
Validación Lingüística y Psicométrica del Inventario de Depresión de Beck– II (BDI-II) en
Administrativos y Estudiantes de la Corporación Universitaria del Caribe-CECAR.

Negrete Castro Dorelis Paulina
Potes Arias Cindy Isabel

Corporación Universitaria del Caribe – CECAR
Facultad de Humanidades y Educación
Programa de Psicología
Sincelejo-Sucre
2019

Validación Lingüística y Psicométrica del Inventario de Depresión de Beck – II (BDI-II) en
Administrativos y Estudiantes de la Corporación Universitaria del Caribe -CECAR.

Negrete Castro Dorelis Paulina
Potes Arias Cindy Isabel

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Psicóloga

Director
Kelly Carolina Romero Acosta
Doctor en Psicología de Niños, Adolescentes y Adultos

Corporación Universitaria del Caribe – CECAR
Facultad de Humanidades y Educación
Programa de Psicología
Sincelejo-Sucre
2019

Nota de Aceptación

(73.0)


Director


Irbelth Hays C.

Evaluador 1


Evaluador 2

Sincelejo, Sucre, 27 de Marzo de 2019

Dedicatoria

Esta tesis se la dedicamos a Dios primeramente por su respaldo y acompañamiento en este proceso, por darnos las fuerzas y ensañarnos a insistir, persistir, resistir y nunca desistir ante las adversidades, motivándonos a enfrentar la vida sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento, para poder alcanzar la meta anhelada.

A nuestras familias por hacer de nosotras las personas que hoy en día somos.

A nuestros padres por su apoyo, acompañamiento, respaldo, amor y dedicación en cada momento de nuestras vidas y por ayudarnos con los recursos necesarios para estudiar. Por inculcarnos valores y principios y forjar nuestras personalidades y nuestro coraje para conseguir los objetivos que nos propongamos en la vida.

A nuestra tutora de investigación Kelly Romero por su constante acompañamiento y entereza para enseñarnos la magia de la investigación y la satisfacción de un logro obtenido por mérito propio.

*“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”. **Thomas Chalmers***

Agradecimientos

Queremos agradecer primeramente a Dios por concedernos la sabiduría, e inteligencia y guiarnos en el camino para lograr culminar con éxito, del mismo modo agradecemos a nuestra tutora Kelly Romero, por darnos la oportunidad de contribuir en esta investigación.

A nuestros esposos, Julio Cesar Rodríguez Ariza y Eduardo Luis Pacheco Zurita, por su apoyo incondicional, amor y confianza gracias por impulsarnos a seguir adelante, para lograr este gran objetivo como lo es nuestra realización profesional.

A nuestro amigo el licenciado, Rogelio Couvillier Ybarra, por su acompañamiento y apoyo a través de la distancia, porque siempre tiende su mano amiga, para ayudarnos en cualquier duda, sin importar la hora o el día.

A nuestra amiga Ethiel Carolina Arias Martínez, por su acompañamiento y constancia en este proceso porque con su sonrisa y carisma hizo que los momentos de dificultad fueran más llevaderos.

Finalmente queremos agradecer a todas esas personas, estudiantes y administrativo de nuestra amada institución la Corporación Universitaria del Caribe CECAR, por participar de manera gentil y voluntaria en esta investigación al momento de la aplicación de los instrumentos.

Tabla de contenido

	Pág.
Resumen	9
Abstract	10
Introducción	11
1. Planteamiento del Problema	16
1.1 Descripción del problema	16
1.2 Formulación del problema	22
2. Justificación	24
3. Objetivos.....	27
3.1 Objetivo General.....	27
3.2 Objetivos Específicos.....	27
4. Marcos de referencia	28
4.1 Marco de antecedentes	28
4.2 Marco Teórico	35
4.2.1 Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)	35
4.2.2 Adaptación de pruebas psicológicas	43
5. Metodología	44
5.1 Enfoque metodológico y diseño de la Investigación	44
5.2 Hipótesis de investigación.....	44
5.3 Población y muestra.....	45
5.4 Procedimiento metodológico.....	45
5.5 Instrumentos	50
5.5.1 The Beck Depression Inventory (BDI-II). Beck, AT, Steer, RA, y Brown, GK (1996)	50
5.5.2 Versión Corta de la Escala de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS)	51
6. Resultados.....	52

6.1 Características Sociodemográficas de la Muestra	52
6.2 Características representativas de los géneros de la muestra	52
6.3 Rango de edades de la muestra.....	53
6.4 Análisis de Fiabilidad de los Instrumentos	55
6.5 Correlación entre las escalas	55
6.6 Medias de los instrumentos	56
6.7 Componentes de las Variables	57
7. Discusión	58
Conclusiones.....	61
Referencias Bibliográficas.....	62
Anexos.....	70

Lista de Tablas

Pág.

Tabla 1. Recomendaciones de puntos de corte del BDI-II.....	39
Tabla 2. Enfoque metodológico y diseño de la investigación	44
Tabla 3. Cuadro de operacionalización de variables.....	47
Tabla 4. Cuadro de categoría.	50
Tabla 5. Estratificación de la muestra.	52
Tabla 6. Características sociodemográficas de la muestra.	52
Tabla 7. Rango de edades.....	53
Tabla 8. Estadística de fiabilidad.....	55
Tabla 9. Correlación.....	55
Tabla 10. Media de la puntuación de los instrumentos en la muestra.	56
Tabla 11. Componentes principales de confirmación.	57

Resumen

El presente proyecto de investigación tiene como finalidad validar el Inventario de Depresión de Beck (*BDI-II*) en administrativos y estudiantes de la Corporación Universitaria del Caribe CECAR de la ciudad de Sincelejo-Sucre. El BDI-II se ha distinguido por arrojar excelentes resultados en la detección de síntomas depresivos en los distintos lugares del mundo donde ha sido aplicado. Debido a que los instrumentos psicométricos de este tipo son insuficientes en Colombia, se plantea la necesidad de adquirir instrumentos de medición psicológica, con el fin de fortalecer los procesos de detección de este tipo de síntomas.

Palabras claves: Validación, inventario de depresión, validez.

Abstract

The purpose of this research project is to interpret and describe the validation of the Beck Depression Inventory (BDI-II) to administrative staff and students of the CECAR Caribbean University Corporation in the city of Sincelejo-Sucre. The BDI-II has been distinguished by excellent results in the detection of depressive symptoms in the different parts of the world where it has been applied. Because the psychometric instruments of this type are insufficient in Colombia, the need arises to acquire psychological measurement instruments, in order to strengthen the processes of detection of this type of symptoms.

Keywords: Validation, inventory of depression, validity.

Introducción

En Colombia, la Salud Mental es reconocida por el estado como una prioridad en salud pública y prueba de ello lo constituye su Inclusión en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 en la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental, así como la Expedición de la Ley nacional de Salud Mental (Ley 1616/2013).

Es en este marco de la salud pública que la última Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, deja apreciar la depresión como un problema de salud pública, situación preocupante, en especial entre la población infanto-juvenil, encontrándose, por ejemplo, que “en los adolescentes, los episodios depresivos se asocian con trastornos disociales, de la conducta alimentaria, ansiedad, por déficit de atención y relacionados con sustancias. A su vez, la consecuencia más grave de un trastorno depresivo es la tentativa de suicidio y el suicidio consumado” (Minsalud - IETS, 2017, pág. 81).

Ahondando en la problemática de la depresión como problema de salud pública en Colombia, se encuentra que para su diagnóstico los clínicos no pueden recurrir al apoyo de instrumentos que han mostrado bondades para discriminar las poblaciones afectadas, caso del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), toda vez que no se encuentran validado para Colombia. Así es advertido por el Ministerio de salud, debido que hacer uso de instrumentos psicométricos validados para el contexto sociocultural son de importancia capital, pues se trata de contar con información fiable que evite sesgos en los resultados y a partir de éste puedan desarrollarse intervenciones bien orientadas, lo que a su vez permite operar con alto margen de certeza.

La validación de instrumentos como el Beck Depresión Inventory II (BDI-II) podría otorgar valdes y confiabilidad, como se ha probado en otros países, para lo cual deberá evaluarse sus propiedades psicométricas para la población colombiana.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es uno de los test más empleados y cuenta con traducciones en castellano validadas en España para todas sus versiones, desde la original de 1961, pasando por la versión revisada de 1978 (BDI-IA), hasta la versión más reciente de 1996 o segunda edición (BDI-II). El objetivo de este instrumento es detectar la presencia de síntomas depresivos y cuantificar su gravedad (Guía Salud, 2016, pág. 56). Se trata de una herramienta autoadministrable, cuya aplicación solo lleva entre 5 a 10 minutos, dependiendo del paciente y el trastorno que pueda tener.

Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 2011 (Beck, Steer y Brown en 2011, citado por Sanz, 2013), año en que se cumplía 50 años de su primera edición en 1961, ello ubica al BDI como un herramienta con tradición entre las que detectan y miden la depresión, que goza de múltiples validaciones a nivel de países de habla hispana entre ellos Argentina (Bonicatto et al, 1998, citado por Sanz, 2013); España (Sanz y Vásquez, 1998, citado por Sanz, 2013); Chile (Brenlla & Rodríguez, 2009, citado por Sanz, 2013).

Es en este marco que se plantea el propósito de la presente investigación concerniente a lograr la validación lingüística del Beck Depression Inventory II a partir de una muestra conformada por estudiantes y administrativo de la Corporación Universitaria del Caribe – CECAR–, como una herramienta útil y validada para la detección de la depresión. Anima a este propósito el hecho de que se trata de un instrumento que se ha caracterizado por arrojar excelentes resultados en la detección de dicha patología en los distintos rincones del mundo donde se ha aplicado.

Debe decirse igualmente, que dentro de las escalas que permiten la medición de la depresión en personas adultas se puede destacar la escala de Zung (1965), Hamilton (1967) y (Goldberg, Bridges, Duncan y Greyson, 1988) la escala de Beck, Beck Depression Inventory (en sus siglas en inglés BDI), fue publicada por primera vez en 1961, luego, como ya se anotaba antes, se publicaron dos versiones una en 1979, BDI-IA y la otra en 1996. Esta última versión es

el BDI-se tradujo al idioma castellano en el año 1975, es una de las escalas más utilizadas para medir sintomatología depresiva (Moral, 2013, p.43).

En específico el BDI-II es un auto informe que evalúa la intensidad de los síntomas depresivos, y está compuesto por 21 ítems politómicos los cuales muestran cuatro alternativas de respuesta las cuales se encuentran establecidas de acuerdo a unos síntomas que se estratifican de menor a mayor compromiso (Estrada, Delgado, Landero, & González, 2014)

Ahora bien, basándose en estudios de (Chahín, , 2014), es muy importante tener en cuenta que para la adaptación de un test psicológico no sólo se debe tener en cuenta la traducción de la prueba de un idioma a otro, sino que es necesario tener presente las variables y factores que conforman el test, igualmente, es significativo saber que en el proceso de adaptación de un test las diferencias lingüísticas y culturales existentes entre un país y otro, las cuales deben ser tenidas en cuenta al momento de realizar un proceso como este, por lo que el lenguaje de los test debe ser claro en cada país de acuerdo a su contexto cultural, así mismo debe ser comprensible lingüísticamente y de fácil entendimiento (pp. 1-8). Según Chahin (2014), “es de suma importancia saber que un test psicológico si es desarrollado en una cultura y es aplicado en otra cultura su fiabilidad y validez no puede ser asumidas a priori por lo que este debe ser demostrado de manera empírica, y aun si las propiedades psicométricas para cada versión sean excelentes esto no es del todo suficiente para que se puedan realizar comparaciones” (pp. 13-18).

