



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ADAPTACIÓN DEL BDI-II DE BECK
PARA LA MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS SORDAS
PRELOCUTIVAS DE LIMA METROPOLITANA, 2023

Línea de investigación:

Evaluación psicológica y psicométrica

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología con
mención en Psicología Clínica

Autor:

Villanueva Chignole, David Alfonso

Asesor:

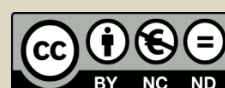
Hervias Guerra, Edmundo
(ORCID: 0000-0002-5395-1518)

Jurado:

Castillo Gómez, Gorqui
Franco Guanilo, Roxana Lorena
Del Rosario Pacherras, Orlando

Lima - Perú

2023





Reporte de Análisis de Similitud

Archivo:

AI – VILLANUEVA CHIGNOLE DAVID ALFONSO - OFICIO N° 044-2023-OGGE-AS-

Fecha del Análisis:

24 /03/2023

Operador del Programa
Informático:

SALAZAR CHAMBA SOFIA TERESA

Correo del Operador del
Programa Informático:

ssalazar@unfv.edu.pe

Porcentaje:

12 %

Asesor:

EDMUNDO HERVIAS GUERRA

Título:

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ADAPTACIÓN DEL BDI-II DE BECK PARA LA MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS SORDAS PRELOCUTIVAS DE LIMA METROPOLITANA,2023

Enlace:

<https://secure.arkund.com/old/view/154909473-782217-236816#q1bKLVayijbQMdQx0THVMdex0LGM1VEqzkzPy0zLTE7MS05VsjLQMzQ0NLawNDe0NDY1NTc3MjCsBQA=>

Jefe de la Oficina de Grados
y Gestión del Egresado:



MG. VILMA BARTOLA ZEGARRA MARTINEZ



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ADAPTACIÓN DEL BDI-II DE BECK
PARA LA MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS SORDAS
PRELOCUTIVAS DE LIMA METROPOLITANA, 2023**

Línea de investigación: Evaluación psicológica y psicométrica

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología con mención
en psicología clínica

Autor:

Villanueva Chignole, David Alfonso

Asesor:

Hervias Guerra, Edmundo

Código ORCID: 0000-0002-5395-1518

Jurado:

Castillo Gómez, Gorqui

Franco Guanilo, Roxana Lorena

Del Rosario Pacherres, Orlando

Lima – Perú

2023

Dedicatoria

Este trabajo va dedicado a mi Yo del 2005, aquel que pensó que no lo lograría.

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a mi familia, quien estuvo conmigo en todo mi proceso de formación.

También agradezco a los que considero mis mentores, ya que me brindaron su confianza, su amistad y su sabiduría, como lo son la Miss María Elena Basauri, el profesor José Luis Cervera y la profesora Carmela Henostroza.

Para el presente trabajo, en particular, quiero dar crédito y sinceros agradecimientos a toda la comunidad sorda del Perú, la cual me brindó su confianza y apoyo, especialmente a Margarita Castañeda, Junior García, Juan Villamonte, Susana Stiglich, Lili Chambi, Patricia León y a Steve Mayurí, con una mención sobresaliente para Coco Herrán Alcedo, la cara visible del instrumento BDI-II LSP.

Un agradecimiento especial les corresponde a todos mis amigos, en especial a mi mejor amiga y compañera, mi novia, Deyna Doria, a quien le estoy eternamente agradecido por haberme guiado en toda la aventura de pregrado.

Finalmente, quiero elevar un saludo de gratitud a mi alma máter, la UNFV, quien me brindó una segunda oportunidad.

A todos ustedes mi más sincero agradecimiento.

Índice

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv
Índice de tablas	vii
Índice de figuras	viii
Resumen	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Descripción y formulación del problema	2
1.2. Antecedentes	4
1.2.1. Antecedentes Internacionales	4
1.2.2. Antecedentes Nacionales	5
1.3. Objetivos	6
1.3.1. Objetivo General	6
1.3.2. Objetivos Específicos	6
1.4. Justificación	7
1.5. Hipótesis	7
1.5.1. Hipótesis general	7
1.5.2. Hipótesis específicas	8
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1. Constructo teórico de la depresión	9
2.1.1. ¿Qué es la depresión?	9
2.1.2. Tipos de depresión	10

2.1.3. Causas de la depresión	11
2.1.4. Modelo cognitivo de la Depresión de Beck	11
2.2. Principios generales de la sordera	12
2.2.1. ¿Qué es la sordera?	12
2.2.2. Causas de la sordera	12
2.2.3. Epidemiología de la sordera	13
2.3. La lengua de señas peruana (LSP)	14
2.3.1. Historia	14
2.3.2. El modelo lingüístico	15
2.3.3. El rol del intérprete	16
2.3.4. Marco normativo de la LSP	17
2.4. Propiedades psicométricas	18
2.5. Pruebas psicométricas que miden depresión	19
2.6. Proceso de adaptación de pruebas psicométricas para personas sordas	20
III. MÉTODO	23
3.1. Tipo de Investigación	23
3.2. Ámbito temporal y espacial	23
3.3. Variables	23
3.3.1. Variable: Depresión	23
3.3.1.1. Definición conceptual	23
3.3.1.2. Definición operacional	24
3.4. Población y muestra	24
3.4.1. Criterios de inclusión	24
3.4.2. Criterios de exclusión	25
3.5. Instrumentos	25

3.6. Procedimiento	26
3.7. Análisis de datos	27
IV. RESULTADOS	28
4.1. Evaluación de las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad	28
4.1.1. Adaptación semántica y lingüística del BDI-II para la medición de la depresión en personas sordas prelocutivas de Lima Metropolitana	28
4.1.2. Identificación de la validez del BDI-II para la medición de la depresión en personas sordas prelocutivas de Lima Metropolitana	30
4.1.3. Identificación de la confiabilidad del BDI-II para la medición de la depresión en personas sordas prelocutivas de Lima Metropolitana	36
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	39
VI. CONCLUSIONES	42
VII. RECOMENDACIONES	43
VIII. REFERENCIAS	
IX. ANEXOS	

Lista de Tablas

N°	Título	Pág.
Tabla 1	Características sociodemográficas de la muestra	24
Tabla 2	Niveles del BDI-II propuestos por Beck, Steer y Brown (1996)	26
Tabla 3	Adaptación semántica y lingüística de los 21 ítems del BDI-II a orden sordo	28
Tabla 4	Estadísticos descriptivos de los 21 ítems del BDI-II LSP	30
Tabla 5	Fórmula del CVC de Hernández Nieto	32
Tabla 6	Criterios de evaluación para la validación según Hernández Nieto (2002)	32
Tabla 7	Coefficiente de validez de contenido y validez de constructo	32
Tabla 8	Medidas de Ajuste del Modelo según el Análisis Factorial Exploratorio	33
Tabla 9	Tabla de cargas factoriales de los 21 ítems del BDI-II LSP	34
Tabla 10	Tabla de medidas de ajuste de los ítems del BDI-II LSP para el Análisis Factorial Confirmatorio	35
Tabla 11	Comparación de los indicadores depresivos obtenidos en la adaptación del BDI-II de Beck con respecto a otras investigaciones	36
Tabla 12	Comparación de la consistencia interna del alfa de Cronbach con otras investigaciones	37
Tabla 13	Análisis ítem test del BDI-II LSP	37

Lista de Figuras

N°	Título	Pág.
Figura 1	BDI-II de Beck versión mexicana (ASM)	21
Figura 2	Introducción del BDI-II LSP	21
Figura 3	Adaptación semántica y a LSP del ítem del BDI-II	22
Figura 4	Portada del BDI-II LSP	30
Figura 5	Gráfico de sedimentación del análisis factorial exploratorio de los 21 ítems del BDI-II LSP	33
Figura 6	Diagrama de flujo para el análisis factorial confirmatorio	35

Resumen

Este trabajo tuvo como objetivo principal analizar las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad de la adaptación del BDI-II de Beck en una muestra de 70 personas sordas prelocutivas de Lima Metropolitana, con edades entre 13 y 65 años. Se realizó una investigación de tipo psicométrica, utilizando un diseño no experimental y exploratorio-descriptivo. Para llevar a cabo el estudio, se realizó una adaptación semántica y sintáctica de cada reactivo del test original, para luego convertirlos a formato de video y presentarlos en un formulario digital, junto con la presentación del proyecto y un glosario de términos. La principal ventaja del test fue que los participantes pudieron responderlo en cualquier horario y lugar, lo que permitió una mayor flexibilidad y comodidad para ellos. La validez de constructo fue evaluada mediante el análisis factorial, mientras que la validez de contenido fue evaluada por partes por 3 jueces sordos expertos en Lengua de Señas Peruana, obteniéndose valores adecuados ($KMO = .82$ y $CVC = .85$ respectivamente). Además, se encontró una confiabilidad del .90, lo que indica una excelente consistencia interna del test. En conclusión, los resultados obtenidos indican que el BDI-II LSP es una adaptación válida y confiable para medir niveles de depresión en personas sordas prelocutivas usuarias de LSP de Lima Metropolitana. La adaptación semántica y sintáctica de cada reactivo y su conversión a formato de video permitieron que el test fuera fácil y efectivamente respondido en cualquier momento y lugar, lo que resultó en una mayor accesibilidad para todos los participantes.

Palabras clave: validez, confiabilidad, lengua de señas, sordera, depresión

Abstract

This study aimed to analyze the psychometric properties of validity and reliability of the adapted version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) in a sample of 70 prelingually deaf individuals who use Peruvian Sign Language (LSP) in Lima Metropolitana, aged between 13 and 65 years old. A psychometric research design was used, with a non-experimental and exploratory-descriptive approach. The adaptation of each item of the original test was made by a semantic and syntactic adaptation to LSP, followed by conversion into video format, and presented in a digital form that included the project presentation and a glossary of terms recommended by an expert. The main advantage of the test was that participants could respond to it at any time and place, providing greater flexibility and comfort. The construct validity was assessed by a factorial analysis, while content validity was evaluated by three deaf judges who are experts in LSP, obtaining adequate values for both construct validity ($KMO = .82$) and content validity ($CVC = .85$). The test's internal consistency was high, with a reliability coefficient of .90, indicating excellent consistency. In conclusion, the results suggest that the BDI-II LSP is a valid and reliable adaptation for measuring depression in prelingually deaf individuals who use LSP in Lima Metropolitana. The semantic and syntactic adaptation of each item, as well as the conversion into video format, made the test easy and effective to respond to at any time and place, increasing its accessibility for all participants.

