. Masculino (2)
ZONA DE RESIDENCIA:	<ol style="list-style-type: none">1. Lima Norte (1)2. Lima Centro (2)3. Lima Sur (3)4. Lima Este (4)
ESTADO CIVIL:	<ol style="list-style-type: none">1. Soltero(a) (1)2. Casado(a) (2)3. Viudo(a) (3)4. Divorciado(a) (4)
OCUPACIÓN:	

Anexo 7: Autorización de uso del instrumento por parte del autor original.

Permission to use their Anxiety, Depression and Stress Scale (DASS-21)



Externo Recibidos x



LOURDES DEL PILAR CHAVEZ MORALES <lchavezm9@ucvvirtual.edu.pe>

lun, 28 jun 19:00 (hace 4 días)



para p.lovibond ▾

Good afternoon to you:

Lourdes del Pilar Chavez Morales greets you with ORCID number: 0000-0001-9858-4005 and DNI: 70917915. I am a student of the career of Psychology at the César Vallejo University of Lima-Peru.

I hereby request permission to use your Anxiety, Depression and Stress Scale (DASS-21) in a specific context, in order to perform a psychometric analysis, which will be used for academic purposes. Thanks for your reply.

Thank you!



Peter Lovibond

mar, 29 jun 18:20 (hace 3 días)



para mí ▾

Dear Lourdes,

You are welcome to use the DASS in your research/analysis. You can download the questionnaires (including translations in certain languages) and scoring key from the DASS website www.psy.unsw.edu.au/dass/. Please also see the FAQ page on the website for further information.

Best regards,
Peter Lovibond

Activar Windows

Ve a Configuración para activar Windows

Anexo 8: Consentimiento informado.

Evidencias psicométricas de la escala de estrés, ansiedad y depresión DASS-21 en adultos de Lima Metropolitana, 2021.

Estimado participante, con el debido respeto me presento ante usted. Soy de la carrera de Psicología de la Universidad César Vallejo. Me encuentro realizando un trabajo de investigación, para obtener el grado de Licenciada en Psicología siendo nuestro objetivo principal: Evaluar si la Escala de estrés, ansiedad y depresión DASS-21 cuenta con evidencias psicométricas en adultos de Lima Metropolitana. Agradecida por la iniciativa de brindar tu apoyo a mi investigación, respetando las normas sanitarias recomendadas por el Gobierno, es que le invito a responder el siguiente formulario virtual a aquellas personas que tengan las siguientes características:

- 1) Tener edad igual o mayor a 18 años
- 2) Zona de residencia: Lima Metropolitana.

Los datos brindados serán tratados confidencialmente y esta información recogida se utilizará únicamente para los propósitos de este estudio. En caso tenga alguna duda, escríbeme al correo lchavez9@ucvvirtual.edu.pe

Declaro haber leído detenidamente los detalles del trabajo de investigación "Evidencias psicométricas de la escala de estrés, ansiedad y depresión DASS-21 en adultos de Lima Metropolitana, 2021." Siendo mi participación VOLUNTARIA de la invitación a participar y el uso de la información para fines netamente ACADÉMICOS. Por lo expuesto, expreso mi respuesta ante la pregunta siguiente:

¿Acepta participar voluntariamente en la investigación?

1. No, en desacuerdo con participar voluntariamente. (1)
2. Sí, acepto participar con plena conciencia con participar voluntariamente. (2)