Se presentan dos traducciones del test BDI-II al idioma español, una de las traducciones se encuentra adecuada junto al mismo manual del BDI-II esta traducción ha sido estudiada en población latina radicada en Estados Unidos, mientras que, por otra parte, en España se realizó otra traducción que evalúa las propiedades psicométricas. Para los dos estudios en mención se comprueba la confiabilidad en cuanto al aspecto transcultural de esta herramienta y las bondades que tiene para la diferenciar adecuadamente los síntomas depresivos (Melipillan, Cova, Rincón, y Valdivia, 2008, pp.7).

La validez de una prueba psicométrica va relacionada con lo que mide y lo bien que lo puede hacer, con la precisión que pueda realizar una medida apropiada mediante ella, así mismo se sugiere que el valor de una herramienta de medición psicológica reside en la capacidad para expresar su beneficio en el campo clínico, la temporalidad de la eficacia de un instrumento obedece a la estimación cuantitativa o cualitativa de la prueba Citado en (Camacho 2008, p.24).

Por otra parte, para Redondo (2015) los resultados que suelen arrojar los test por costumbre suelen generar un gran impacto en la vida de cada persona a la cual es aplicado el test, por lo que es de mucha importancia estudiar las propiedades psicométricas del que se aspira utilizar, por esto es de suma importancia ya que por su interpretación se puede llegar a la toma de decisiones sobre su posible diagnóstico, planificación e intervenciones clínicas (p.2).

En la teoría de la depresión de Beck se fundamenta en un modelo de inseguridad al estrés en los que se activan los esquemas de pensamientos distorsionados que atribuyen a la forma negativa en la que el sujeto observa, recopila y aclara la información sobre el mismo sujeto, sobre el mundo y el futuro, lo que le da un inicio y mantiene los síntomas depresivos. Es justo en ese momento que nace el inventario de depresión de Beck este para detectar la presencia de síntomas depresivos y el riesgo tanto en adolescentes como en adultos (Beltrán, Freyre & Guzmán, 2011).

Por consiguiente, la terapia cognitiva de la depresión expone que los esquemas se manifestaran en la conciencia del sujeto esto a la interpretaciones puntuales y precisas de todas las situaciones por las que el sujeto atraviesa, a estas interpretaciones Beck las denomina pensamientos automáticos, la manifestación de los esquemas y pensamientos automáticos dependerá de algunas maneras distorsionadas al procesar toda la información (Rivadeneira, Dahab & Minici, 2013). Esta teoría cognitiva de Beck según plantea Sanz (1992) asemeja las dimensiones de la personalidad como un factor de inseguridad o propensión a los trastornos emocionales, los esquemas contienen cualidades y dogmas que involucran una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y una alta sumisión social a la hora de juzgar la

propia valía. Las representaciones autónomas donde incluyen cualidades que priman la autonomía, la liberación de acción, reserva y la autodeterminación (p. 32).

Realizar la adaptación del Test Beck Depression Inventory BDI-II desde contextos tan distintos como son Colombia y España, requiere no pasar por desapercibido algunos aspectos previos, es importante tener en cuenta que adaptar un test involucra una traducción de un idioma a otro, por lo que esto va más allá de un estricto trabajo de traducción, lo que implica el estudio de las diferencias culturales y de igual forma las diversidades lingüísticas de su cultura original y al idioma al cual se espera adaptar el instrumento (Chahin, Lorenzo, & Vigil, 2011, p.981).

Con todo lo anteriormente planteado el presente trabajo de investigación tuvo como principal propósito la validación del instrumento Beck Depression Inventory (BDI-II) en estudiantes y administrativos de la Corporación Universitaria Del Caribe-Cecar, cuyo objetivo fue obtener resultados coherentes para que de esta manera la información obtenida fuese de utilidad a toda la población estudiantil y administrativa de la universidad. Una de las principales ventajas de este trabajo de investigación es que le ofrece a la universidad un aporte investigativo y de igual manera se generen nuevas investigaciones referentes a la depresión, por lo que este le sirve como antecedente e insumo y les brinda aportes de manera incitantes, por otro lado este facilita un abordaje terapéutico muy oportuno a las necesidades en concreto que tienen los pacientes depresivos, por lo que le permite al paciente de igual forma estar al corriente del grado de severidad de depresión que tiene y la evolución que pueda efectuar en una posible terapia.

1. Planteamiento del Problema

1.1.Descripción del problema

En este acápite se analiza la problemática de subvalorar o sobrevalorar un diagnóstico clínico a partir del uso de instrumentos psicométricos no validados en el contexto sociocultural de la población que pretende tratar, en particular para el caso de trastornos como la depresión. Si bien el clínico se afirma en más de una fuente de información diagnóstica, por lo general recurre a los resultados de las escalas como baremos de línea base o seguimiento al tratamiento. De modo que para comprender la envergadura del problema se describirá las repercusiones de la depresión como trastorno mental para Colombia, acercamiento situacional que debe llevar a comprender las implicaciones del uso de escalas no validadas en la *delimitación* y *aislamiento* de la depresión para un estadio determinado del paciente, en términos de niveles de afectación y su significado para la calidad de vida de los afectados en función del tratamiento.

Antes deberá decirse que la depresión es un trastorno mental caracterizado por la presencia de síntomas de carácter afectivos *a un nivel considerado patológico* (tristeza, poco interés por actividades placenteras), aunque también pueden presentarse síntomas cognoscitivos, somáticos y psicomotores. Dentro de esta definición debe anotarse como particularidad del trastorno, su *tendencia episódica y recurrente*(Gómez, Uribe, & Alzate, 2008), tanto, que se reporta una recurrencia en 50% de los paciente durante los primeros 10 años, volviéndose crónica en el 30% de los casos y siendo el riesgo por complicación la muerte por suicidio (Judd, 1998; American Psychiatric Association, 2002; citados por Minsalud - Colciencias, 2013). Se estima que cada año se suicidan 800.000 personas en todo el mundo y el grupo de edad más afectado es el de las personas entre 15 y 29 años (Minsalud, 2017, pág. 2). En Colombia se ha calculado para el suicidio una tasa de 2 a 4 por cada 100.000 habitantes en ambos sexos; los hombres mayores de 60 años y las mujeres entre 15 y 24 años son los más vulnerables(Minsalud - Colciencias, 2013, pág. 89), siendo uno de los factores precipitantes, “los trastornos

psicopatológicos como la depresión” (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2013, pág. 159).

Ahora bien, en el mundo se calcula que la depresión afecta a cerca de 300 millones de personas (OMS, 2018), y para el 2020 ocupará el segundo lugar de morbilidad a nivel del orbe (Minsalud - Colciencias, 2013, pág. 42); De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), a pesar de contarse en la actualidad con tratamientos eficaces una cifra mayor al 50% de afectados encuentra barreras para el tratamiento, cifra que llega incluso al 90% en algunos países. Una de las barreras identificadas es la evaluación errónea que conlleva a diagnósticos incorrectos.

En el caso particular de Colombia, según la última Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), realizada en el 2015, a una muestra representativa regional y nacional que incluyó 15.351 personas de 13.200 hogares urbanos y rurales se reporta que “la depresión es uno de los cinco factores principales asociados con ausencia del trabajo y productividad perdida (pág. 53). También se señala que cerca de un 40% de personas cuidadoras de personas con demencia tienen depresión o ansiedad clínicamente significativas (pág. 90); así mismo la ENSM reportó datos de afectación de la población colombiana por depresión, según género y etariedad, discriminados de la siguiente manera:

En los adolescentes se encontró la mayor prevalencia de síntomas de depresión con 15,8%. La población de 18 a 44 años tuvo la prevalencia más baja de síntomas de depresión (4.2%) y las mujeres están más afectadas. En el grupo de personas de 45 años y más, el tamizaje mostró que el 10,6% de las mujeres y el 6,2% de los hombres presentaron siete o más síntomas de depresión (Minsalud, 2017, pág. 8).

De acuerdo con el Ministerio de Salud colombiano, “ante la magnitud de la carga de enfermedad ocasionada por los trastornos depresivos, la falta de un diagnóstico oportuno y de un tratamiento adecuado genera un impacto importante en la economía del país” (pág. 43).

Pese a la gravedad de la patología y sus implicaciones en la calidad de vida de los pacientes, en Colombia el seguimiento a los afectados es netamente de tipo clínico a partir de la evaluación de los síntomas y según impedimento funcional del paciente, dejando la valoración a criterios del profesional. Esto debido a la escasa validación de escalas psicométricas para el contexto del país, situación con la que es consecuente la entidad a cargo de velar por la salud de los colombianos, al señalar: “En Colombia no se recomienda la utilización de escalas para evaluar a los pacientes adultos con diagnóstico de depresión durante el seguimiento de su tratamiento (debido a que no existen escalas validadas para seguimiento)”(Minsalud - Colciencias, 2013, pág. 74).En un documento reciente Min salud anota que “existe una traducción al castellano [de la Escala de depresión de Beck-II], pero no ha sido validada” (Minsalud - IETS, 2017, pág. 104).

De modo que, en ausencia de escalas validadas, el clínico tendrá que basarse en su práctica y en parámetros que para el diagnóstico de la depresión toma en cuenta un conjunto de signos y síntomas que se recogen como criterios para su diferenciación a través de la décima versión de la *Clasificación de Enfermedades Mentales* (CIE-10) y de la quinta versión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría, sistemas a cargo de clasificar, caracterizar, describir severidad y curso que toma el trastorno basados en evidencia científica.

Luego, seguir el curso del trastorno implica conocer que el diagnóstico de un episodio depresivo se basará en la persistencia de los síntomas para un lapso de dos semanas, y de acuerdo con el número de síntomas se sabrá si tal episodio ha sido leve, moderado o grave, esto según CIE-10(OMS, 1992), siendo así, tales niveles serán indicadores para la toma de decisiones frente a la patología y su pronóstico como responsabilidad del clínico profesional tratante.

Pero al margen de las guías diagnósticas y los criterios diferenciales dados por las clasificaciones internacionales de enfermedades, una proporción importante de la consulta de población colombiana por trastornos mentales, está referida a la depresión. En efecto, el Sistema

Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) reporta que las atenciones por depresión se han incrementado desde el año 2009, situándose para el 2015 en 36.584 atenciones para depresión moderada, 8.385 en depresión grave sin síntomas psicóticos, y 3.131 diagnósticos por depresión grave con síntomas psicóticos (Minsalud, 2017, pág. 3), para un total de 48.100 diagnósticos de depresión de quienes recurren y superan las barreras para acceder a tratamientos de salud mental. Por su parte, del total de consulta en referencia, se puede indicar que “la mayor proporción de personas atendidas por depresión moderada o severa correspondió a mujeres. En 2015, por ejemplo, el 70,4% de las personas atendidas con diagnóstico de depresión moderada (CIE10:F321) fue de mujeres, mientras que el 29,6% fue de hombres” (pág. 3).

En concordancia con estos datos generales, sobre depresión, para discriminar o tamizar de forma acertada y válida, quiénes de esta población podrían desarrollar trastornos del estado de ánimo, los clínicos usan diversos instrumentos para valorar la depresión, entre estas, la Escala de depresión de Hamilton, escala de Zulliger, pero sin duda, la de uso más extendió es el Inventario de Depresión de Beck en sus diversas versiones. Y es aquí, donde surgen preguntas inquietantes respecto de los instrumentos ¿la tamización (discriminación) de la intensidad de la depresión podría detectar el avance o retroceso del tratamiento, y ayudar al clínico para reorientarlo?, ¿son eficaces los instrumentos de tamización para identificar la intensidad de la depresión y el riesgo de suicidio? Considerando las subjetividades que sobre la idea de la salud poseen las diversas culturas ¿es válido emplearlos en una población para la cual no fue originalmente desarrollado?