Keywords: validity, reliability, sign language, deafness, depression

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es el primer acercamiento que se realiza en el Perú sobre la medición de la depresión en personas sordas prelocutivas, para lo cual se vale del análisis psicométrico de la adaptación del BDI-II en dicha población, así como la adaptación al formato de video, una modalidad más afín a la Lengua de Señas Peruana, principal medio de comunicación de la persona sorda en el país.

El primer capítulo inicia exponiendo el problema al que se enfrentan las personas sordas, en especial, las prelocutivas, así como la poca atención que pone la sociedad sobre dicha población. Más adelante se muestra un repaso sobre algunas investigaciones que se han desarrollado en territorio nacional e internacional, que, en su mayoría, corresponden a adaptaciones de test que miden dicho constructo. Finalmente, se muestran los objetivos e hipótesis de la presente investigación.

El segundo capítulo inicia con una revisión teórica sobre la definición, factores causales y dimensiones de la depresión según algunos autores, especialmente sobre el Modelo cognitivo de la Depresión según Beck. El capítulo prosigue con la definición de la sordera, así como las causas y epidemiología de la misma, para luego dar pase al concepto e historia de la Lengua de Señas Peruana, su marco normativo y las figuras del modelo lingüístico y el intérprete. Al final del capítulo, se hace un pequeño recuento sobre la conceptualización de las propiedades psicométricas que evalúan la depresión, así como algunas pruebas psicométricas que también la miden.

El tercer capítulo muestra el tipo de investigación, el ámbito temporal-espacial, la definición de las variables a medir (validez y confiabilidad), la población y la muestra de estudio, los criterios de inclusión y exclusión, los instrumentos de trabajo, para finalizar con la metodología seguida para adaptar el BDI-II a LSP y en formato de video, los pasos que se tomaron para acceder a dicha población y el proceso de análisis de datos por el que pasó.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados de la investigación, las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad, junto con los métodos y herramientas utilizados; la adaptación semántica y lingüística a orden sordo, relacionándolo con el instrumento original y los indicadores de depresión obtenidos en comparación con otros estudios.

En el quinto capítulo se presenta la discusión en donde se señalan las principales concordancias y diferencias con respecto a otras investigaciones, se explican los resultados, se identifican las tendencias generales y se mencionan las ventajas y limitaciones del estudio.

La parte final del trabajo de investigación es conformada por el sexto y séptimo capítulo, en donde se presentan las conclusiones y recomendaciones, respectivamente, para finalmente cerrar con las referencias bibliográficas en el octavo capítulo seguido de los anexos.

1.1. Descripción y formulación del problema

El desarrollo de la psicometría ha permitido medir distintas variables psicológicas, lo cual ha brindado resultados alentadores en el campo de la psicología. Entre algunas de estas variables tenemos a la asertividad, la ansiedad, el estrés y la depresión; siendo esta última, ampliamente estudiada en diversas poblaciones, siendo su abordaje e intervención, indispensable en una sociedad expuesta y vulnerable a afecciones de este tipo.

Razones como la alta mortalidad observada producida por el COVID-19, así como el constante estado de zozobra de familiares de personas enfermas con este mal, han generado un malestar evidente que nos ha llevado a reflexionar sobre el valor de la vida y la importancia de las relaciones humanas. No obstante, ello no ha frenado a que las personas busquen rutas accesorias para poder continuar estudiando, trabajando y comunicándose con aquellas personas apreciadas: amigos, familia, pareja, etc. Por otro lado, el aislamiento ha visibilizado realidades que muchas veces estuvieron frente a nuestros ojos, pero en las que no habíamos reparado. Un ejemplo de lo antes señalado es el caso de las personas sordas, que ha quedado en evidencia, gracias a la presencia de intérpretes durante los mensajes a la nación del presidente de la

República, cayendo en cuenta, que nadie es ajeno a toda esta situación y las personas sordas tampoco son la excepción.

De acuerdo a las cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática ([INEI, 2012]), “En el Perú, 532 mil 209 personas presentan limitaciones auditivas permanentes, lo que en términos relativos representa el 1,8% del total de la población, siendo la mayoría jóvenes entre 18 y 29 años” (p.48). De este modo, encontramos que esta población constituye una fracción importante de peruanos, por ello, es necesario cuestionarse cómo una persona con discapacidad auditiva enfrenta la situación actual y qué dificultades conlleva.

El trabajo de Casas et al. (2009) nos revela que las investigaciones científicas respecto a las personas con limitación auditiva son escasas (siete documentos en total), en donde se abordan tópicos como la depresión y la ansiedad, siendo ninguna estas, realizada en el contexto latinoamericano.

Estudios como el de Salazar (2017) demuestran que los familiares de personas sordas poseen altos niveles de afrontamiento al estrés; no obstante, como lo hemos señalado antes, no existen todavía estudios que se centren en la población de sordos, ni mucho menos en variables específicas como la depresión.

Cuando hablamos de las personas sordas hay que saber diferenciar de aquellas que han perdido la audición antes de la adquisición del lenguaje oral con las que la han perdido después, ya que este primer grupo, el de las personas sordas prelocutivas, es el que encuentra más barreras para comunicarse en un mundo oyente y poco inclusivo.

En ese sentido, consideramos que existe una imperante necesidad de iniciar investigaciones y estudios enfocados en tratar el estrés, la ansiedad y la depresión de personas sordas prelocutivas; pues ello ayudará a mejorar su calidad de vida, así como permitirá una

mejor toma de decisiones al implementar políticas que busquen la inclusión social de todos los peruanos, sin excepción.

Ante la búsqueda de investigaciones sobre la medición de la depresión en personas sordas prelocutivas, encontramos que no existen adaptaciones psicométricas realizadas en Perú sobre dicha población.

Por todo ello, a partir de lo antes mencionado, se propone la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la adaptación del BDI-II de Beck para la medición de la Depresión en personas sordas prelocutivas de Lima Metropolitana, 2023?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Internacionales

Leigh et al. (2001) realizaron la validación del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en estudiantes universitarios sordos. La muestra estuvo conformada por 63 estudiantes sordos norteamericanos, de los cuales 53 regresaron para culminar la prueba. Se utilizaron las correlaciones de orden cero y la correlación parcial para determinar la confiabilidad mediante el método del test-retest. Los resultados demostraron una consistencia interna del test de .88, una confiabilidad de la mitad dividida de la muestra completa de .76 y una correlación test-retest de .74. En conclusión, el BDI-II resultó confiable para medir la depresión en personas sordas y se debe apoyar su uso en dicha población.

Estrada et al. (2008) realizaron una investigación compuesta por dos estudios, el primero fue la adaptación del Inventario de la Depresión de Beck para personas sordas en una muestra de 144 personas sordas profundas prelocutivas españolas. Los resultados indicaron que la confiabilidad del test es de .88 y que además existe una mayor intensidad en cuanto a sintomatología depresiva con respecto a personas oyentes. En el segundo estudio se aplicó la Terapia Breve centrada en soluciones, para reducir dicha sintomatología. Finalmente se

concluyó que el BDI-IIAS es válido y confiable para la evaluar la depresión en pacientes sordos profundos prelocutivos y que la mencionada terapia resulta ser efectiva para menguar la depresión.

Estrada (2012) realizó una investigación psicométrica en la cual se buscó adaptar el BDI-II de Beck a Lengua de Señas Mexicana (LSM) en una muestra de 100 personas sordas profundas de la ciudad de Monterrey, Puebla y Sonora. Los resultados arrojaron una confiabilidad de 0.90. Finalmente se concluyó que el instrumento es válido y confiable para medir la depresión en personas sordas profundas en territorio mexicano.

Rivera (2014) realizó una adaptación de la prueba IAPS para una población de jóvenes sordos siguiendo un enfoque mixto. La muestra estuvo conformada por 34 sujetos, 16 varones y 18 mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 24 años. El instrumento adaptado fue el International Affective Picture System (IAPS), a su vez, por consenso de expertos se determinó grabar un video con las instrucciones de la aplicación de la prueba en Lengua de Señas Mexicana. También se hizo uso de una ficha de identificación que constaba de: edad, sexo, nivel escolar, personas que viven en casa, si estas personas sabían Lengua de Señas. El resultado obtenido en la prueba de confiabilidad de Alfa de Cronbach ($\alpha = .896$). Se concluyó que la adaptación de la prueba IAPS es válida y confiable para la medición de reconocimiento afectivo en una población de jóvenes sordos mexicanos.

1.2.2. Antecedentes Nacionales

García (2002) realizó una investigación explicativa la cual buscaba medir el grado de comprensión del Lenguaje de Señas en niños con padres sordos y oyentes. La muestra estuvo conformada por 12 niños sordos, de los cuales 5 de ellos eran de padres sordos y los otros 7, de padres oyentes. Los instrumentos que se utilizaron fueron: un cuestionario administrado por la entrevista personal y un relato breve (cuento). Los resultados demostraron un mayor

rendimiento por parte de los niños sordos de padres sordos con respecto a los niños sordos de padres oyentes. En conclusión, los niños sordos de padres sordos manejan la Lengua de Señas Peruana de manera más adecuada.