Antes de tratar de responder, se está de acuerdo en que para el ámbito de la psicometría, “una tamización es un proceso que permite seleccionar a aquellas personas que tienen un alto riesgo de una enfermedad o condición clínica” (Minsalud - IETS, 2017, pág. 244), y procede cuando esa condición clínica, para este caso la depresión, tiene elevada morbilidad o mortalidad; se conoce que tiene tratamiento eficaz; tiene una prevalencia de media a alta; y su detección temprana es crítica para superar el cuadro clínico. Una anotación importante a tomar en cuenta es que se definen dos métodos de tamizaje igualmente aceptados:

Se diferencian dos métodos de tamización: el universal, en el que el test se utiliza en toda la población sin tener en cuenta la presencia de factores de riesgo o síntomas, y el selectivo en el que se aplica únicamente en aquellos pacientes con determinados factores de riesgo o una serie de síntomas o signos particulares (Minsalud - IETS, 2017, pág. 244).

Ahora, volviendo a las preguntas y buscando responderlas específicamente para el Inventario de Depresión de Beck II, debe anotarse que, de acuerdo al interés investigativo, los instrumentos clasifican como discriminativos o evaluativos. Los discriminativos serán los que distinguen entre personas sin enfermedad o con enfermedad y sus niveles, lo que demandaría alta confiabilidad; por su parte los instrumentos evaluativos serán aquellos sensibles al cambio, con capacidad para hacer notar variaciones importantes (Terwee, Bot, De Boer, Van der Windt, & Knol, 2007, pág. 36), luego las propiedades discriminativas de un instrumento tamizan la intensidad de una condición clínica y las evaluativas su mejora o desmejora ante una intervención o evolución natural del padecimiento.

De modo que, el poder discriminatorio del Inventario de Depresión de Beck II publicado en 1996, en su versión para el castellano, puede apreciarse a partir de una adaptación para población española (Beck, Steer y Brown, 2011), en el marco de la cual fue sometido a un examen de sus propiedades psicométricas (Sanz, Perdigón, & Vásquez, 2003), analizándose qué tan fiable es su consistencia interior, cómo se encuentra su validez convergente y así mismo su validez para discriminar, de modo que se buscó determinar dos tipos de validez (factorial y de criterio) en tres muestras conformada por 712 personas que padecían psicopatologías; también se intervino a dos muestras conformada por 569 personas adultas pertenecientes a población no clínica; el estudio se completó además con la participación de 727 alumnos de universidades, dando como resultados, el coeficiente de Cronbach para determinar la fiabilidad (.90) significativo para los participantes con trastornos psicológicos; por su parte la población participante no clínica obtuvo (.87); mientras que los alumnos de universidades (.89) también dieron resultados significativos (Prieto y Muñiz, 2000 citado por Sanz, Perdigón, & Vásquez, 2003, pág. 164).

Se pudo determinar que la validez de criterio, orientada a distinguir contrastación entre los grupos, sencontró significancia en la media de los puntos totales del BDI-II, esto es, entre la muestra trastornada en lo psicológico, encontrándose diferencia significativa frente a la muestra no clínica conformada por alumnos de universidades y de población común voluntaria que participó del estudio (Beck et al., 2011). En efecto, la diferencia encontrada fue cercana al doble entre dos grupos (clínico y de control), en específico las diferencias medias estándar (d de Cohen) fueron de 1.07 y 1.21 para los dos grupos referenciados, indicando una gran diferencia ($d > 0.80$ (Cohen, 1988 citado por Sanz, Perdigón, & Vásquez, 2003, pág. 164).

En referencia a la validez tipo diagnóstica, si se analiza la curva de ROC, o sea, las características operativas del receptor, se encuentra que el BDI-II muestra un $ROC = .83$, que puede considerarse adecuado (> 0.70 ; Swets, 1988) para identificar problemas como la depresión mayor, teniendo fuerza discriminatoria ante un trastorno mental que no sea ocasionado por una depresión (Beck et al., 2011 citado por Sanz, Perdigón, & Vásquez, 2003, pág. 164).

Por su parte, al analizarse la muestra de estudiantes, se encontró un $ROC = .91$ alto (> 0.90 ; Swets, 1988), con una gran capacidad discriminatoria entre grupos de alumno con algún incidente de depresión mayor y grupos de estudiantes que no presentan ningún episodio de depresión y quienes han sido sometidos a evaluación mediante entrevista de diagnóstico (Sanz, Perdigón, & Vásquez, 2003, pág. 165).

De modo que los análisis descritos anteriormente, posibilitaron la ubicación de distintos puntos de corte del BDI-II, los cuales contienen validez de diagnóstico, dado sus índices, lo que permite fiabilidad para identificar potenciales pacientes con padecimiento de depresión.

Otro asunto en referencia a las preguntas anteriormente planteadas están referidas a la necesaria equivalencia conceptual y semántica, que debe ser comparable al IBC-II original, aspecto en el que entra a jugar un papel importante la cultura y las ideas subjetivas de los nativos acerca de la forma de asumir la salud y la enfermedad, aspecto que demandan una revisión

cuidadosa de los significados designados por el idioma de origen para la adecuada definición de las categorías que entran a revisarse para su adaptación cultural, asunto de capital importancia si se acepta que la depresión adopta diversas formas en función de características sociales y culturales. No en vano una de las particularidades del Inventario de Depresión de Beck es que su autor lo construye a partir del “sentir” de sus pacientes, de modo que si la cultura influye en cómo un miembro de esa cultura sufre los síntomas, debe atenderse a tales peculiaridades al momento de atender la suma de ítems que llevan a conformar las categorías del constructo global de la depresión.

De modo que, el Inventario de Beck en sus diversas versiones, ha sido adaptado y validado para la cultura imperante de varios países, por cuenta de sus características:

Calidad psicométrica, facilidad y rapidez en su aplicación y justeza en la identificación de síntomas depresivos según criterios del DSM-IV, se trata de una prueba que sirve al psicólogo, al psiquiatra y al neurólogo para discriminar los posibles casos de depresión (Brenlla & Rodríguez, Adaptación argentina del inventario de depresión de Beck-II (BDI-II), 2009, pág. 11).

Bajo tales premisas, no deja de sorprender que Colombia, un país con niveles de depresión que la convierte en una dificultad relacionada con la salud pública, por su impacto en la vida del paciente, la familia y la comunidad (Minsalud, 2017, pág. 2), no cuente con la validación de la prueba BDI-I

1.2. Formulación del problema

Teniendo en cuenta que en Colombia se padece la depresión como problema de salud pública, con tendencia al aumento, y al mismo tiempo no disponer de instrumentos que ayuden al clínico al obtener un diagnóstico que discrimine los niveles de afectación y su seguimiento, surge la siguiente pregunta problema:

¿Qué validez y confiabilidad tienen los resultados de validación lingüística y psicométrica del Inventario de Depresión de Beck II, (BDI-II) aplicado a una muestra de administrativos y estudiantes de la Corporación Universitaria del Caribe –CECAR–?

2. Justificación

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), Colombia tiene una prevalencia de trastornos depresivos que alcanza al 4.7% de la población del país, lo que equivale a 2.177.280 casos (personas), calcula la OMS que el porcentaje total de años vividos con discapacidad es del 9.4%(OMS, 2017, pág. 18), la situación se agrava a partir de la información que reporta la más reciente Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), al señalar que solo el 38,5% de los adultos entre 18 y 44 años que solicitaron algún tipo de atención en salud mental la recibieron.

Tan importante como atender la depresión es su evaluación y cribado, siendo este un punto que aún genera tensiones, porque si bien CIE y DSM ofrecen criterios diagnósticos, éstos se usan para orientar el juicio clínico, de modo que desde la práctica clínica, se recomienda ampliar el abanico de fuentes de evaluación, debido a que el trastorno puede cambiar su desarrollo, curso y gravedad, además son varias las áreas a tomar en cuenta para una evaluación de la depresión(Guia Salud, 2016):

- Episodio: duración, número e intensidad de los síntomas, comorbilidad
- Evaluación psicosocial
- Grado de disfunción y/o discapacidad asociados
- Respuesta previa al tratamiento
- Riesgo de suicidio

La valoración del riesgo de suicidio es capital, debido a que se encuentra altamente asociado con la depresión. En ello puede ayudar la gran diversidad de instrumentos psicométricos diseñados para evaluar el riesgo de suicidio, empero el uso de escalas no está generalizado en la práctica clínica, además algunos carecen de la adaptación y validación al castellano (Minsalud - IETS, 2017, pág. 99).

Aunque existen diferentes estudios que han puesto de manifiesto que en la práctica clínica no se emplean escalas de forma sistemática (Foly, 1999 citado por Amores, 2003), existe un creciente consenso sobre la pertinencia de su incorporación en la práctica clínica sobre todo para monitorizar la respuesta al tratamiento y la evolución de la depresión:

En la actualidad dentro del campo de la salud mental en nuestra sociedad, es necesario darle mucha importancia a la aplicación de instrumentos encaminados a la evaluación de los signos clínicos de alteraciones psicológicas como lo es el Beck Depression Inventory (BDI-II). Este instrumento permite revelar y evaluar el nivel de la depresión (Sanz, Gutiérrez, Gesteira, & García, 2014, pág. 5).

En el mismo sentido se pronuncia la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), la cual reconoce la importancia de las escalas como instrumentos para establecer una línea base que permite posteriormente monitorear el curso del trastorno desde el sentir de los pacientes.

(...) las escalas de gravedad específicas de los diagnósticos proporcionan una clasificación cuantitativa de importantes áreas clínicas que están diseñadas para ser utilizadas en la primera evaluación y establecer así la situación inicial que permita su comparación con clasificaciones, para hacer un seguimiento en visitas posteriores y fundamentar la planificación del tratamiento (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 65).

En este marco de ideas, otras de las tensiones a afrontar, es el contexto para el cual se valida un instrumento, en tanto connota categorías de estudio que pueden tomar una significación distinta para una población en particular. Aun así, “la mayoría de los instrumentos de evaluación han sido desarrollados para usarlos en determinados contextos o en grupos específicos. Estos instrumentos, idealmente, deberían ser utilizados solamente para el contexto o categorías diagnósticas para los que fueron creados” (Burns, 2002 citado por Amores, 2003), o en su

defecto ser validados para las poblaciones a estudiar, no hacerlo conlleva a sesgos en cuanto no valida aquello con lo que correlaciona (Guilford, 1946, citado por Elosua, 2003, pág. 315).

La implementación de este tipo de evaluación es fundamental para fomentar la promoción y prevención de este trastorno en edades tempranas, a fin de tratar el cuadro de forma oportuna y tratar así de evitar la evolución a otros trastornos más complejos en la vida adulta.

Es en esta medida que se hace cada vez más necesario contar con instrumentos de medición en el ámbito de la salud y especialmente en el área clínica y de la investigación. No obstante, como lo reconoce el mismo Ministerio de Salud y Protección Social, en Colombia no existen las suficientes pruebas psicológicas que ayuden al proceso de evaluación diagnóstica de la depresión para baremar niveles del trastorno, por lo que es sentida la necesidad de contar con instrumentos que puedan discriminar grupos clínicos, algunos tan sensibles y confiables que llegan a distinguir entre población afectada y no afectada por depresión. Pero llegar a este punto ha significado toda una evolución de la validez en términos de interpretación, respecto de la *validez* se ha dicho: La forma cómo ha evolucionado su acepción, desde cuando se originó a partir de la práctica clínica y operativa, adquiriendo una construcción más elaborada y compleja a través de la historia, deja apreciar que su sapiencia ha ido en aumento progresivo, y por tanto se reviste de nuevos constructos que se suman, siendo posible que hoy sea posible para el clínico una ayuda que le permite encontrar entre lo convergente, discriminación entre grupos y niveles de afectación, qué factores mide y la forma de hacer seguimiento al tratamiento (Messick, 1980 citado por (Elosua, 2003, pág. 315).