Quispe (2017) llevó a cabo una investigación descriptiva en la que se buscó conocer y analizar la experiencia artística y musical del rap en el proceso educativo de jóvenes con discapacidad auditiva, Síndrome de Asperger y lento aprendizaje en la Institución Educativa “Emiliano Pisculich Ramírez” de Magdalena del Mar. La muestra estuvo conformada por 40 alumnos. Las técnicas que se usaron para recolectar la información fueron en su mayoría cualitativas, destacando la observación participante, las entrevistas, los grupos focales y las encuestas. Los resultados arrojaron que los jóvenes desarrollaron capacidades y habilidades sociales al comunicarse, así como su creatividad e imaginación, mejorando sus habilidades artísticas, a su vez que su autonomía, aceptación y autoconfianza. La conclusión a la que se llegó fue que el arte y la música como el rap traen beneficios sociales, refuerza la identidad y contribuye al reconocimiento de capacidades.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general:

Evaluar las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad de la adaptación del BDI-II de Beck para la medición de la Depresión en personas sordas prelocutivas de Lima Metropolitana, 2023

1.3.2. Objetivos Específicos:

1. Adaptar semántica y lingüísticamente el BDI-II de Beck para la medición de la Depresión en personas sordas prelocutivas de Lima Metropolitana, 2023

2. Identificar la validez de contenido de la versión adaptada del BDI-II de Beck para la medición de la Depresión en personas sordas prelocutivas de Lima Metropolitana, 2023

3. Identificar la validez de constructo de la versión adaptada del BDI-II de Beck para la medición de la Depresión en personas sordas prelocutivas de Lima Metropolitana, 2023

4. Identificar la confiabilidad de la versión adaptada del BDI-II de Beck para la medición de la Depresión en personas sordas prelocutivas de Lima Metropolitana, 2023

1.4. Justificación

Actualmente existen pocos estudios, así como pruebas y escalas, que se apliquen en personas sordas; por lo que esta investigación pretende incrementar los conocimientos que se tienen acerca de evaluaciones psicométricas diseñadas para esta comunidad, adaptando la segunda versión del inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en dicha población.

Esta investigación permitirá replicar el proceso de adaptación y estandarización de la prueba en otras regiones del Perú, asimismo, fomentará el estudio de variables tales como el estrés y la ansiedad; especialmente, entre los jóvenes, que son el mayor porcentaje dentro de la comunidad sorda.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

La versión adaptada del BDI-II de Beck, cumple con las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad para la medición de la depresión en personas sordas de Lima Metropolitana, 2023

1.5.2. Hipótesis específicas

1. La adaptación del BDI-II de Beck, es adecuada para la medición de la depresión en personas sordas prelocutivas de Lima Metropolitana, 2023

2. La versión adaptada del BDI-II de Beck, cumple con las propiedades psicométricas de validez de contenido para la medición de la depresión en personas sordas prelocutivas de Lima Metropolitana, 2023

3. La versión adaptada del BDI-II de Beck, cumple con las propiedades psicométricas de validez de constructo para la medición de la depresión en personas sordas prelocutivas de Lima Metropolitana, 2023

4. La versión adaptada del BDI-II de Beck, cumple con las propiedades psicométricas de confiabilidad para la medición de la depresión en personas sordas prelocutivas de Lima Metropolitana, 2023

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Constructo teórico de la depresión

2.1.1. *¿Qué es la depresión?*

Según la American Psychiatric Association ([APA, 2014]) en su Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), en los trastornos del ánimo como la depresión, prevalece la manifestación de un estado de ánimo decaído, así como una importante reducción del interés y gusto por actividades que antes resultaban placenteras o por cualquier actividad, en general. Existen síntomas asociados a la depresión que pueden afectar el peso, el sueño y la energía. Algunas personas pueden perder peso significativamente sin hacer dieta, mientras que otras pueden experimentar un aumento del mismo. El apetito también puede disminuir o aumentar. La depresión también puede causar insomnio o hipersomnia y fatiga. Algunos otros pueden sentirse inútiles o culpables sin razón, y pueden experimentar una disminución en la capacidad para pensar y tomar decisiones. Los pensamientos recurrentes de muerte e ideas suicidas también son síntomas comunes, llegando en algunos casos a establecerse un plan específico para llevarlo a cabo. Estos síntomas ocasionan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento de la persona que los padece.

En el estudio realizado por Beck y Alford (2009) se identificaron cinco categorías de síntomas asociados con la depresión. La primera categoría es emocional, la cual incluye sentimientos de tristeza, baja autoestima, falta de placer, pérdida de afecto emocional, llanto y pérdida de la capacidad para sentir alegría. La segunda categoría es cognitiva y se refiere a pensamientos negativos acerca de uno mismo, expectativas pesimistas, autocrítica, indecisión y distorsión de la imagen corporal. La tercera categoría es motivacional, la cual incluye falta de motivación, evitación, tendencias suicidas y dependencia aumentada. La cuarta categoría es vegetativa/física e incluye síntomas como la pérdida de apetito, alteraciones del sueño, pérdida

de la libido y fatiga. Por último, la quinta categoría es delirante, la cual se refiere a creencias erróneas acerca de la inutilidad, el castigo, el nihilismo, la somatización y la pobreza.

2.1.2. Tipos de depresión

Según el DSM-V (APA, 2014) existen tres tipos de depresión que son:

I. Trastorno depresión mayor (TDM). Se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo depresivo casi todos los días durante al menos dos semanas, así como por una disminución significativa en el interés y en las sensaciones placenteras. Además, pueden aparecer otros síntomas como aumento o disminución del apetito y del peso corporal, problemas para dormir, agitación o inhibición psicomotora, sensación de fatiga, sentimientos de minusvalía, disminución de la destreza cognitiva y pensamientos recurrentes de muerte o suicidas.

II. Trastorno depresivo persistente. También conocido como distimia, es una forma de depresión crónica y de larga duración que se caracteriza por la presencia de síntomas depresivos durante al menos dos años. Las personas que sufren de este trastorno experimentan una pérdida de interés en las actividades de su vida diaria, así como una sensación de desesperanza y baja productividad. Además, suelen tener baja autoestima y sentirse ineptos.

III. Otro trastorno depresivo especificado o no especificado. Se presenta cuando los síntomas depresivos no cumplen con todos los criterios necesarios para otros trastornos depresivos, pero aun así causan un malestar clínico importante o un deterioro en el funcionamiento diario del individuo. En otras palabras, se trata de un conjunto de síntomas depresivos que no cumplen con las características necesarias como otros tipos de trastornos depresivos, pero que aun así tienen un impacto negativo significativo en la calidad de vida del paciente.

2.1.3. Causas de la depresión

La Organización Mundial de la Salud ([OMS, 2020]) considera que la depresión sería el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Así, tenemos una serie de circunstancias y condiciones adversas que pueden aumentar la probabilidad de sufrir depresión. Más aún, la presencia del cuadro depresivo puede generar estrés y disfunción en la persona, lo que hace que empeore su situación vital.

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos [(NIH, 2018)] acota que algunos factores de riesgo a tener en cuenta incluyen una historia personal o familiar de depresión, cambios vitales mayores, trauma o estrés, ciertas enfermedades físicas, influencia del ambiente, algunos medicamentos, entre otros elementos de riesgo.

2.1.4. Modelo cognitivo de la Depresión de Beck

Aaron Beck esquematizó la depresión tomando como referencia los criterios clínicos hallados dentro de la literatura de la práctica psiquiátrica y psicoanalítica, así como también como de los manuales diagnósticos, es así que recopiló una serie de síntomas y actitudes que se presentan en una persona en estado depresivo, los cuales se pueden separar en dos grupos: los cognitivo-afectivo y somático-vegetativo. (Beck et al., 1961)

Beck et al. (1979) sugieren que la depresión surge a partir de una cadena de elementos causales que inician con experiencias tempranas negativas, de las cuales nacen esquemas y actitudes disfuncionales, y que, al ser activadas por eventos críticos, provocan sesgos de pensamiento (pensamientos negativos), los cuales a su vez se enmarcan en una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro.

2.2. Principios generales de la sordera

2.2.1. ¿Qué es la sordera?

Hablar de sordera es relacionarlo inmediatamente con tener problemas y/o dificultades al oír y escuchar, en ese sentido, Rodríguez de Guzmán (2009), la define como “la pérdida o anomalía de la función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo, y tiene su consecuencia inmediata en una discapacidad para oír, lo que implica un déficit en el acceso al lenguaje oral” (p.96).

Por esa razón, para el Ministerio de Educación de Chile (2007), esta condición se presenta como un obstáculo que algunas de estas personas experimentan al participar en actividades de la vida cotidiana, ya que resulta difícil la interacción con el ambiente, cuando se trata de percibir los sonidos del mismo, así como el uso del lenguaje oral y otras barreras del entorno.

La pérdida auditiva puede impactar ya sea en uno solo (unilateral) o en ambos oídos (bilateral), y resulta significativa cuando la pérdida supera los 40 dB en el oído con mejor audición en adultos y los 30 dB en el oído con mejor audición en niños. (OMS, 2019)

No obstante, Villamonte y Arnaiz (2020), señalan que hablar en términos de discapacidad auditiva resulta despectivo y ofensivo, ya que una persona sorda tiene toda la capacidad de alcanzar los estándares más altos de educación a través de la lengua de señas, en ese mismo sentido la lengua de señas posee el mismo valor y las mismas posibilidades que cualquier otra lengua.

2.2.2. Causas de la sordera

De acuerdo con la OMS (2019) la sordera puede tener origen congénito o adquirido. En el primer caso, la pérdida de audición ocurre durante la gestación o poco después, debido a

factores que pueden ser hereditarios o no. Estas complicaciones pueden darse durante el embarazo y el parto, tales como la rubéola materna, la sífilis y otras infecciones, bajo peso al nacer, asfixia durante el parto, uso inadecuado de ciertos medicamentos (como aminoglucósidos, citotóxicos, antipalúdicos y diuréticos), y la ictericia grave durante el periodo neonatal.

Por otra parte, las causas que la originan pueden darse a lo largo del tiempo y pueden aparecer en cualquier momento de la vida debido a una variedad de factores, como enfermedades infecciosas como meningitis, sarampión y parotiditis, infecciones crónicas del oído, acumulación de líquido en el oído (otitis media), el consumo de ciertos medicamentos, lesiones en la cabeza o en los oídos, exposición prolongada a ruidos fuertes, exposición a sonidos intensos durante actividades recreativas, el proceso natural del envejecimiento (que implica la degeneración de las células sensoriales) y la obstrucción del canal auditivo por cera o cuerpos extraños.

2.2.3. Epidemiología de la sordera

Según la OMS (2019) más del 5% de la población mundial equivalente a 466 millones de personas padecen pérdida de audición discapacitante, de las cuales 34 millones son niños y 432 millones son adultos. Se estima que en el año 2050 alrededor de 900 millones de personas, es decir, una de cada diez tendrá pérdida de audición.

En Perú, en el año 2012 se realizó la primera encuesta nacional especializada sobre discapacidad y se encontró que 532 mil 209 personas presentan limitaciones auditivas permanentes, lo cual representa el 1,8% de la población total (INEI, 2014). De acuerdo al Observatorio Nacional de la Discapacidad (2016), el 14.4% del total de inscritos en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad poseen deficiencia en la audición, 43% son mujeres y 57% hombres; la mayoría son jóvenes entre 18 y 29 años (22.3%), seguidos por los niños,

niñas y adolescentes (21.7%), las personas adultas mayores con 20.9% y los adultos entre 30 y 44 años (19.3%).