Tal concepción acerca de cómo ha evolucionado la validez y exigencias psicométricas de un instrumento, obliga a que los hallazgos en cualquier área del conocimiento deben ser producto del rigor, alejados de todo supuesto.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Validar el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), en administrativos y estudiantes de la Corporación Universitaria del Caribe –CECAR–.

3.2. Objetivos Específicos

- Adaptar culturalmente el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).
- Estimar la confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

4. Marcos de referencia

4.1. Marco de antecedentes

Se encontró a nivel internacional una serie de investigaciones que toman como referente el estudio del instrumento *Beck Depression Inventory (BDI-II)*, desarrolladas en diferentes países, entre éstos España, Argentina, México y Estados Unidos, en éste último con población de habla hispana, en específico, población colombiana, tales estudios se exponen de manera sucinta a continuación:

En *España*, se encuentra el trabajo de “*Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general*” (Sanz, Perdigón, & Vásquez, 2003), estudio que presenta una validación de la fiabilidad y validez a partir de una muestra de 470 estudiantes españoles procedentes de población heterogénea en los aspectos de edad, estado civil, nivel de estudios y profesión, quienes fueron seleccionados mediante la técnica de bola de nieve. Una vez practicados los cálculos, se determinó una fiabilidad en coeficiente alfa de 0,87; a su vez, el análisis factorial determinó que el test logra medir un dimensionamiento global o general de la depresión, a su vez conformada por dos factores: uno de carácter cognitivo y otro de carácter somático. Para encontrar las propiedades del test a nivel psicométrico además de la fiabilidad, se determinó la validez (de contenido, criterio, factorial) y normas. Se encontraron diferencias significativas para las variables edad, nivel de escolaridad y estado civil, de modo que las personas más propensas a padecer depresión están referidas a mayores de 60 años, las personas con menos escolaridad y entre viudos y separados. También se determinó que la fiabilidad en cuanto a consistencia interna fue similar a la encontrada en las adaptaciones para otros países; proponen un punto de corte de 9 como criterio para valorar curso de tratamientos, así mismo corroboran el valor del BDI-II para determinar la intensidad de la afectación. Concluye el estudio adaptativo que se trata de un buen instrumento para detectar trastornos depresivos en población española.

En *Argentina*, se realizó la “Adaptación argentina del inventario de depresión de BECK-II (BDI-II), (Brenlla & Rodríguez, Adaptación argentina del inventario de depresión de Beck-II (BDI-II), 2009), quienes partiendo de una adaptación lingüística cultural del BDI-II siguiendo los pasos sugeridos en la teoría (selección de traductores, traducción al idioma español argentino, y la revisión de los contenidos de las traducciones al idioma materno y original). Una segunda fase inquirió la administración del test a una muestra piloto compuesta de 75 personas voluntarias de población general, a fin de comprobar comprensión y adaptación a la lengua local, en la selección de los participantes se tuvo en cuenta proporcionalidad participativa en cuanto a sexo, y niveles de estudios diversos y un rango etario entre los 18 a 65 años. En una tercera fase se llevó a cabo el estudio psicométrico del inventario para lo cual se recurre a una muestra representativa de la que participaron pacientes clínicos (325), población general (472) y estudiantes universitarios (248). La prueba de confiabilidad determinó un coeficiente alfa de 0,88 para los pacientes y de 0,86 para los sujetos no clínicos. Se encontró correlación en todas las variables del test para pacientes clínicos en un rango de 0,19 (agitación) a 0,61 (pesimismo); a su vez, el grupo de comparación presentó un rango de 0,25 (pensamiento suicida), a 0,55 referido a desvalorización. En la determinación de la estabilidad de la prueba, la correlación entre test y retest fue positiva y significativa, mientras que en población general también fu significativa. Por su parte la validez convergente se encontró correlación con la Escala de Depresión de MMPI-II ($r=0,58$, $p < 0,01$) y con la escala de Depresión de la SCL-90-R; con ésta último también se encontró validez discriminante de 0,63 ($p < 0,001$), hallazgos en consonancia con los hallados por BECK. Así mismo en cuanto a validez factorial se encontró que en el BDI-II subyacen dos dimensiones la afectiva-cognitiva y la somática, con resultados significativos tanto en población clínica como general (Brenlla & Rodríguez, Adaptación argentina del inventario de depresión de Beck-II (BDI-II), 2009).

En *México*, se analizan las “*Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios*” (Estrada, Delgado, Landero, & González, 2015), participante 474 estudiantes y 479 personas de población general, a partir de un muestreo no probabilístico incidental, lográndose determinar un

alfa de Cronbach 0.901 para la totalidad de participantes; la consistencia interna fue de 0.85 en lo concerniente al factor de carácter cognitivo-afectivo; así como de 0.78 en el factor de carácter somático-motivacional, determinándose también un el factor general de $\alpha = 0.9$. Son resultados coincidentes con los realizados para España por Sanz, Perdígón y Vázquez (2003) y por tanto la adaptación española se concibe como válida para medir la depresión en población mexicana (Estrada, Delgado, Landero, & González, 2015).

En *Estados Unidos*, se determinan las “*Características Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II, Versión en Español, en una muestra de Colombianos en USA*” (Carmody & Lega, 2004), autores que persiguen dos objetivos: 1) determinar si los colombianos presentan síntomas de presión coincidentes con los del grupo estandarizado del BDI-II; 2) determinar si el modelo más adecua para BDI-II es el de dos o tres factores. Se trató de un estudio avalado por las Instituciones Educativas participantes. Para ello trabajó una muestra de 300 personas voluntarias, procedentes de Colombia, con edades entre los 18 y 89 años (media de 36.6 años) quienes llevaban 8.6 años viviendo en USA. De esta muestra el 95% tenía bachillerato completo, y el 51% con estudios universitarios completos. Estas personas llenaron el autoreporte en lugares como centros comerciales, instituciones educativas, iglesias y centros comunitarios de Nueva York y el área metropolitana de New Jersey. El instrumento empleado fue el Inventario de Depresión de Beck-II suministrado por Psychological Corporation. Dentro de las variables sociodemográficas la población objeto entrega información anónima sobre lugar de Colombia en que nacieron, la edad, y eligiendo entre los 21 ítems del cuestionario las características vivenciadas en las últimas dos semanas. Se empleó el Análisis Factorial Confirmatorio –CFI– (AMOS; Arbuckle & Wothke, 1999; Cole, 1987) para determinar qué tan bien los datos de la muestra colombiana eran descritos por los distintos Modelos de Factores del BDI-II, siendo probados los Modelos de Un Factor, Modelo de Dos Factores y Modelo de Tres Factores, comparados con un Modelo Control (Independencia de Modelo). La comparación estadística empleó: 1) Comparativo de Ajuste; 2) Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), la cual indica que tan bien un modelo explica los datos; 3) Delta Chi-Cuadrado. Dentro de los resultados se aprecia que no hubo diferencia en los puntajes de depresión de hombres y mujeres.

Los valores de CFI para todos los modelos alternativos van desde 0.82 hasta 0.84 e indican que cada Modelo es una mejor explicación que el Modelo Independiente; el Delta Chi-Cuadrado fue 3332.3, altamente significativo ($p < 0.001$), concluyéndose que el inventario de Beck se explica mejor a partir de tres factores subyacentes (cognitivo, somático y negativismo). En este estudio se anota que “algunas investigaciones sugerían que los Latinos quizás necesitaran ítems específicos para puntuar su nivel de depresión (Azocar, et al., 2001).

Entre otras investigaciones se encuentra que Beltrán, Freyre & Hernández (2012) realizaron una investigación sobre el inventario de depresión de Beck, y su validez en una población adolescente, para esto se tomó un muestreo de bola de nieve, con una población de 173 adolescentes, con edad promedio de 16 años. La segunda muestra fue intencional y conto con 212 pacientes de un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México donde el promedio de edad de 14 años, con diagnósticos depresivos, psiquiátricos, personalidad entre otros, a quienes se les aplicó el (BDI-IA), estandarizado en población mexicana, la escala cognitiva conductual de evitación, entre otras escalas. El objetivo de este estudio fue evaluar la estructura factorial y las propiedades psicométricas del BDI-IA en adolescentes mexicanos. Participó un total de 385 adolescentes en dos muestras (comunidad general, pacientes psiquiátricos externos con y sin trastorno depresivo). Teniendo como resultado que el BDI-IA es una medida válida y confiable de los síntomas depresivos en adolescentes mexicanos de población clínica y no clínica.

Otro estudio con adolescentes fue el realizado por Contreras, Hernández, y Freyre (2015). Titulado Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes, quienes administraron el Inventario de Depresión de Beck, segunda edición; adaptado a la población de Argentina por Brenlla y Rodríguez, 2006), adaptado para adolescentes mexicanos (Hernández, 2012) a dos muestras, la inicial fue de 1123 estudiantes de educación secundaria inferior y superior de acuerdo con la clasificación internacional de la educación (Instituto de Estadística de UNESCO, 1997). Participaron 10 escuelas, nueve pertenecían al sector público y una al sector privado. La unidad de muestreo fue el grupo escolar. Las escuelas estaban distribuidas en

diversas delegaciones de la zona urbana de la Ciudad de México. La otra muestra Participaron 610 estudiantes (342 mujeres y 268 hombres) de educación secundaria inferior y superior (Instituto de Estadística de la UNESCO, 1997) matriculados en dos escuelas públicas, una secundaria inferior y una secundaria superior ubicadas en la Ciudad de México. Tomando como muestra a los maestros pertenecientes al grupo escolar de adscripción. En donde el objetivo principal fue investigar el ajuste de dos modelos factoriales en adolescentes mexicanos de una muestra general del BDI-II, comparando los modelos unidimensionales y el original de Beck (1996). Dando como resultado que a pesar de que el BDI-II ha mostrado buenas propiedades psicométricas a nivel mundial, es menester arrojar más luz sobre su validez y confiabilidad, del mismo modo arroja que se evidencia en favor de la validez de constructo del BDI-II y, por lo tanto, del planteamiento teórico de Beck et al. (1996) sobre la depresión en adolescentes mexicanos.

Así mismo Melipillán, Cova, Rincón y Valdivia (2008, trabajaron con adolescentes en su investigación titulada: “*Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos*”. Cuyo fin fue estudiar tales propiedades en la versión BDI-II(Beck, Steer& Brown, 1996) en jóvenes de origen chileno. Para esto usaron una muestra de jóvenes que piden asesoría a los servicios de salud mental, la cual se comparó con dos muestras que sirvieron de grupos de control. Así mismo, el BDI-II también tuvo alto nivel de consistencia interna ($\alpha=0,91$) y una ajustada correlación test-retest ($r=0,66$), así como la aptitud en cuanto a la capacidad para discriminar entre adolescentes asistentes a consulta por salud mental. El estudio determina que el BDI-II es adecuado como herramienta que ayuda al clínico a determinar la depresión entre la población de jóvenes chilenos.

Por otro lado, se encuentra la investigación “*Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck en universitarios de Lima*”, en la que participaron 2005 estudiantes de universidades privadas y públicas de la ciudad; hombres y mujeres, cuyas edades oscilaron entre 16 y 36 años, pertenecientes a distintos niveles socioeconómicos, de múltiples Facultades que fueron elegidos según criterio del investigador. A ellos se les pidió atender el cuestionario o

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), cuyo propósito fue determinar las características de psicometría de esta herramienta en universitarios en la ciudad de Lima. Los resultados indican que el instrumento presenta validez, consistencia interna y estabilidad del instrumento muy aceptables.