2.3. La lengua de señas peruana (LSP)

La lengua de señas, en general, surge como una necesidad imperiosa para poder comunicarse, desarrollada a partir de principios conceptuales y prácticos llevados a cabo por la propia comunidad de personas sordas, sin apoyo del grupo mayoritario de oyentes, esto debido a una tradición de estigmatización e ignorancia. (Rodríguez y Velásquez, 2000)

Rodríguez (2018) señala que la Lengua de Señas Peruana (LSP) ha sido marginada y poco estudiada, es por eso que se desconoce la entera variedad de LSP que existen en el país; también señala que no existe un solo artículo que hable sobre la gramática de la LSP, lo que hace que este tema deba ser abordado e investigado mucho más y con mayor profundidad.

2.3.1. Historia

El origen de la lengua de señas en el Perú se remonta a épocas precolombinas, lo que indica que aparece antes de la llegada del español. Esta lengua nació con el afán de poder comunicar a dos personas sordas, por ello se tuvo que crear un sistema de signos que involucre los aspectos visual, espacial, gestual y manual, llegando así a la LSP que conocemos en la actualidad.

Llegado el año 1958 se fundó la Asociación de Sordos del Perú, con la finalidad de revalorar los derechos de las personas sordas, sin embargo, esta fue dejada de lado por sucesivos gobiernos y no fue sino hasta el año 1987, cuando el Ministerio de Educación de aquel entonces publicaría un Manual de Lengua de Señas, con vocabulario básico y organizado por niveles, el cual resultaría siendo el primer acercamiento con la cultura sorda.

En el año 1996 se reimprimió el manual antes mencionado y se reprodujeron una serie de videos educativos, los cuales fueron transmitidos por señal abierta, en los que se impartía la enseñanza de la lengua de señas peruana; al año siguiente se lanza un segundo tomo que complementaría a la primera parte. Años más tarde, en el 2010, entra en vigor la Ley 29535, la cual incorpora de manera oficial a la Lengua de Señas Peruana como lengua originaria del Perú de manera formal, en donde se destaca, además, la figura de la persona sorda como una persona que posee las mismas condiciones que cualquier otro ciudadano del país, llegando todo esto a ser avalado por la federación mundial de sordos. (Oviedo, 2015)

Es importante mencionar que la LSP posee variaciones a lo largo y ancho del país, por ejemplo: las señas usadas en Lima, no son las mismas que las usadas en Trujillo, Arequipa, Cusco, Chiclayo o Iquitos, por lo que en muchas oportunidades resulta siendo un problema al momento en el que dos personas sordas de diferentes lugares del país, intentan comunicarse. (E. Parks & Parks, 2010)

De un tiempo a esta parte, la LSP ha entrado en un desfase generacional a causa de la globalización y el libre acceso a Internet, por lo que las nuevas generaciones manejan un código variado con respecto a las antiguas generaciones; un claro ejemplo de esto se da en el abecedario, ya que los jóvenes menores de 30 años emplean variantes para algunas letras como son el caso de las letras: “d”, “e”, “f”, “g”, “h”, “i”, “s”, “j” y “z”, debiéndose esto, a que los jóvenes sordos han sido influenciados por la Lengua de Señas Americana (ASL), absorbiendo mucho de esto de esta cultura, no obstante, esto no implicaría, necesariamente, que entiendan en mayor medida la gramática americana (E. Parks & Parks, 2010).

2.3.2. El modelo lingüístico

La constante exposición por parte de la persona sorda hacia el castellano escrito, ha hecho que muchos de los integrantes de dicha comunidad se vuelvan expertos en la

comprensión de ambos idiomas, lo que al fin de cuentas resulta siendo un excelente puente en la búsqueda por afianzar ambas realidades y lo que a la postre generaría más oportunidades de superación y realización por parte de las personas con discapacidad auditiva.

El Ministerio de Educación (MINEDU) en el año 2020, mediante la Resolución Ministerial N°124, presentó el perfil del modelo lingüístico como el siguiente:

- Participa de manera eficiente con la comunidad educativa, facilitando el aprendizaje de los estudiantes sordos y el acercamiento entre ellos.
- Embajador de su lengua y cultura. Es el modelo para el aprendizaje de la LSP en estudiantes sordos, con amplio dominio del castellano escrito.
- Cuenta con diversos recursos pedagógicos y tecnológicos para colaborar con el aprendizaje de estudiantes sordos, así como adapta y explica la información que da el docente.

2.3.3. El rol del intérprete

En el Perú, el Intérprete de Lengua de Señas nació por la necesidad de ser un puente entre las personas oyentes (expertos en la lengua oral) y las personas sordas (expertos en la Lengua de Señas Peruanas). Cabe destacar que este rol nace de la práctica y no de manera formal. En la actualidad existen pocos Centros de Educación Superior que impartan el curso de lengua de señas peruana de manera profesional, así como diversos grupos, asociaciones y comunidades que brindan capacitación, formación y certificación en LSP.

Según el Decreto Supremo N° 006, emitido por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) en el año 2017, estableció que el intérprete para las personas sordas puede ser un intérprete de lengua de señas peruanas y/o un intérprete empírico, siendo el primero, aquel que ha obtenido el título de intérprete de lengua de señas peruana en una institución de educación superior y el último, aquel que a partir de la convivencia, experiencia y cursos

realizados en lengua de señas ha adquirido experticia interpretando expresiones de la lengua de señas en sus respectivos equivalentes y viceversa, de la lengua oral a la lengua de señas.

2.3.4. Marco normativo de la LSP

En el año 2017 se promulgó el Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29535, Ley que otorga Reconocimiento Oficial a la Lengua de Señas Peruana, el cual contempla:

- Fomento de iniciativas innovadoras y de investigación que impulsen el estudio, el desarrollo y la aplicación de la LSP con la participación activa de la comunidad sorda y organizaciones afines.
- Garantizar el acceso de las personas con discapacidad auditiva a la educación en todos los niveles y modalidades mediante los medios de enseñanza más adecuados para su aprendizaje, lo que contribuirá al desarrollo social y familiar
- Toda institución pública y privada está obligada a asegurar la enseñanza y el aprendizaje de la lengua de señas a los estudiantes con discapacidad auditiva, siguiendo los estándares del Currículo Nacional de Educación Básica.
- Las instituciones públicas y privadas deben promover la participación de modelos lingüísticos que ayuden al desarrollo de la lengua de señas peruana, así como facilitar la comunicación efectiva entre los docentes y los estudiantes.
- La promoción y difusión de la lengua de señas será liderada por el Poder Ejecutivo en colaboración con los Gobiernos Regionales y Locales, así como otras entidades públicas y privadas.
- Acreditación de los intérpretes de la lengua de señas, tanto profesionales como empíricos.

- Proporcionar servicios de intérpretes para personas sordas en entidades e instituciones que ofrecen servicios públicos y privados.
- Crear un registro de intérpretes para personas sordas.

2.4. Propiedades psicométricas

La psicometría es una de las herramientas más importantes que los científicos sociales deben manejar, ya que en función de un resultado podemos tomar decisiones y dar un alcance más preciso con respecto a lo que se ha medido. Por ejemplo: si se toma una prueba de ansiedad a un paciente “x”, los resultados de la misma pueden ser trascendentales para plantear planes estratégicos que sugieran realizar acciones específicas, en pos de la mejora de la salud mental de la persona afectada; es ahí en donde radica la importancia de cuán válido y confiable debe ser un instrumento, es por ello que es de vital importancia analizar las propiedades psicométricas del instrumento que se va a utilizar.

La validez y la confiabilidad son las propiedades que le pertenecen a un instrumento y garantizan resultados certeros y seguros al momento de medir un constructo o variable, es por ello que son indispensables a la hora de hacer investigación, ya que aseguran la obtención de datos certeros con respecto a la medición de alguna variable en particular.

La confiabilidad y la validez son constructos inherentes a la investigación desde la perspectiva positivista para otorgarle a los instrumentos y a la información recabada, exactitud y consistencia necesarias para efectuar las generalizaciones de los hallazgos, derivadas del análisis de las variables en estudio. (Hidalgo, 2006, p.8)

Prinsen et al. (2018) señalan que la validez se refiere a grado en el que una medida de resultado mide el constructo que pretende medir y que contiene las propiedades de medición: la validez de contenido (incluida la validez aparente), la validez de constructo (incluida la validez estructural, la prueba de hipótesis y la validez transcultural) y la validez de criterio.

Asimismo, refieren que la confiabilidad es el grado en que la medición está libre de errores de medición y contiene las propiedades de consistencia interna, confiabilidad y error de medición.

La Taxonomía COSMIN, desarrollada por Prinsen et al., antes mencionados, señala que el orden de importancia de las propiedades psicométricas la encabeza la validez de contenido, ya que los elementos, las tareas, las observaciones y parámetros son relevantes con respecto a la construcción de la población de interés, luego le sigue la estructura interna de un instrumento, por el valor de la relación de los elementos, tareas y/o parámetros y cómo estos se pueden combinar en una escala o subescala. Finalmente, la confiabilidad, el error de medición, la validez de criterio, las pruebas de hipótesis para la validez de construcción y la capacidad de respuesta completan la lista en orden de jerarquía.

2.5. Pruebas psicométricas que miden depresión

Siendo la depresión uno de los trastornos mentales más frecuentes de la población general, es importante hacer una revisión de algunas pruebas que miden dicha variable. Entre los test más conocidos tenemos:

- La escala de Depresión de Zung: La cual consta de 20 preguntas, y cuyas puntuaciones oscilan entre 20 y 80 puntos, siendo un puntaje mayor a 50 considerado como presencia de Depresión.
- La escala de Valoración de Hamilton para evaluar la Depresión: La cual consta de 21 ítems y cuya puntuación oscila entre 0 y 9, siendo un puntaje mayor de 3 como indicador de Depresión.

El Cuestionario de Salud General de Goldberg, consta de 28 ítems, y se subdivide en 4 escalas, siendo la escala B y la D, las que miden de manera adecuada la ansiedad y la depresión, respectivamente.