Distinto a las anteriores investigaciones se encontró un estudio que se realizó a nivel internacional llamado Evaluación y tratamiento de la sintomatología depresiva en personas sordas llevado a cabo por (Estrada, Beyebach, Delgado, &Freire ,2008). Formada por dos investigaciones, en el primero se obtuvo forma de adaptar el BDI.II para individuos que padecen de sordera, Mientras que en la segunda investigación se aplicó una terapia breve centrada en soluciones a tres pacientes con sordera profunda prelocutiva, con depresión. Los resultados demostraron la efectividad de la terapia para reducir el nivel de la patología, se pudo comprobar que el BDI-IIAS tiene bondades para evaluar depresión en personas que padecen sordera prelocutiva y que la terapia puede ser efectiva para mermarla.

El siguiente trabajo de investigación nombrado “*Fiabilidad y validez de una versión española del inventario de depresión de Beck-II en una muestra de la población general canaria*”, cuyos autores son: Ibáñez, I., Del Pino, A., Olmedo, E., &Gaos, M (2010), quienes trabajaron con una muestra de 373 adultos de un tercio fueron hombres y el resto mujeres; siendo al mismo tiempo la mitad de la muestra estudiantes y la otra mitad empleados. Cuyo objetivo era analizar qué tan fiable y válido es la versión española de Sanz del “Inventario de depresión de Beck-II” (BDI-II), Los resultados expresados a la fiabilidad por consistencia interna fue alta. Las correlaciones de Pearson con otros auto informes de depresión fueron altas, pero también fueron altas las correlaciones con auto informes de ansiedad y estrés por lo que la validación de convergencia y discriminación del BDI-II es cuestionable. Como resultado final la adaptación española del BDI-II es recomendable como un instrumento de detección de síntomas depresivos, sin embargo, es notable que el BDI-II tenga inconvenientes de validez discriminante con los instrumentos que miden ansiedad.

Otra investigación realizada por Sanz, García, Espinosa, Fortín y Vázquez (2005) llamada *“Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II) Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos”*, en la que se muestra información acerca de lo fiable y válido de adaptar a España el Inventario de Beck-II para medir depresión (Beck, Steer y Brown, 1996) para esto se empleó como muestra a un grupo de 305 personas con psicopatologías según el DSM-IV, grupo de pacientes a los que se aplicó el BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996), para llegar a los resultados que muestran al BDI-II como un instrumento en el cual subyacen categorías bifactoriales, concernientes a un componente somático-motivacional y otro referido a un componente cognitivo; tal situación concuerda con lo encontrado en investigaciones anteriores. Por lo cual se llega a la conclusión de que el BDI es un instrumento que sirve para determinar y determinar la gravedad de los síntomas depresivos en pacientes clínicos de población española.

El siguiente estudio encontrado fue el realizado por Vega, J., Coronado, O., Mazzotti, G (2014), nombrado validez de una versión en español del inventario de depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. Cuyo fin fue examinar en el Perú la validez de una versión en español del BDI, en pacientes hospitalizados de medicina general, para esto utilizaron una muestra de 136 pacientes internados en el Centro Médico Naval (Lima-Perú), aplicándoles el BDI y la sección para el diagnóstico de depresión mayor de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID). la investigación obtuvo un alfa de Cronbach de 0,889, la sensibilidad fue 87,5% y la especificidad 98,21%. Es decir, la versión en español del BDI esgrimida para esta investigación posee características psicométricas necesarias para la evaluación de depresión en pacientes hospitalizados de medicina general.

Por otra parte, Moral, llevo a cabo una investigación sobre el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) Durante este estudio se aplicó de manera individualizada el BDI-II, las escalas de estrés percibido (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983); y la escala de ansiedad-rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), introduciendo interrogantes a acerca de los credos sobre profecías que vaticinan la finalización del mundo, lo cual fue realizado para 424 personas de

Monterrey, quienes presentaron una etariedad promedio de 27 años. Esto con el objetivo de medir qué tanta consistencia interna tenía, cuál era su distribución, cuál era su estructura de factores y validez de concurrencia. En el que se evidencia los resultados que la escala demostró tener alta consistencia en lo interno, siendo la distribución de puntos totales de BDI-II positiva y asimétrica. Por lo se llegó a la conclusión de que el formato muestra grandes propiedades psicométricas de validez y consistencia además que facilita la lectura y comprensión.

Por último pero no menos importante tenemos un estudio nacional realizado por Vélez, y Santamaría, (2008).El cual lleva como título *“Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por diversas patologías médicas en la ciudad de Bucaramanga”*, cuyo objetivo de investigación consistía en la evaluación de la depresión en 82 pacientes clínicos internados por diversidad de trastornos, con edades en el rango de los 22 a 76 años, quienes fueron valorados a partir del BDI-II, pero también a través de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), se encontró que el 58.5% de los pacientes no mostró depresión, pero el 41.5% restante que sí la padecía, lo que evidencia la importancia de esta herramienta como ayuda diagnóstica para una patología que afecta a gran número de personas.

4.2. Marco Teórico

Se abordan en este aparte, las variables de interés: El *Inventario de Depresión de Beck-II* en referencia a su conceptualización y evolución hasta llegar al actual BDI-II; y la *validación* de la escala a partir de algunos de los estudios acerca de sus propiedades.

4.2.1 Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

Una conceptualización que define bien qué es el inventario de Depresión de Beck, es el señalado por la Guía de Práctica Clínica de la Depresión del gobierno Español:

Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad (Guía Salud, 2016, pág. 94).

Desde esta acepción se comprende la importancia de una escala que “mide lo que debe medir” (depresión), y por tanto distinguirse claramente de otras afectaciones por parecidas que resulten.

4.2.1.1 Antecedentes.

Un dato muy dicente, en la historia del Inventario de Depresión de Beck en su primera versión que data de 1961, es que su creador, Aaron Beck, conformó los enunciados del inventario a partir de las descripciones típicas de “aquellos síntomas que habían sido reportados con frecuencia por pacientes psiquiátricos con depresión, y sólo algunas veces por pacientes psiquiátricos no deprimidos”, de modo que desde sus orígenes el instrumento impone como principio, que los datos sean obtenidos directamente de los pacientes, y a partir de ellos teorizar y no basarse, como hacen algunos instrumentos, en determinada teoría que podría no ser válida, para crear un instrumento. Esta es una condición que sigue observando la versión del BDI-II, ajustando en lo pertinente aquellos síntomas que han perdido utilidad a través del tiempo desde la percepción de los pacientes o evidencia clínica, caso que explica sus ajustes a partir del DSM-IV (Brenlla & Rodríguez, Adaptación argentina del inventario de depresión de Beck-II (BDI-II), 2009, pág. 45).

Pero siguiendo la historia del BDI, Beck anotó de forma sistemática las descripciones de sus pacientes, y atento también a sus propias observaciones clínicas, conformó 21 ítems de aquellos *síntomas* y *aptitudes* representativos, estos ítems fueron:

Estado de ánimo	Pesimismo	Sensación de fracaso	Insatisfacción (anhedonia)	Culpa	Castigo	Disgusto consigo mismo
Acusaciones así mismo	Ideas suicidas	Llanto	Irritabilidad	Aislamiento social	Indecisión	Cambio de imagen corporal
Dificultad en el trabajo	Insomnio	Fatiga	Pérdida de apetito	Pérdida de peso	Preocupación somática	Pérdida de libido

Es al categorizar estos síntomas que se llega a la teoría de que la depresión tiene: las siguientes manifestaciones:

•conductuales	•afectivas	•cognitivas	•somáticas
---------------	------------	-------------	------------

De acuerdo a esta perspectiva teórica, las manifestaciones *afectivas* y *conductuales* son el resultado de cogniciones de carácter depresivo que se basan, a su vez, en creencias irracionales, de ahí la fuerte carga en síntomas cognitivos del inventario (Beck, Ward, Mendelson, Mocky Erbauhg1961; Beck, Steery Garbin, 1988 citados por González, 2007, pág. 200).

Si se analizan las 21 declaraciones de los pacientes, 14 categorías corresponden a síntoma de naturaleza *cognitiva* y *afectiva* y 7 a síntoma *somáticos* y *conductuales*. Para conformar el inventario, las 21 categorías de *síntomas* y *actitudes*, son listadas y ordenadas en cuatro afirmaciones que reflejan un grado creciente de profundidad de la depresión, ejemplo:

0: no me siento triste

1: me siento triste algunas veces

2: me siento triste todo el tiempo

3: me siento tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

El examinado debe marcar la alternativa más adecuada a su situación (sentir) durante las últimas dos semanas incluido el día en que realiza la prueba. En la versión original del BDI se deseaba ver la '*condición del evaluado*' en una semana, eso cambió a *dos semanas* a partir de su ajuste en concordancia con la evidencia clínica del DSM-IV para la depresión mayor (Brenlla & Rodríguez, Adaptación argentina del inventario de depresión de Beck-II (BDI-II), 2009).

De acuerdo a la alternativa seleccionada, este obtendrá una puntuación que fluctúa entre 0 y 3, que al sumarse determina la puntuación total, sumatoria que define el rango de 0 a 63 y permite determinar el grado de la depresión: leve, moderada y severo.

Esta escala DBI de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos, por tanto, las puntuaciones medias se toman como baremos de las distintas gravedades de la depresión:

- Depresión ausente o mínima: puntuación media en el BDI de 10,9 puntos
- Depresión leve: puntuación media de 18,7
- Depresión moderada: puntuación media de 25,4
- Depresión grave: puntuación media de 30 puntos

Como utilidad práctica, las puntuaciones obtenidas en cada uno de los Ítems se pueden reflejar en un perfil que permite visualizar las dimensiones más afectadas.

De acuerdo con Beck (1967), la utilidad de las medidas estandarizadas de los síntomas de depresión como expresión general, tienen utilidad porque:

- Se puede detectar una generalidad de síntomas depresivos
- Se puede obtener una medida de la gravedad del síntoma que sirve para luego evaluar la efectividad del tratamiento
- Se logra compilar datos normativos desde los cuales se puede determinar la gravedad relativa de un estado depresivo

- Es posible elaborar gráficas de grupos de síntomas que no han respondido al tratamiento (Beck, 1967).

Siendo así se comprende por qué el BDI se reconoce como uno de los instrumentos que permite evaluar la severidad de la depresión (en población diagnosticada), y para detectar la depresión (en poblaciones normales) (Brenlla & Rodríguez, Adaptación argentina del inventario de depresión de Beck-II (BDI-II), 2009, pág. 42).

4.2.1.3 Nivel de consolidación actual.

A partir de que la Asociación Americana de Psiquiatría expresara la necesidad de una nueva medición psicológica de la depresión que evaluara síntomas conforme a los criterios de DSM-IV, Beck inició en 1994 un trabajo piloto para adecuar los ítems específicos que se referían a los criterios de depresión del DSM-IV. De modo que el DBI-II se reemplazan los síntomas y actitudes referidos a: aspecto físico, pérdida de peso, preocupación somática y *dificultad para trabajar por agitación, dificultad de concentración, perdida de energía y sentimientos de inutilidad*(Guia Salud, 2016, pág. 94).

Con relación a los puntos de corte, y como quiera que la escala ha buscado adaptarse a distintos contextos, no existe un consenso al respecto, lo que conduce a que se empleen distintos puntos de corte e intervalos para definir los niveles de gravedad. Al respecto, la Asociación Psiquiátrica Americana, entre otras entidades, se han pronunciado para recomendar los puntos de corte para la corrección e interpretación del BDI-II:

Tabla 1

Recomendaciones de puntos de corte del BDI-II.

Entidad	Nivel	Ausente o mínima	Leve	Moderada	Grave
APA (2000)		0-9	10-16	17-29	30-36

BDI-II original	0-13	14-19	20-28	>29
Adaptación española	0-13	14-18	19-27	>28
NICE* 2009	0-9 (no depresión)	10-16 (subclínica)	17-29 (leve- moderada)	>30 (moderada- grave)

* Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (NICE) es una entidad pública del Reino Unido a cargo de velar por la salud pública, y por tanto orienta pautas de práctica clínica

Fuente: (Guía Salud, 2016, pág. 56).

No obstante, Beck y colaboradores, como desarrolladores del BDI-II, realizan las siguientes recomendaciones para determinar los puntos de corte:

- Tratándose de casos donde se requiera identificar *depresión mayor* con fines clínicos, se consideró más importante la sensibilidad del test que su especificidad, y en este caso el clínico se decantaría por un umbral más bajo para detectar depresión, pues de esta manera disminuye la probabilidad de falsos negativos, caso para el cual recomienda usar como puntos de corte en pacientes con diagnóstico de depresión mayor: mínimo (0-13); leve (14-19); moderado (20-28); severo (29-63).
- El uso de distintos puntos de corte para el BDI-II debe tomar en cuenta las características de únicas de la muestra, así como el propósito para el cual se está evaluando.
- Si el propósito es detectar el mayor número de personas con depresión, deberá usarse un umbral reducido para la puntuación de corte, minimizando los falsos negativos.
- Si el propósito es obtener un grupo de personas con depresión *lo más puro posible* con respecto a la sintomatología, debe elevarse la puntuación de corte para reducir el número de falsos positivos.

Además, los autores de la herramienta advierten que la puntuación total del BDI-II sólo brinda una estimación de la severidad del trastorno, y en por tanto debe estarse atentos a los ítems específicos. Por ejemplo:

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, se ha ocupado de demostrar la validez del ítem del BDI-II referido a la *conducta suicida*, para efectos de orientaciones en este ámbito de la salud pública, encontrando que:

En cuanto a la validez concurrente, este ítem ha mostrado una correlación moderada con la escala de ideación suicida de Beck ($r = 0,56$ a $0,58$) y respecto a la validez predictiva, se observó que los pacientes que puntúan 2 o más tienen un riesgo 6,9 veces mayor de suicidarse que los que obtiene puntuaciones inferiores (92) (Minsalud - IETS, 2017, pág. 101).

También debe tomarse en cuenta examinar el cuadro clínico completo de los síntomas que el paciente presenta, en cuanto el BDI-II no solo refleja síntomas cognitivos y afectivos sino también síntomas de depresión somáticos y vegetativos. Por ejemplo, podría no encontrarse síntomas suicidas en un paciente que ha dejado de comer y o dormir, es decir, además de los resultados obtenidos del BDI-II, el clínico encontrará que cada paciente despliega el trastorno depresivo de forma distinta.

Es en base a la identificación de la depresión, según el interés de la investigación, que González (2007, pág. 201), señala que la consolidación del BDI-II se enfoca en tres aspectos:

1. Permite identificar la naturaleza de los síntomas depresivos más importantes que tiene el paciente.
2. Ante puntuaciones altas (depresión moderada y media) indicativas de una depresión clínica, se debe corroborar con otros procedimientos.
3. Permite evaluar los efectos de los tratamientos, ya que la prueba puede aplicarse varias veces al mismo sujeto. De hecho, el propio Beck ilustra estudios de casos en que se utilizan aplicaciones sucesivas del BDI para evaluar los efectos de su terapia cognitiva (Beck, 1989).

El BDI-II también se consolida en países como España, donde a partir de un análisis desde la validez de contenido el BDI-II resultó ser la única herramienta con cobertura de toda la sintomatología que caracteriza al episodio depresivo mayor y el trastorno distímico según lo describe el DSM-IV, asegurándose que el instrumento recoge todos los síntomas depresivos y por tanto las puntuaciones reflejarían solo el comportamiento de la depresión (Sanz J. , 2013, pág. 163).

En la literatura se encuentra de diversidad de autores, apreciaciones acerca del BDI-II y su utilidad en el campo clínico, algunas de las cuales se consignan en adelante, porque llevan a vislumbrar la importancia de este instrumento:

Para el caso de Peñalver (2013) el instrumento creado por Aarón Beck, ha ayudado a la clínica para descubrir y evaluar el nivel de depresión, considera que se ha actualizado a la par los nuevos conocimientos que se han ido alcanzando en el campo de la depresión como patología y en tal sentido no ha perdido vigencia.

Por su parte, Santos & Muñoz (2013, p.1), el test BDI-II cumple con su objetivo principal como instrumento de medida, es estandarizado, sencillo de usar y aplicar en la práctica clínica, ayuda a interpretar con más certeza el juicio del Profesional tratante y ha sido de gran ayuda entre quienes desarrollan investigaciones en el campo específico de la depresión.

A estas apreciaciones se suma la de Redondo (2015), quien cita que el BDI-II permite determinar la severidad de depresión en la persona, lo cual es de gran valía para el clínico, por cuanto puede orientar su tratamiento y el seguimiento posterior, que además permite saber cuál es el perfil del paciente en relación con las dimensiones del test y en tal sentido atender lo más urgente y específico de una entidad compleja como la depresión; destaca también que a partir de su mejora puede diagnosticarse, con las debidas precauciones, la depresión mayor (Redondo, 2015 citado por Sanz, Perdígón y Vásquez, 2003).

4.2.2 Adaptación de pruebas psicológicas

Según afirma Muñiz y Hambleton (1996) los test no son instrumentos para utilizar de manera inmediata, estos deben adaptarse/construirse de manera muy cuidadosa esto en función a las diferencias interculturales como son el idioma, la cultura originaria y para aquello en lo que se pretende utilizar. El traducir los test no es solo cuestión de conocer y saber los dos idiomas implicados por lo que esto se vuelve un proceso mucho más complejo por lo que más que la traducción se tendría que hacer una adaptación, citado en (Fernández, Pérez, Alderte, Fernández, 2010, p.62).

Haciendo un poco de historia, se puede anotar que desde los años 1904, la psicología comenzó la formulación, construcción y el análisis de los test mediante otras teorías que guían el contenido de todos los test de acuerdo con los avances estadísticos. Por lo que son estas las teorías las cuales le dan evaluación a las propiedades psicométricas y las cuales garantizan la fiabilidad y validez de todas las pruebas psicológicas (Borrero, Flórez, Yopez, 2005) Así mismo resaltan que dentro de los países que se destacan en la construcción de pruebas psicológicas se encuentran Estados Unidos, España, México y Argentina entre otros. Por su parte para otros países Colombia se ha identificado en ser un país en la cuales los psicólogos investigadores adoptan pruebas ajenas al contexto esto sin una adaptación previa y sin ninguna traducción incumpliendo así con los parámetros especiales que se ajusten al contexto (Hernández, Valencia y Rodríguez, 2003).

5. Metodología

5.1 Enfoque metodológico y diseño de la Investigación

La actual investigación se enmarca en una metodología de investigación positivista con un corte transversal, bajo un diseño cuantitativo de tipo de investigación observacional, con un nivel de investigación descriptivo, la cual permite adaptar y validar el instrumento Beck Depression Inventory (BDI-II) en un grupo de administrativos y estudiantes de la Corporación Universitaria del Caribe CECAR. Esta información se encuentra de manera más detallada en la tabla 1.

Tabla 2

Enfoque metodológico y diseño de la investigación

Paradigma de investigación	Positivista
Corte de investigación	Transversal
Diseño de Investigación	Cuantitativo
Tipo de Investigación	No experimental
Nombre de las variables	Validación, inventario de depresión, validez

5.2 Hipótesis de investigación

H₁: Son válidos y confiables los resultados de la prueba *Beck Depression Inventory II (BDI-II)* para la cultura colombiana.

H₀: No son válidos y confiables los resultados de la prueba Beck Depression Inventory (BDI-II) para la cultura colombiana.

5.3. Población y muestra

El estudio se llevó a cabo con estudiantes y administrativos de la Corporación Universitaria Del Caribe CECAR de Sincelejo Sucre, la cual se eligió de forma intencionada y en esta misma se contó con una muestra de 499 estudiantes y administrativos (varones y mujeres) que acepten participar de la prueba los cuales se encuentran entre 18 y 60 años de edad. Se trabaja una población homogénea puesto que se comparte un criterio en común que es pertenecer a CECAR y a su vez el contexto y el momento en que se aplica la prueba. En cuanto a la variable de inclusión serían específicamente que hayan firmado el consentimiento informado, que vivan en Sincelejo, que estudien o trabajen en CECAR y la edad, es decir que los participantes se encuentren en el rango que estipula la prueba, adultos y adolescentes de 16 años en adelante. Los criterios de exclusión son exactamente dos y van dirigidos a los administrativos, dentro de los cuales se encuentra que no estén contratados por CECAR y que sean docentes.

5.4. Procedimiento metodológico

El procedimiento se elaboró basado en el manual para la adaptación de pruebas psicológicas en el contexto colombiano diseñado por la universidad San Buenaventura de la ciudad de Bogotá.

Etapas 1:

1. Revisión de los test o instrumentos de medición psicológica que pueden ser útiles para los objetivos y seleccionar la prueba que más se adapte al criterio.
2. Estudiar cómo ha sido definido y operacionalizado el constructo que pretende medir la prueba para probar su validez.
3. Analizar las características de aplicación de la prueba, donde se identifica el tiempo, las características ambientales, los rangos de edad, los materiales necesarios y las reglas que deben cumplir los profesionales y los sujetos evaluados

4. Reconocer el método de medición, el tipo de escalas utilizadas en la prueba, y las características de las respuestas que puede escoger el sujeto.
5. Revisar cómo fueron construidas las tablas de puntajes y/o baremos, conocer cuáles son los coeficientes de validez y confiabilidad del test matriz
6. Reconocer que los ítems son accesibles a la población objetivo.

Etapas 2: Contexto y Lenguaje

Especificaciones correspondientes al contexto cultural y poblacional, como la atención especial que se debe tener en el momento de realizar un estudio transcultural con estas características.

Etapas 3: Traducción del Instrumento

Se realizó por medio de la técnica de retro traducción.

Etapas 4: Validación de Jueces

Selección y evaluación de los expertos en la temática, al igual que la validación de los indicadores de la prueba.

Etapas 5: Prueba piloto (Aplicación de instrumento)

Se aplicó el instrumento *Beck Depression Inventory (BDI-II)* a 50 personas entre estas, estudiantes y administrativos de la Corporación Universitaria del Caribe CECAR

Etapa 6: Análisis e interpretación de resultados

La finalidad del análisis de esta prueba fue identificar que ítems no comprendían los participantes de tal modo que se identificaron los dificultades sintácticas y léxicas para posteriormente proceder a la modificación de cada uno de los ítems del BDI-II.

Etapa 7: Análisis aspectos psicométricos del test

Ficha técnica:

Nombre: Beck Depression Inventory II (BDI-II)

Autor: Aaron T. Beck, Robert A. Steer & Gregory K. Brown, (1996).

Administración: Individual / Colectiva

Duración: 5-10 min

Significación: Este test pretende medir la presencia y el nivel de la depresión en adultos de 18 años en adelante.

Materiales

Cuadernillo con 21 ítems, lápiz y sacapuntas.

Tabla 3

Cuadro de operacionalización de variables.