En el año 1961, Beck et al., ante la necesidad de crear una herramienta que sirva para la medición de la depresión, crean una prueba autoadministrada basándose en criterios clínicos recogidos de los manuales y de la experiencia en consulta, después de un tiempo, en el año 1971, Beck, Beck y sus colaboradores emplean la versión modificada del BDI en el centro de terapia cognitiva de la Universidad de Pennsylvania, de esta forma suprimieron algunas palabras y frases que muestren redundancia y generen confusión. Más tarde, en 1987, se publicó el manual técnico para el inventario de depresión de Beck adaptado (BDI-IA). Sin embargo, la forma final del inventario de Beck (BDI-II) se realizó en 1996, adaptándose a los nuevos criterios diagnósticos citados por la OMS, agrupando a los ítems en dos bloques: somático-afectivo y cognitivo, teniendo así una valoración más exacta sobre dicho trastorno.

2.6. Proceso de adaptación de pruebas psicométricas para personas sordas

Las adaptaciones son bastante frecuentes en el campo de la psicología, ya que existen muchas poblaciones por estudiar, cada una de ellas con características que las hacen únicas y diferentes del resto. En ese sentido, por ejemplo, podemos referirnos a la población de un determinado país, la cual maneja sus propias reglas culturales y códigos, y dentro de ella algunas específicas que cuentan con identidad y cultura propia, como es el caso de las personas sordas, las cuales manejan una lengua diferente del español, la Lengua de Señas Peruana (LSP).

Tanto en el Perú como en la mayor parte del continente americano, se carece de pruebas adaptadas para las personas sordas (exceptuando a Estados Unidos, Brasil y México), lo que muestra un camino poco recorrido para investigadores que buscan realizar lo propio en sus latitudes.

En la recopilación de pruebas adaptadas para la población sorda y sordociega, que realizó Torres (2019), se puede observar que un punto importante al momento de realizar la adaptación, es el de trabajar con un formato visual que permita la decodificación de correcta

del mensaje a partir de la Lengua de Señas, tal como se muestra en la figura 1, la cual pertenece al BDI-II versión mexicana para personas sordas señantes de la Lengua de Señas Mexicana.

Figura 1

BDI-II de Beck versión mexicana (ASM)



Para una correcta adaptación de un test a LS, es importante realizarla buscando la equivalencia semántica entre la lengua escrita y la lengua de señas. Por ejemplo, en la adaptación del BDI-II de Beck para personas sordas prelocutivas peruanas, se comenzó realizando un video en donde se detalla el objetivo de la prueba y las instrucciones, tal y como se muestra en la figura 2, acto seguido, cada una de las preguntas con sus respectivas alternativas de respuesta (ver figura 3).

Figura 2


Introducción del BDI – II LSP



Figura 3

Adaptación semántica y a LSP del ítem 16 del BDI-II

PREGUNTA N°16



16. ¿Antes por dos semanas hasta hoy yo no duermo bien, por ejemplo: dormir más o dormir menos? *

- 1. No, yo dormir normal.
- 2. Sí, ahora yo dormir un poco más.
- 3. Ahora yo dormir mucho.
- 4. Yo dormir todo el día.
- 5. Sí, ahora yo dormir poco.
- 6. Ahora yo dormir muy poco.
- 7. Sí, me despierto 1 o 2 horas antes y es difícil volver a dormir.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Las adaptaciones, estandarizaciones y creaciones de pruebas psicológicas se encuentran dentro de las investigaciones psicométricas, tal como lo sugiere Alarcón (1991), en ese sentido, esta investigación ha evaluado las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad del Inventario BDI-II de Beck, adaptando dicha versión a una realidad de personas sordas, de la misma manera este trabajo se constituyó como una investigación instrumental de carácter básico, ya que no pretendió modificar la realidad sobre la que se trabaja.

El diseño de la presente investigación es de tipo no experimental y exploratorio-descriptivo, y ha buscado analizar los criterios de fiabilidad y validez requeridos.

3.2. Ámbito temporal y espacial

La adaptación del Inventario de Depresión de Beck –II se llevó a cabo entre los meses de setiembre - diciembre del año 2022 y enero - abril del año 2023. La recolección de los datos se inició en las primeras semanas del mes de diciembre del año 2022. Esta investigación se realizó en la ciudad de Lima Metropolitana de manera virtual y mediante un formulario de Google.

3.3. Variables

3.3.1. Variable: Depresión

3.3.1.1. Definición conceptual. Son el conjunto de dos componentes, el componente cognitivo afectivo, que hace referencia a una serie de manifestaciones a nivel de pensamiento, como de emociones y afectos experimentados en las dos últimas semanas como indicadores clínicos de depresión y por último un componente que evalúa las reacciones somático-vegetativas, las cuales se manifiestan de manera física como indicadores, también, de una persona que padece de depresión. (Beck et al. 1973)

3.3.1.2. Definición operacional. Para valorar la depresión en personas sordas se empleará el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en el contexto de Lima metropolitana.

3.4. Población y Muestra

La población se encontró determinada por el Universo de personas sordas que viven en Lima Metropolitana, la cual asciende a 222 mil 519 personas sordas representando así, al 2,3% del total de personas que viven en dicha localidad (INEI, 2012). Por otro lado, la obtención de la muestra fue de tipo no probabilístico por conveniencia y su tamaño fue determinado por los parámetros estadísticos: tamaño del efecto ($p=.3$), error probabilístico ($\alpha=.05$) y potencia ($\beta=.83$), llegando a un tamaño de muestra $n=70$, lo que se equipara proporcionalmente a estudios similares, como los realizados en España y en México en donde se trabajó con 144 y 100 participantes respectivamente.

En la tabla 1, se observa que el 42,9 % son hombres y el 57,1% son mujeres. Además, el promedio de edad es de 31,4 años, la mediana de 29,5 y la moda 19 años de edad.

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra

Sexo	fi	%	Edad		
			Media	Mediana	Moda
Masculino	30	42.90%	29.4	28	19
Femenino	40	57.10%	32.9	33	20
Total	70	100%	31.4	29.5	19

3.4.1. Criterios de inclusión

- Personas sordas jóvenes y adultas cuyas edades estén entre 13 y 65 años residentes en Lima metropolitana.
- Personas sordas usuarias de la lengua de señas peruana (LSP).

3.4.2. Criterios de exclusión

- Personas sordas que manifiesten un evidente malestar psicológico que imposibilite la evaluación.

3.5. Instrumentos

En el año 1961 Beck et al. ante la necesidad de crear una herramienta para la medición de la depresión, crean una prueba autoadministrada basándose en criterios clínicos recogidos de los manuales y de la experiencia en consulta, después de un tiempo, en el año 1971, Beck y sus colaboradores emplean la versión modificada del BDI en el centro de terapia cognitiva de la Universidad de Pennsylvania, de esta forma suprimieron algunas palabras y frases la redundancia y la confusión. Más tarde, en 1987, se publicó el manual técnico para el inventario de depresión de Beck adaptado (BDI-IA). Sin embargo, la forma final del inventario de Beck (BDI-II) se realizó en 1996, adaptándose a los nuevos criterios diagnósticos citados por la OMS, agrupando a los ítems en dos bloques: somático-afectivo y cognitivo, teniendo así una valoración más exacta sobre dicho trastorno.

En relación a sus propiedades psicométricas, el BDI-II ha mostrado una alta consistencia interna ($\alpha=.88$), asimismo, la validez de constructo, obtuvo puntaje alto, determinándose la prueba como válida.

El BDI-II de Beck, es un instrumento de autoaplicación que consta de 21 ítems, el cual fue diseñado para medir la depresión desde un estado leve hasta un estado severo, dirigido a adultos y jóvenes a partir de los 13 años de edad. Cada uno de los ítems posee 4 alternativas de respuesta, las cuales se encuentran ordenadas de menor a mayor gravedad y responden a una frase que describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día mismo de la evaluación (Beck et al., 1996). Se asignan puntajes de 0 a 3, pudiendo obtenerse un puntaje final oscilante desde los 0 hasta los 63 puntos, dividiéndose en niveles, tal y como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2*Niveles del BDI-II propuestos por Beck, Steer y Brown (1996)*

Puntaje	Niveles de depresión
De 0 a 13 puntos	Depresión mínima
De 14 a 19 puntos	Depresión leve
De 20 a 28 puntos	Depresión moderada
De 29 a 63 puntos	Depresión grave

Para la presente investigación se empleó la versión adaptada del BDI-II que se realizó en Argentina, realizada por Brenlla y Rodríguez en el año 2006, la cual resultó confiable ($\alpha=.88$), así como válida. Cabe destacar que Barreda (2019), estudió las propiedades psicométricas de la adaptación de Brenlla y Rodríguez en una muestra clínica conformada por 400 personas en consulta externa de un hospital, obteniendo un alfa de .93, lo que evidencia una buena consistencia interna y un 100% de ítems válidos.

3.6. Procedimiento

Se solicitó realizar la investigación y la aplicación de la prueba en asociaciones como: ASORELLI, ASPASORP, MANOS QUE EXPRESAN, LE EMILIANO PISCULICH RAMÍREZ, CEBE SMG, AYLLU, ASJ, entre otras.

La adaptación y la traducción del instrumento se llevó a cabo en varias fases. La primera fase consistió en realizar la adaptación de las preguntas del BDI-II a formato de pregunta, siguiendo la recomendación que se hizo efectiva en la adaptación del instrumento en España (Estrada, 2008). Para ello se adaptaron las preguntas con la ayuda de dos psicólogos y una intérprete de LSP. La segunda fase consistió en simplificar las preguntas del español escrito a uno de orden sordo, más sencillo, antes de la grabación de los videos, para lo cual conté con el apoyo de dos modelos lingüísticos y una intérprete. La tercera fase consistió en realizar un

video en el que un modelo lingüístico especificó las instrucciones, así como cada uno de los 21 ítems. La cuarta fase fue realizar una prueba piloto, en donde 7 personas sordas determinaron que la prueba y los 21 ítems de la misma estaban claros. La quinta fase fue dirigida por un experto en LSP en donde se reeditaron dos veces todos los videos. La sexta fase fue evaluada por otro experto en LSP, luego de ello se realizaron dos ediciones más, quedando como resultado la versión final del instrumento al que denominamos BDI-II LSP.