Variables	Tipo	nivel	Valor
Tristeza	Cuantitativo	Ordinal	0
			1
			2
			3
Pesimismo	Cuantitativo	Ordinal	0
			1
			2
			3
Fracasos del pasado	Cuantitativo	Ordinal	0

			1
			2
			3
Perdida de Placer	Cuantitativo	Ordinal	0
			1
			2
			3
Sentimiento de culpabilidad	Cuantitativo	Ordinal	0
			1
			2
			3
Sentimientos de castigo	Cuantitativo	Ordinal	0
			1
			2
			3
Auto aversión	Cuantitativo	Ordinal	0
			1
			2
			3
Auto crítica	Cuantitativo	Ordinal	0
			1
			2
			3
Deseos y pensamientos suicidas	Cuantitativo	Ordinal	0
			1
			2
			3
Llanto	Cuantitativo	Ordinal	0
			1
			2
			3
Agitación	Cuantitativo	Ordinal	0
			1
			2
			3
Perdida de interés	Cuantitativo	Ordinal	0

			1
			2
			3
Indecisión	Cuantitativo	Ordinal	0
			1
			2
			3
Inutilidad	Cuantitativo	Ordinal	0
			1
			2
			3
Perdida de energía	Cuantitativo	Ordinal	0
			1
			2
			3
Cambios en los patrones de sueño	Cuantitativo	Ordinal	0
			1
			2
			3
Irritabilidad	Cuantitativo	Ordinal	0
			1
			2
			3
Cambios de apetito	Cuantitativo	Ordinal	0
			1
			2
			3
Dificultad en la Concentración	Cuantitativo	Ordinal	0
			1
			2
			3
Cansancio y Fatiga	Cuantitativo	Ordinal	0
			1
			2
			3
Perdida de interés en el sexo	Cuantitativo	Ordinal	0

1
2
3

Tabla 4

Cuadro de categoría.

Factores	Dimensiones	Descriptores
Depresión	Depresión grave	29-63
	Depresión moderada	20-28
	Depresión Leve	14-19
	Depresión Mínima	0-13

5.5 Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la recolección de información, fueron dos instrumentos psicológicos descritos a continuación:

5.5.1 The Beck Depression Inventory (BDI-II). Beck, AT, Steer, RA, y Brown, GK (1996)

Este instrumento fue creado para la evaluación de síntomas depresivos durante un periodo necesario en la determinación de una diagnosis, de un incidente de depresión, según lo establecido en el DSM-IV.

5.5.2 Versión Corta de la Escala de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS)

Esta escala fue desarrollada por Zung en 1965, fue inspirada por la escala de depresión de Hamilton, esta ha tenido una gran difusión gracias al componente somático conductual del episodio depresivo mayor.

6. Resultados

6.1 Características Sociodemográficas de la Muestra

A continuación, se especifican los datos sociodemográficos de la muestra, desglosados desde estrato bajo hasta el estrato alto.

Tabla 5

Nivel socioeconómico de la muestra.

	N	%
Bajo	15	3,0
Medio-Bajo	81	16,2
Medio	136	27,3
Medio-Alto	238	47,7
Alto	29	5,8
Total	499	100.0

6.2 Características representativas de los géneros de la muestra

En cuanto al género se obtuvo un mayor número de participantes de sexo femenino que de sexo masculino.

Tabla 6

Características sociodemográficas de la muestra.

SEXO	N	%
Femenino	282	56,5

Masculino	217	43,5
Total	499	100,0

6.3Rango de edades de la muestra

Las edades de la muestra oscilan entre 17 y 64 años predominando las edades de 25 a 27 años.

Tabla 7

Rango de edades

Edad	Frecuencia	%
17	2	,4
18	16	3,2
19	12	2,4
20	14	2,8
21	14	2,8
22	11	2,2
23	17	3,4
24	17	3,4
25	20	4,0
26	20	4,0
27	20	4,0
28	12	2,4
29	11	2,2
30	16	3,2
31	16	3,2
32	17	3,4
33	11	2,2

34	16	3,2
35	16	3,2
36	12	2,4
37	17	3,4
38	13	2,6
39	10	2,0
40	14	2,8
41	10	2,0
42	16	3,2
43	14	2,8
44	15	3,0
45	13	2,6
46	16	3,2
47	13	2,6
48	12	2,4
49	16	3,2
50	11	2,2
51	4	,8
52	2	,4
53	1	,2
54	1	,2
56	1	,2
57	4	,8
59	1	,2
60	1	,2
61	1	,2
62	2	,4
64	1	,2
Total	499	100,0

6.4 Análisis de Fiabilidad de los Instrumentos

De acuerdo a los resultados se determinó que la fiabilidad de los test, es considerablemente buena, considerando el número de ítems.

Tabla 8

Estadística de fiabilidad

Escala de ZUNG	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,777	21
BDI-II	
0,853	20

6.5 Correlación entre las escalas

A continuación, se especifica la correlación de las escalas, en la tabla 7... como se puede ver ambas escalas correlacionan significativamente

Tabla 9

Correlación.

<i>ESCALA</i>	<i>BDI II</i>	<i>ZUNG VERSIÓN CORTA</i>
<i>BDI II</i>	<i>1</i>	
<i>ZUNG VERSIÓN CORTA</i>	<i>,55</i>	<i>1</i>

6.6 Medias de los instrumentos

A continuación, en la tabla 8, se indica la media de cada instrumento

Tabla 10

Media de la puntuación de los instrumentos en la muestra.

total	N	Mínimo	Media	Máximo	Desviación estándar
ZUNG	499	11,00	43,00	29,0220	5,47150
BDI	495	,00	37,00	8,6727	7,25574

6.7 Componentes de las Variables

Tabla 11

Componentes principales de confirmación.

	Componente	
	1	2
Tristeza	,569	
Pesimismo	,642	
Fracaso del pasado	,635	
Perdida de placer	,533	,227
Sentimiento de culpabilidad	,427	
sentimiento de castigo	,501	
Auto aversión	,245	
Auto critica	,538	
Deseo y pensamiento suicida	,487	
Llanto	,434	,103
Agitación	,568	,198
Perdida de interés	,650	,204
Indecisión	,642	
Inutilidad	,568	
Perdida de energía	,625	,198
Cambio en los patrones de sueño	,397	,072
Irritabilidad	,410	,122
Cambio de apetito	,504	,278
Dificultad en la concentración	,600	,222
Cansancio y fatiga	,577	,370
Perdida de interés en el sexo	,373	,452

7. Discusión

El propósito del presente estudio fue indicar la validez y confiabilidad que pueda dar como resultado el inventario de depresión de Aron Beck, BDI-II, en administrativos y estudiantes de la corporación universitaria del caribe CECAR. Los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento arrojan un Alpha de Cronbach de 0,853 en su fase final, dato que da a relucir la buena validez de sus constructos. Resaltando que a pesar de que fue aplicada por primera vez en Colombia en un contexto educativo, a nivel regional cumple con los estándares para ser validada y adaptada para la población de referencia.

Para lograr la adaptación transcultural, se hizo una traducción cuidadosa por medio de la técnica de retro traducción, ya que de esto depende en gran medida la comprensión eficaz de los ítems. El proceso de adaptación transcultural intenta producir una equivalencia entre el origen y el destino en función de contenidos (Chahín, 2014).

Como ya se anotaba en los antecedentes, a nivel internacional se han realizado estudios psicométricos y adaptación cultural, entre tales países se encuentran: España, Argentina, México, Chile, Perú y Estados Unidos, en éste último con población colombiana. Uno de los primeros países en adaptar el Beck-II desde su primera versión fue España; de modo que su última versión también se ha sometido a estudios para determinar sus propiedades psicométricas, uno de estos estudios fue realizado por Perdigón y Vásquez en 2003 en una muestra de 470 estudiantes de ese país de población general no clínica, determinándose un coeficiente alfa de 0,87, mientras que el análisis factorial sustenta que el instrumento logra medir dos factores: uno cognitivo y otro de tipo somático, los cuales conforman una dimensión global de la depresión; las pruebas de validez por su parte fueron significantes para variables como la edad, nivel de escolaridad y estado civil, aspectos que influirían en algún grado la gravedad de la depresión entre población española. Como se puede comparar tanto los datos entre población española (0,87), como de la población bajo estudio (0,85), el alfa de Cronbach alcanza altos niveles de fiabilidad.

A nivel de países latinoamericanos, puede compararse el resultado obtenido en el presente estudio con los de Argentina, que a diferencia de la Española y la de CECAR, la adaptación se hizo con una muestra representativa compuesta no solo de población general, sino también con estudiantes y con población clínica; resultó que para las personas depresivas todas las variables del test mostraron correlación con la afectación, detectándose también algunas variables entre la población no clínica, esto indica que el inventario logra detectar la depresión en población general aún no diagnosticada clínicamente. Por su parte la prueba de confiabilidad determinó un coeficiente alfa de 0,88 para los pacientes y de 0,86 para los sujetos no clínicos, indicativo de la fiabilidad del instrumento.

Entre la población mexicana también fueron probadas las bondades psicométricas del BDI-II (versión española), participando población general y estudiantes universitarios, pero a diferencia de Argentina, el muestreo no fue probabilístico, determinándose un alfa de Cronbach de 0,91 para el total de sujetos bajo estudio, siendo la consistencia interna del factor cognitivo-afectivo de 0,85 y de 0,78 en el factor somático-motivacional, como se aprecia muy cercano este último valor a la fiabilidad, pero ubicándose el factor general en 0,9 y más en coincidencia con los resultados obtenidos para población española.

En población colombiana se ha estudiado el valor psicométrico del Beck-II versión española, pero no en el país, sino una colonia residente en Estados Unidos a partir de una muestra de voluntarios con media de 8,6 años vivienda en USA; este estudio empleó el Análisis Factorial Confirmatorio para determinar qué tan bien los datos de la muestra eran descritos por los factores del BDI-II (somático, cognitivo, negativismo), donde los valores del CFI van de 0,82 hasta 0,84 lo que confirma que los colombianos puntúan para los mismos factores de depresión y desvirtúa afirmaciones en contrario que sugerían ítems específicos para la población colombiana (Azocar, Arean, Miranda, & Muñoz, 2001).

Algunas investigaciones realizadas discurren que el test Beck depresión Inventory BDI-II es totalmente valido y confiable como lo considera una investigación realizada en Chile por

Araneda, Solar, González, Peralta en el año 2008 la cual se llevó a cabo un estudio sobre las propiedades psicométricas del inventario de depresión BDI II en esta investigación los resultados en el alfa de Cronbach correspondió a un 0,91 lo cual reflejo un resultado altamente satisfactorio, por lo que al momento de replicar ese análisis en los grupos a los cuales aplicaron de manera separada se observó que los valores en el coeficiente eran los mismos 0,91 para una muestra clínica 0,89 y para la muestra de control 0,89 para la muestra representativa. Por lo que se consideran que este test mantiene una consistencia interna de forma aceptable esto en relación con la población que presenta sintomatología ansiosa- depresiva.

Por otra parte en un estudio realizado en Lima- Perú por Renzo y Carranza(2013), la cual llevaba como propósito evaluar las propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck en universitarios de Lima, en relación con este estudio muestra que la validez de contenido con relación a los ítems alcanzan los niveles adecuados de significado estadístico, por lo que consideran que la confiabilidad de los resultados muestran un alfa de Cronbach de 0.878), estos en dos mitades 0.799, 0.01 esto considerado como un buen indicador de confiabilidad para ser utilizado como instrumento de evaluación psicológica.

De modo general se puede afirmar que los instrumentos de este tipo en el país son escasos, es por tal que surgió la posibilidad de contribuir positivamente con el cambio de esta situación en Colombia, validando este instrumento que posee gran reconocimiento a nivel mundial y con ello fortalecer la detección de los signos y síntomas que acarrea consigo la depresión y de este modo mejorar la calidad de vida de los adultos colombianos.

En síntesis el IDB-II se constituye, a partir de su validez en población de CECAR, en un instrumento fiable para la medición y válido para realizar evaluación de la depresión en la población de referencia.