3.7. Análisis de datos

Para hallar la validez de constructo se realizó el análisis factorial exploratorio, mediante el método de residuos mínimos, elegido por su eficiencia y robustez (Kaiser, 1960), mientras que, para el análisis factorial confirmatorio, se empleó el método de máxima similitud, ya que es el más eficiente y preciso para estimar los parámetros del modelo (Jöreskog, 1969). Por otro lado, la validez de contenido se obtuvo a través del criterio de jueces mediante el CVC (Coeficiente de validez de contenido), el cual resulta claro, práctico y puede ser hallado a partir de la valoración de 3 expertos como mínimo. (Hernández-Nieto, 2002)

Para determinar la confiabilidad del instrumento se utilizaron el Alfa de Cronbach y el Omega de McDonald, los cuales, en conjunto, evalúan la consistencia interna y pueden resultar complementarios al momento de interpretar los resultados (Maxwell, 2013). Finalmente, la calidad de los ítems fue evaluada a partir el análisis ítem test, ya que estudia la relación que guardan cada uno de ellos con respecto al constructo que se está midiendo. (Wright, 1977)

IV. RESULTADOS

4.1. Evaluación de las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad

En la presente investigación se evaluaron las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad de la adaptación del BDI-II de Beck para la medición de la Depresión en personas sordas prelocutivas de Lima Metropolitana.

4.1.1. Adaptación semántica y lingüística del BDI-II para la medición de la depresión en personas sordas prelocutivas de Lima Metropolitana

Cada uno de los 21 ítems pasaron por 2 procesos previos antes de su forma final, en donde, con el apoyo de expertos (sordos) en LSP, se tradujeron a forma de pregunta, para luego transcribirlos a un orden sordo, dándole un giro sintáctico y semántico que resulte entendible para dicha comunidad. Por ejemplo, la expresión “en las últimas dos semanas...”, del test original, ha sido reemplazada por el equivalente “Antes por dos semanas...”. Lo mismo ocurre con otras expresiones, frases, palabras y oraciones, en algunos casos alterándose el tiempo y la sintaxis, tal y como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3

Adaptación semántica y lingüística de los 21 ítems del BDI-II a orden sordo

Ítems originales del BDI-II	Ítems adaptados a orden sordo
Tristeza	¿Antes por dos semanas hasta hoy me siento triste?
Pesimismo	¿Antes por dos semanas hasta hoy pienso: “En el futuro todo es peor”?
Fracaso	¿Antes por dos semanas hasta hoy me equivoco en todo?
Pérdida de placer	¿Antes por dos semanas hasta hoy no disfruto las cosas que me gustan?
Sentimientos de culpa	¿Antes por dos semanas hasta hoy me siento culpable de lo que hice en el pasado con otra persona o a mí mismo?

Tabla 3 *Continuación*

Sentimientos de castigo	¿Antes por dos semanas hasta hoy pienso que me castigan por otras personas o Dios?
Disconformidad con uno mismo	¿Antes por dos semanas hasta hoy no acepto como soy, tampoco me gusta yo?
Autocrítica	¿Antes por dos semanas hasta hoy en casa, calle, con amigos o familia, yo pienso: “está mal todo lo que hago”?
Pensamientos o deseos suicidas	¿Antes por dos semanas hasta hoy yo pienso en matarme?
Llanto	¿Antes por dos semanas hasta hoy yo quiero llorar?
Agitación	¿Antes por dos semanas hasta hoy yo me siento nervioso?
Pérdida de interés	¿Antes por dos semanas hasta hoy no tengo el mismo interés: por las personas, en mis actividades y las cosas?
Indecisión	¿Antes por dos semanas hasta hoy decidir es muy difícil?
Desvalorización	¿Antes por dos semanas hasta hoy siento que “Yo no soy importante”?
Pérdida de la energía	¿Antes por dos semanas hasta hoy siento que yo no tengo la fuerza/energía?
Cambios en los hábitos de sueño	¿Antes por dos semanas hasta hoy yo no duermo bien, por ejemplo: dormir más o dormir menos?
Irritabilidad	¿Antes por dos semanas hasta hoy me molesto rápido?
Cambios en el apetito	¿Antes por dos semanas hasta hoy yo comer menos o comer más?
Dificultad de concentración	¿Antes por dos semanas hasta hoy yo atender (atención): colegio, trabajo, familia, amigos?
Cansancio o fatiga	¿Antes por dos semanas hasta hoy yo siento que estoy cansado para hacer las cosas?
Pérdida de interés en el sexo	¿Antes por dos semanas hasta hoy siento que el sexo no es importante? No tengo interés.

En ese sentido la forma final de la adaptación del test se realizó en formato de video, el cual se evidencia en la portada del cuestionario virtual, tal y como se presenta en la Figura 4.

Figura 4

Portada del BDI-II LSP



4.1.2. Identificación de la validez del BDI-II para la medición de la depresión en personas sordas prelocutivas de Lima Metropolitana

Dentro del análisis descriptivo de los resultados de los ítems, podemos apreciar que la pregunta 21 es la que posee mayor media, en tanto que el ítem 9 posee menor media, por otro lado, podemos decir que la mayoría de respuestas oscilaron entre 0 y 1, tal y como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos de los 21 ítems del BDI-II LSP

	Media	Mediana	Moda	DE	Varianza
1. Tristeza	0.800	1	0	0.809	0.655
2. Pesimismo	0.629	1	0	0.685	0.469
3. Fracaso	0.643	1	1	0.66	0.436
4. Pérdida del placer	0.886	1	1	0.826	0.682
5. Sentimientos de culpa	0.557	0	0	0.629	0.395
6. Sentimientos de castigo	0.471	0	0	0.653	0.427
7. Disconformidad con uno mismo	0.457	0	0	0.716	0.513
8. Autocrítica	0.471	0	0	0.696	0.485
9. Pensamientos o deseos suicidas	0.186	0	0	0.427	0.182
10. Llanto	0.700	0.5	0	0.805	0.648
11. Agitación	0.471	0	0	0.696	0.485
12. Pérdida de interés	0.514	0	0	0.794	0.630
13. Indecisión	0.571	0	0	0.753	0.567

Tabla 4 *Continuación*

14. Desvalorización	0.557	0	0	0.773	0.598
15. Pérdida de la energía	0.629	0	0	0.802	0.643
16. Cambios en los hábitos de sueño	0.814	1	0	0.937	0.878
17. Irritabilidad	0.829	1	1	0.798	0.637
18. Cambios en el apetito	0.671	0	0	0.863	0.746
19. Dificultad de concentración	0.471	0	0	0.696	0.485
20. Cansancio o fatiga	0.929	1	1	0.84	0.705
21. Pérdida de interés en el sexo	1.071	1	0	1.208	1.459

La validez del instrumento fue obtenida mediante dos modalidades: La validez de contenido, la cual se obtuvo a través de la participación de 3 expertos sordos usuarios de LSP, siendo la primera de ellos Máster en Educación por la Universidad de Gallaudet en el estado de Washington D.C., EEUU, experiencia en docencia universitaria y gestión pública como regidora, el segundo con formación internacional en educación, Director del Centro Ayllu - LSP y referente de la comunidad sorda en el país y el último, creador de la asociación Manos que expresan, todos con más de 10 años de difusión de la cultura sorda en el Perú.

Para obtener la Validez de contenido se empleó la fórmula de Hernández-Nieto (2002), tal y como se muestra en la tabla 5, a su vez que se diseñó una ficha de validación con cada uno de los criterios que menciona dicho autor (tabla 6), sumado unas diapositivas de apoyo para la mejor comprensión de los indicadores, con la finalidad de que cada experto indique la valoración que le daba a cada ítem. De esta forma se obtuvo un CVC (Coeficiente de validez contenido) de .85, calificando a la prueba de concordancia buena. Para la validez de constructo se utilizaron las pruebas KMO y la prueba de esfericidad de Barlett, obteniendo un coeficiente

de .82 y una significancia < .001 lo que indica una adecuada concordancia con respecto a la prueba, la cual se puede apreciar en la tabla 7.

Tabla 5

Fórmula del CVC de Hernández Nieto

$$CVC = \frac{M_x}{V_{mx}} - \left(\frac{1}{J}\right)^J$$

CVC: Coeficiente de validez de contenido

M_x: Promedio de valoración de los expertos

V_{mx}: Valoración máxima posible de la escala

J: Número de Jueces

Tabla 6

Criterios de evaluación para la validación según Hernández Nieto (2002)

1. Coherencia: El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.
2. Claridad: El ítem es claro y se entiende.
3. Escala: El ítem puede ser respondido de acuerdo a la escala que presenta el instrumento.
4. Relevancia: El ítem es relevante para cumplir con las preguntas y objetivos de investigación.

Tabla 7

Coeficiente de validez de contenido y validez de constructo

Validez de contenido		Validez de constructo		
CVC	.85	KMO	Adecuación del muestreo	.82
N jueces	3	Prueba de esfericidad de Barlett	Aprox. Chi cuadrado	670.267
			Sig.	.000

Con los índices de KMO y la prueba de esfericidad aceptables se procedió a realizar el análisis factorial exploratorio de los ítems para determinar el ajuste del modelo, el cual, como se aprecia en la Tabla 8, posee un ajuste razonablemente bueno con un RMSEA = .08, a la vez que se observa que los ítems de la prueba se agrupan en un solo factor determinante, tal y como se presenta en la figura 5. Cabe recalcar que al realizar el análisis paralelo también se observó que los reactivos se agrupaban en un único gran factor.

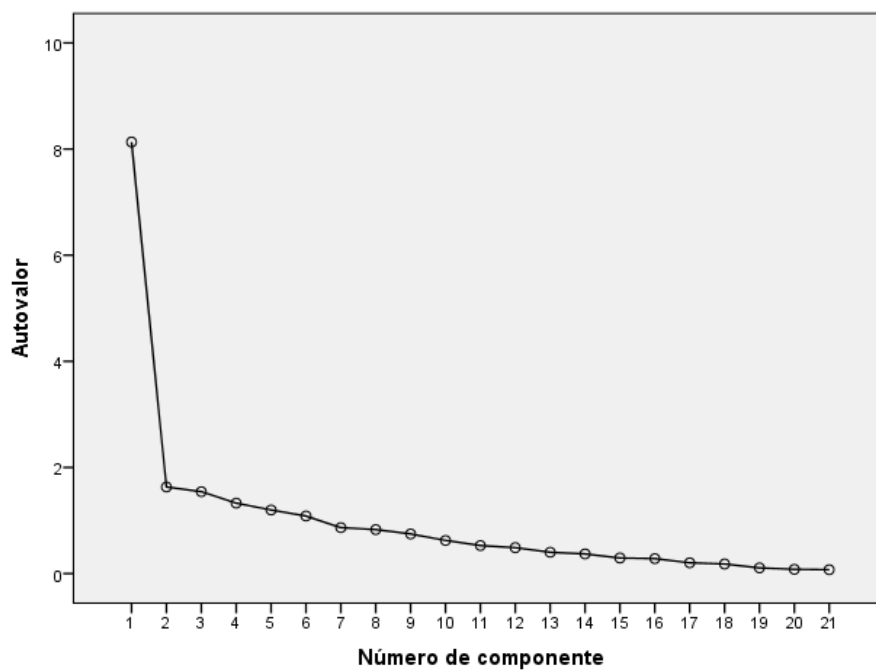
Tabla 8

Medidas de Ajuste del Modelo según el Análisis Factorial Exploratorio

RMSEA	IC 90% del RMSEA		TLI	BIC	Prueba del Modelo		
	Inferior	Superior			χ^2	gl	p
0.0884	0.0698	0.110	0.776	-508	295	189	< .001

Figura 5

Gráfico de sedimentación del análisis factorial exploratorio de los 21 ítems del BDI-II LSP



Asimismo, se observó en el análisis cuánto aporta cada ítem al test en general, tal y como se observa en la tabla 9 podemos observar que la mayoría de ítems aportan a la varianza total con más del 50% como mínimo, con excepción de los ítems 2, 3, 6, 15 y 21, siendo este el que menos aporta con menos del 30%.

Tabla 9

Tabla de cargas factoriales de los 21 ítems del BDI-II LSP

	Factor 1
1. Tristeza	0.723
2. Pesimismo	0.450
3. Fracaso	0.384
4. Pérdida de placer	0.565
5. Sentimientos de culpa	0.675
6. Sentimientos de castigo	0.394
7. Disconformidad con uno mismo	0.628
8. Autocrítica	0.680
9. Pensamientos o deseos suicidas	0.542
10. Llanto	0.746
11. Agitación	0.663
12. Pérdida de interés	0.549
13. Indecisión	0.579
14. Desvalorización	0.759
15. Pérdida de la energía	0.434
16. Cambios en los hábitos de sueño	0.648
17. Irritabilidad	0.728
18. Cambios en el apetito	0.694
19. Dificultad de concentración	0.524
20. Cansancio o fatiga	0.690
21. Pérdida de interés en el sexo	0.207

Por otro lado, luego de realizar el análisis factorial confirmatorio, se observa cómo el único gran factor se relaciona con los reactivos (figura 6) además de obtener los índices de ajuste del modelo, los cuales son más bajos de lo esperado, tal como se aprecia en la tabla 10.

Figura 6

Diagrama de flujo para el análisis factorial confirmatorio

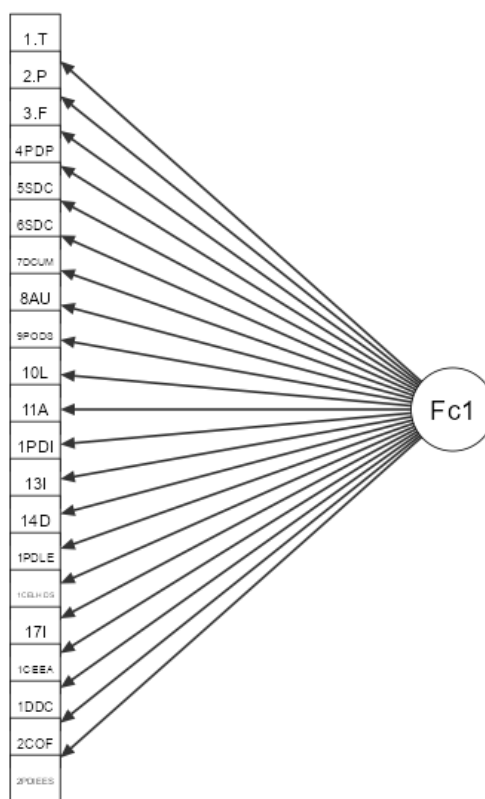


Tabla 10

Tabla de medidas de ajuste de los ítems del BDI-II LSP para el Análisis Factorial Confirmatorio

CFI	TLI	RMSEA	IC 90% del RMSEA	
			Inferior	Superior
0.763	0.737	0.107	0.0887	0.125

La aplicación del BDI-II LSP obtuvo puntajes que oscilan entre 0 y 37, teniendo una media de 13,3. Esta medida resulta por debajo de la media de los datos obtenidos por Barreda (2019) en donde obtuvo una media de 22.08. En ese sentido estos resultados se comparan con las de otras comunidades sordas tal como se observa en la tabla 11.

Tabla 11

Comparación de los indicadores depresivos obtenidos en la adaptación del BDI-II de Beck con respecto a otras investigaciones

Estudio	Muestra	Media		
		Mujeres	Hombres	Ambos
Estrada (2006)	Sordos prelocutivos profundos de España	10.2	8.7	9.4
Estrada y Ruiz (2012)	Sordos prelocutivos profundos de México	16.9	14.5	17.8
Barreda, D. (2019)	Pacientes oyentes de consulta externa en Lima			22.08
Villanueva, D. (este estudio)	Personas sordas usuarias de LSP	15	11.2	13.32

4.1.3. Identificación de la confiabilidad del BDI-II para la medición de la depresión en personas sordas prelocutivas de Lima Metropolitana

Para la medición de la confiabilidad se aplicó el alfa de Cronbach y el omega de McDonald, obteniendo un coeficiente de .90 y .91, respectivamente lo cual indica una excelente consistencia interna entre los ítems del test y es claramente comparable con otros estudios, tal y como se muestra en la tabla 12.

Tabla 12*Comparación de la consistencia interna del alfa de Cronbach con otras investigaciones*

Estudio	Muestra	α de Cronbach	ω de McDonald
Estrada (2006)	Sordos prelocutivos profundos de España	.88	-
Estrada y Ruiz (2012)	Sordos prelocutivos profundos de México	.90	-
Barreda, D. (2019)	Pacientes oyentes de consulta externa en Lima	.93	-
Villanueva, D. (este estudio)	Personas sordas usuarias de LSP	.90	.91

También se realizó el análisis ítem test para hallar la relación de cada reactivo con respecto al constructo, obteniéndose de esta forma una correlación fuerte para los ítems 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, una correlación moderada para los ítems 2, 3, 6, 15 y una correlación débil para el ítem 21, con lo que, si se descartase dicho ítem el α de Cronbach sería de .919 tal y como se aprecia en la tabla 13.

Tabla 13*Análisis ítem test del BDI-II LSP*

	Correlación de Pearson	Si se descarta el ítem
		α de Cronbach
1. Tristeza	0.676	0.902
2. Pesimismo	0.450	0.907
3. Fracaso	0.361	0.909
4. Pérdida del placer	0.544	0.905
5. Sentimientos de culpa	0.624	0.904
6. Sentimientos de castigo	0.371	0.909
7. Disconformidad con uno mismo	0.588	0.904
8. Autocrítica	0.648	0.903
9. Pensamientos o deseos suicidas	0.510	0.907

Tabla 13 *Continuación*

10. Llanto	0.696	0.901
11. Agitación	0.615	0.904
12. Pérdida de interés	0.532	0.905
13. Indecisión	0.562	0.905
14. Desvalorización	0.713	0.901
15. Pérdida de la energía	0.421	0.908
16. Cambios en los hábitos de sueño	0.621	0.903
17. Irritabilidad	0.701	0.901
18. Cambios en el apetito	0.667	0.902
19. Dificultad de concentración	0.506	0.906
20. Cansancio o fatiga	0.679	0.902
21. Pérdida de interés en el sexo	0.198	0.919

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo de la presente investigación fue el de analizar las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad en la adaptación del BDI-II de Beck en una muestra de 70 sordos prelocutivos peruanos usuarios de LSP.

En principio se confirmó una validez de contenido de concordancia buena ($CVC=.85$) y una validez de constructo de concordancia adecuada ($KMO=.82$), lo que indica que evalúa el constructo que pretende medir, que en este caso es la depresión. Dichos resultados son similares a los obtenidos por Estrada (2006), en donde observó que los reactivos se agrupan en dos factores, pero cuya mayor carga factorial es explicada por uno solo, tal y como en esta investigación en donde se obtuvo un único gran factor. No obstante, el que los índices de ajuste en el análisis factorial confirmatorio, hayan salido por debajo de lo esperado, puede deberse a que, si bien en el análisis factorial exploratorio señala que se agrupan en un solo factor, existen algunos otros ítems que tal vez midan otros aspectos. También cabe destacar que el análisis factorial confirmatorio al ser un modelo estricto, dificultaría que los 21 ítems en su conjunto midan una sola gran dimensión, sin embargo, se podría señalar algunas limitaciones que podrían alterar los resultados, como lo son: la inestabilidad de la muestra debido al tamaño que posee y ser una población que se ha estudiado poco.

En segunda instancia la confiabilidad obtenida en la presente investigación resultó excelente ($\alpha = .90$; $\Omega = .91$), lo que indica que, si a una persona se le aplica nuevamente el instrumento en las mismas condiciones, habrá una alta probabilidad de que el resultado sea el mismo. En ese sentido, los resultados obtenidos son similares a los obtenidos por Leigh (2001), en población sorda estadounidense, Estrada (2008, 2012), en poblaciones sordas española y mexicana y Barreda (2019) en población oyente peruana.

Las similitudes halladas de los resultados para distintas poblaciones pueden deberse a que el test de Beck es fácilmente adaptable, lo que explicaría las puntuaciones muy parecidas,

sobre todo cuando se comparan los resultados en poblaciones análogas como la peruana y mexicana, en donde la confiabilidad arrojó valoraciones idénticas ($\alpha = .90$). No obstante, los indicadores de depresión obtenidos en este trabajo, señalan una media por debajo de 4.5 puntos (13.30) con respecto a la obtenida en la población de sordos mexicanos (17.80), lo que indicaría una menor tendencia hacia la depresión para la población sorda peruana con respecto a la mexicana.