Conclusiones

Con base a este estudio realizado se puede concluir que el inventario de depresión de Aarón Beck, BDI-II como instrumento de medición psicológica se ha validado para la población de la Corporación Universitaria del Caribe –CECAR–por lo que su uso podrá ser de mucha utilidad, esto desarrollado en el campo de la psicología.

La población a la que fue aplicado este instrumento reacciono de manera favorable, comprendieron cada uno de los ítems que se encontraban en el test por lo que se evidencia que este test es válido, confiable y de fácil comprensión. Por otro lado, se evidencio que la muestra poblacional tuvo un aumento el cual paso de 420 participantes a 512 participantes.

En términos generales los resultados obtenidos en la investigación constatan la hipótesis que se planteaba este proyecto de investigación, ya que el BDI II resulta ser un instrumento adecuado para poder evaluar síntomas depresivos en personas adultas.

Referencias bibliográficas

- Amores, F. (2003). ¿Qué evaluar y para qué? *Psicóloga clínica*. Número 172, Recuperado de: http://www.informacionespsiquiatricas.com/anteriores/info_2003/02_172_06.htm.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1998). *Test psicológicos*. México: Prentice Hall. Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/tests/17.pdf>.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Publishing. 5° Edición. Recuperado de: <http://www.psicoaragon.es/wp-content/uploads/2017/06/DSM-5.pdf>.
- Azocar, F., Arean, P., Miranda, J., & Muñoz, R. (2001). Differential item functioning in a Spanish translation of the Beck depression inventory. *Journal of Clinical Psychology*, Volumen 57, N° 3, pp. 355-365. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11241365>.
- Baringoltz, S. (4 de 11 de 2016). <http://apra.org.ar/revistadeapra/Articulos/Julio/Sara.pdf>.
Obtenido de <http://apra.org.ar/revistadeapra/Articulos/Julio/Sara.pdf>.
- Barrero, A., Flórez, G., & Yépez, N. (2015). *Diseño y validación de un manual para la adaptación de pruebas psicológicas en el contexto colombiano*. Bogotá, Colombia: (Tesis de Grado), Universidad de san Buenaventura. Recuperado de: <http://biblioteca.usbbog.edu.co:8080/Biblioteca/BDigital/138684.pdf>.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. Filadelfia, Estados Unidos: niversity of Pennsylvania Press.
- Brenlla, M. E., & Aranguren, M. (2010). Adaptación argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10). *Revista de Psicología*, vol. 28, núm. 2, diciembre , pp. 309-340. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3378/337829515005.pdf>.

- Brenlla, M. E., & Rodríguez, C. M. (2009). *Adaptación argentina del inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)*. Buenos Aires: Paidós, 2a. Edición.
- Camacho, P. (2008). *Validación de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en población adolescente escolarizada en la ciudad de Bucaramanga*. Bucaramanga: (Trabajod de grado), Universidad Industrial de Santander. Recuperado de: <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2008/125476.pdf>.
- Carmody, D., & Lega, L. (2004). Características Psicometricas del Inventario de Depresion de Beck-II, Version en Espanol, en una muestra de Colombianos en USA. *Robert Wood Johnson Medical School, University of Medicine and Dentistry of New Jersey, USA; Saint Peter's College, Jersey City, New Jersey, USA*, Recuperado de: http://rwjms.umdnj.edu/pediatric/divisions/ins_childdev/faculty/documents/psicologiaconductual2004.pdf.
- Carranza, R., & Ramírez, A. (2013). Procrastinación y características demográficas asociados en estudiantes universitarios. *Revista Apuntes Universitarios, Volumen 3 N° 2*, pp. 95-108. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/4676/467646127006/>.
- Chahín, N. (2014). Aspectos a tener en cuenta cuando se realiza una adaptación de test entre diferentes culturas. *Psychologia: avances de la disciplina, Vol, 8, N° 2*, pp. 109-112. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v8n2/v8n2a09.pdf>.
- Chahín, N., Lorenzo, U., & Vigil, A. (2011). Características psicométricas de la adaptación colombiana del Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry en una muestra de preadolescentes y adolescentes de Bucaramanga. *Universitas Psychologica, Volumen 11, N° 3*, pp. 979-988. Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/979/2888>.
- Chinchilla Moreno, A. (2008). *la depresion y sus mascararas*. MEDICA PANAMERICANA, S. A.

- Contreras, J., Hernández, L., & Freyre, M. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica*, Vol. 33, N° 3, pp. 195-203. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n3/art04.pdf>.
- Elosua, P. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema*. Vol. 15, n° 2, pp. 315-321. Recuperado de: <http://www.psicothema.es/pdf/1063.pdf>.
- Estrada, B., Beyebach, M., Delgado, C., & Freire, R. (2008). Evaluación y tratamiento de la sintomatología depresiva en personas sordas. *Psicología y Salud*, Vol, 18 N° 001, pp. 100-106. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/26575358_Evaluacion_y_tratamiento_de_la_sintomatologia_depresiva_en_personas_sordas.
- Estrada, B., Delgado, C., Landero, R., & González, M. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, V. 14, No. 1, <http://dx.doi.org/10.11144/>.
- Fernández, A., Pérez, E., Alderete, A., Richaud, M., & Fernández, M. (2010). ¿Construir o adaptar tests psicológicos? Diferentes respuestas a una cuestión controvertida. *Revista Evaluar*, Vol. 10, Núm. 1, pp. 60-74. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/459/428>.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jhon, P., & Greyson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*, 297(6653), 897 - 9.
- Gómez, C., Uribe, M., & Alzate, M. (2008). Trastornos afectivos: Trastornos depresivos. En C. Gómez, G. Hernández, & A. Rojas, *Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos* (pág. Cap. 49). Bogotá: Editorial Médica, 3ª edición.

- González, F. M. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. Ciudad de La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: <https://crecerpsi.files.wordpress.com/2014/02/psicometria-libro-completo.pdf>.
- Guia Salud. (2016). *Guía de práctica clínica sobre depresión en adulto*. España: Recuperado de: <http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/apartado06/evaluacion%20y%20cribado.pdf>.
- Hamilton, M., & Shapiro, C. (1990). Depression. En *Measuring human problems* (págs. 27-37). New York: Wiley.
- Hernández, E., Valencia, S., & Rodríguez, J. (2003). De la sección de psicotecnia al laboratorio de psicometría: seis décadas de algo más que medición psicológica en colombia. *Revista Avances en Medición de la Universidad Nacional de Colombia, Vol, 1 N° 1*, pp. 6-16. Recuperado de: <http://www.humanas.unal.edu.co/files/cms/84492094449e8ac1ba9648.pdf>.
- Ibáñez, I., Olmedo, E., Pino, A., & Gaos, M. (2010). Fiabilidad y validez de una versión española del Inventario de Depresión de Beck-II en una muestra de la población general canaria. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, pp. 35-56. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3289244>.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2013). *Comportamiento del suicidio, Colombia*. Bogotá: Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49517/Suicidio.pdf>.
- Ley 1616. (2013). *Por medio de la cual se expide la Ley de salud mental*. Bogotá, Colombia: Congreso de la República. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>.

Melipillán, R., Cova, F., Rincon, P., & Valdivia, M. (2008). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck–II en adolescentes chilenos. *Terapia Psicológica, Vol. 26 N°. 1*, pp. 59–69. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/26543702>.

Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P., & Valdivia, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia Psicológica, vol. 26, núm. 1, julio*, pp. 59-69. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/785/78526105.pdf>.

Minsalud - Colciencias. (2013). *Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente (Guía No. 22)*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias.

Minsalud - Colciencias. (2013). *Guía de práctica clínica: Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Comple_Depre%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Comple_Depre%20(1).pdf).

Minsalud - Colciencias. (2015). *Encuesta nacional de salud mental*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de: https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf.

Minsalud - IETS. (2017). *Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Recuperado de: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_CSuicida/GPC_C_Suicida_Completa.pdf.

- Minsalud. (2011). Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021. En M. d. Social, *La política y los progresos de Colombia en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles con énfasis en las enfermedades cardiovasculares*. Recuperado de: http://www.buenasaludamericas.org/uploads/2/5/8/7/25879931/ramirez_salud-cardiovascular-en-la-americas.pdf.
- Minsalud. (2016). *Guía de práctica clínica (GPC) para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Guía No. GPC 2016-52*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Recuperado de: http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallIG/home_149/recursos/general/11112016/semana_7.pdf.
- Minsalud. (2017). *Boletín de salud mental: Depresión - Subdirección de Enfermedades No transmisibles*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>.
- Moral de la Rubia, J. (2013). Validación de un formato simplificado del Inventario de Depresión de Beck (BDI-2). *Psicología Iberoamericana*, vol. 21, núm. 1, enero-junio, pp. 42-52. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133929862006.pdf>.
- OMS. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2 de 10 de 2016). <http://www.who.int/topics/depression/es>. Obtenido de <http://www.who.int/topics/depression/es>.
- OMS. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>.

OMS. (2018). *Depresión: datos y cifras*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

peñalver, c. (04 de 11 de 2016). <http://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>. Obtenido de
<http://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>.

Redondo, D. (2015). *Adaptación de la segunda versión del inventario de depresión de Beck al gran área metropolitana de Costa Rica*. Costa Rica: (Trabajo de grado), Universidad de Costa Rica.
Recuperado de: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/2398/1/38830.pdf>.

Rivadeneira, C., Dahab, J., & Minici, A. (2013). El modelo cognitivo de la depresión. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual* N° 22, pp. 1-6. Recuperado de:
<http://cetecic.com.ar/revista/pdf/el-modelo-cognitivo-de-la-depresion.pdf>.

Sanz, J. (1992). *Procesos cognitivos en la ansiedad y en la depresión*. Madrid: (Tesis doctoral), Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de:
<https://eprints.ucm.es/2995/1/T18000.pdf>.

Sanz, J. (2013). 50 años de los inventarios de depresión de Beck: Consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 34(3), pp. 161-168. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2275.pdf>.

Sanz, J., García, M., Espinosa, R., Fortín, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Revista Clínica y Salud*, Vol, 16 N° 2, pp. 121-142.
Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/5286/10482>.

Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., & García, M. P. (2014). *Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II*

- (BDI-II). Madrid, España: Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
Recuperado de: <http://www.pearsonclinical.es/Portals/0/DocProductos/13714632903.pdf>.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vásquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, vol. 14 (3), pp. 249-280. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>.
- Sanz, J., Perdigón, A., & Vásquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, vol. 14 n°. 3, pp. 249-280.
- Terwee, C., Bot, S., De Boer, M., Van der Windt, D., & Knol, D. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. Vol. 60(1), pp. 34-42.
- Vega, J., Coronado, O., & Mazzotti, G. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Revista Neuropsiquiatra*, Vol, 77 N° 2, pp. 95 - 103. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ao2.pdf>.

Anexos

Anexo 1. Cronograma de Actividades

Actividades	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Identificación del escenario						
Realización de solicitud a la corporación universitaria del caribe Cekar		X				
Primer acercamiento y facilitación de la información a estudiantes y administrativos			X			
Validación por los jueces			X			
Entrega del consentimiento informado			X			
Evaluación de Jueces (instrumento)			X			
Prueba piloto (aplicación)			X			
Análisis de los resultados				X	X	

Anexo 2. Presupuesto

Rubro	Descripción	Cantidad	V. Unitario	Valor Total
Materiales	Resma carta	5	17.000	85.000
	Lápiz mongol	3	500	1.500
	Lapicero pelikan	3	1.000	3.000
	Sacapuntas	3	300	900
Equipos	Computadores Dell	3	1.100.000	3.300.000
	Impresora láser hp	1	280.000	280.000
Trasporte	Carreras moto taxi	150	2000	300.000
Viaje				
Publicaciones				
Servicio técnico				
TOTAL		15	1.400800	3.970.400