En el análisis de ítems se observó que los ítems: 2, 3, 6 y 15 obtuvieron una correlación moderada con respecto a la prueba ($.3 \leq r < .5$), los ítems 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 18, 19 y 20 obtuvieron una correlación fuerte ($.5 \leq r < .7$), en tanto que los ítems 14 y 17 obtuvieron una correlación muy fuerte ($.7 \leq r$)

Cabe recalcar que el ítem 21 (pérdida de interés en el sexo) no se relaciona de manera adecuada con el test ($r = .19$), por lo que, para el presente estudio, diríamos que no guarda correspondencia directa con el constructo, manteniendo consonancia con el trabajo de Estrada (2012) en población mexicana, en donde se observa que dicho reactivo es el que menos se relaciona con el instrumento ($r = .39$). Esto podría deberse a que, en el Perú, aún resulta difícil hablar abiertamente sobre sexo, con lo que no sorprendería porqué dicha pregunta fue la que obtuvo resultados más dispersos con respecto a los otros ítems.

El realizar este trabajo en una población escasamente estudiada en el Perú, supuso una serie de limitaciones y dificultades, siendo la más resaltante, la diferencia de lenguas, ya que dicha población maneja la Lengua de Señas Peruana (LSP), por lo que resultó un reto el poder acceder a dicha comunidad, ganar su confianza, explicar el proyecto y lograr su apoyo.

Ante el reto apareció una nueva modalidad y formato que hizo que la investigación tenga mayor impacto, el cual consistió en apoyarse en la tecnología, adaptar el instrumento a formato de video y convertirlo en un formulario digital, siendo algunas de las ventajas, el poder ser respondido por cualquier persona con acceso a internet, desde cualquier punto de la ciudad,

el país o el mundo y a cualquier hora. La limitante podría ser la no supervisión de la persona que realice el test, pudiendo existir algún tipo de sesgo.

Finalmente, cabe indicar, que el tamaño de la muestra obtenido ($n=70$) se debió a la singularidad de la población estudiada, por lo que podría haber un sesgo en la validez y confiabilidad de los resultados. No obstante, como se mencionó anteriormente, dicho tamaño es similar a los tamaños de muestra obtenidos en España ($n=144$) y México ($n=100$), países con mayor población a la peruana, por lo que en ello se respalda esta investigación.

VI. CONCLUSIONES

- El BDI-II LSP es una adaptación adecuada para la medición de la depresión en personas sordas prelocutivas usuarias de la Lengua de Señas Peruana.
- El BDI-II LSP es una adaptación válida para medir la depresión en personas sordas prelocutivas usuarias de la Lengua de Señas Peruana, según la validez de contenido (CVC=.85).
- El BDI-II LSP es una adaptación válida para medir la depresión en personas sordas prelocutivas usuarias de la Lengua de Señas Peruana, según la validez de constructo (KMO=.82).
- El BDI-II LSP es una adaptación confiable para medir la depresión en personas sordas prelocutivas usuarias de la Lengua de Señas Peruana ($\alpha = .90$).

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1. Replicar el presente trabajo en otras ciudades de interior del país que manejen la LSP, haciendo las adaptaciones pertinentes según sea el caso.
- 7.2. Ampliar la muestra de investigación para demostrar la invarianza de los resultados para tales condiciones.
- 7.3. Realizar un análisis comparativo sobre las propiedades psicométricas en una muestra que resuelva la prueba de manera remota y otra que la resuelva de manera personal y presencial.
- 7.4. Adaptar instrumentos que midan otros constructos, tales como: ansiedad, autoestima, personalidad, entre otros para ser aplicados en las personas sordas.

VIII. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – V)*. Editorial Médica Panamericana.
- Alarcón, R. (1991). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Fondo editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Barreda, D. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en psicología*, 22(1), pp. 39-52. <https://core.ac.uk/download/pdf/304896906.pdf>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), pp. 561–571. <https://doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1973). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Guilford Press.
- Beck, A., & Alford. B. (2009). *Depression: causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Brenlla, M. y Rodríguez, C. (2006). *Manual de Inventario de Depresión de Beck BDI II. Adaptación Argentina*. Editorial Paidós.
- Casas, D., Linares, M., Lemos, M. y Restrepo, D. (2009). Depresión y ansiedad en personas con deficiencia auditiva: revisión de literatura. *Revista virtual Universidad Católica del Norte*, 28(3), pp. 1-15. <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194214468012.pdf>
- Cuti, E. (2018). *Sistema antroponímico en la Lengua de Señas Peruana*. [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Decreto Supremo N° 006-2017 [con fuerza de ley]. Aprobación del reglamento de la Ley que Otorga el Reconocimiento Oficial a la Lengua de Señas Peruana. (15 de agosto del 2017). Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. <https://www.riadis.org/wp-content/uploads/2020/10/Decreto-Supremo-006-2017-MIMP.pdf>

Estrada, B. (2012). Beck Depression Inventory-II in Mexican Sign Language. Reliability and factorial data. *International Journal of Psychological Research*, 2(1), pp. 4-12. <http://www.ijmhd.org/index.php/ijmhd/article/view/11/10>

Estrada, B., Feyebach, D., Delgado, C. y Freire, R. (2008). Evaluación y Tratamiento de la sintomatología depresiva en personas sordas. *Psicología y Salud Universidad Veracruzana*, 18(1), pp. 99-106. <https://www.redalyc.org/pdf/291/29118111.pdf>

García, I. (2002). *Lenguaje de señas entre niños sordos de padres sordos y oyentes*. [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Hernández-Nieto, R. A. (2002). *Contributions to Statistical Analysis*. BookSurge Publishing.

Hernández, S., Baptista, P. y Fernández, C. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ª ed.). McGraw-Hill.

Hidalgo, L. (2006). Confiabilidad y Validez en el contexto de la investigación y evaluación cualitativa. *Paradigma*, 27, pp. 7-33. <http://www.ucv.ve/uploads/media/Hidalgo2005.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). Primera Encuesta Nacional Especializada sobre discapacidad 2012 (Biblioteca Nacional del Perú: 2014-04829). https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1171/ENEDIS%202012%20-%20COMPLETO.pdf

- Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (2018). *Depression*.
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- International Test Commission. (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests*.
(2^a ed.). https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf
- Jöreskog, K. G. (1969). A General Approach to Confirmatory Maximum Likelihood Factor Analysis. *Psychometrika*, 34, pp. 183-202. <https://doi.org/10.1007/BF02289343>
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20, pp. 141-151.
<https://doi.org/10.1177/00131644600200016>
- Leigh, I. W. & Anthony-Tolbert, S. (2001). Reliability of the BDI-II with deaf persons. *Rehabilitation Psychology*, 46(2), pp. 195-202. <https://doi: 10.1037/0090-5550.46.2.195>
- Madrid, R. (2018). *Clasificadores en la Lengua de Señas Peruana*. [Tesis de pregrado]. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Maxwell, J.A. (2013) *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. Sage.
- Ministerio de educación de Chile. (2007). *Guía de apoyo técnico-pedagógico: Necesidades educativas especiales en el nivel de educación Parvularia*.
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Discapacidad-Auditiva.pdf>
- Ninapaitán, N. (2017). *Estrategias de afrontamiento al estrés y tipos de discapacidad en padres de familia del CEBE Duato*. [Tesis de maestría]. Universidad Católica Sedes Sapientiae.
- Observatorio Nacional de la Discapacidad. (2016). *Informe Temático N° 5 “Situación de las Personas con Discapacidad Auditiva en el Perú”*. https://www.tiemporeal.com.pe/wp-content/uploads/2018/03/version_1_AuditivaJP.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Sordera y pérdida de la audición*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Oviedo, A. (2015, 19 de diciembre). *Perú, Atlas Sordo*. <https://cultura-sorda.org/peru-atlas-sordo/>

Parks, E., & Parks, J. (2010). A Sociolinguistic Profile of the Peruvian Deaf Community. *Sign Language Studies*, 10(4), pp. 409-441. <http://www.jstor.org/stable/26190600>

Prinsen, C., Mokkink, L., Bouter, L. M., Alonso, J., Patrick, D., De Vet, H., et al. (2018). *COSMIN guideline for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures*. <https://www.cosmin.nl/tools/cosmin-taxonomy-measurement-properties/>

Quispe, J. H. (2017). *El rap y el arte: puentes para la comunicación inclusiva. Una experiencia colaborativa desde la educación entre jóvenes con discapacidad y oyentes*. [Tesis de pregrado]. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Resolución Viceministerial N° 124 del 2020 [Ministerio de Educación]. Aprobación del Perfil del Modelo Lingüístico. 03 de Julio del 2020.

Rivera, M. (2014). *Adaptación de la prueba IAPS para una población de jóvenes sordos*. [Tesis de maestría]. Universidad Marista. <https://copred.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5ac/7fd/e22/5ac7fde22b17a383643446.pdf>

Rodríguez de Guzmán, L. (2015). La deficiencia auditiva: Identificación de las necesidades educativas especiales. *Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*, 1(1), pp. 95-109.

Rodríguez, M. (2018). Gramática y connotación en Lengua de Señas Peruana (LSP): La interpretación a LSP del Himno Nacional y del Soneto CLXVI De Góngora. En Gonzales, E. y Guizado R. (Eds.), *Lingüística y poética*, pp. 219-234. Academia Peruana de la Lengua, Universidad de Piura.
https://www.researchgate.net/publication/327704834_Gramatica_y_connotacion_en_Lengua_de_Senas_Peruana_LSP_La_interpretacion_a_LSP_del_Himno_Nacional_y_del_Soneto_CLXVI_De_Gongora

Rodríguez, M. y Velásquez, R. (2000). Historia y gramática de la lengua de señas. *Pedagogía y Saberes*.
https://www.researchgate.net/publication/319411221_Historia_y_gramatica_de_la_lengua_de_senas

Torres, D. (2019). *Análisis documental integrativo de instrumentos psicométricos diseñados y adaptados para población sorda y sordociega señante*. Corporación Universitaria Minuto de Dios.
https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/10785/1/T.P_TorresCastroDamaris_2019.pdf

Villamonte, J. y Arnaiz, A. (Presentadores). (2020). *Señas para todos: Cultura Sorda en el Perú*. <https://youtu.be/wKIIMeb1Iyw>

Wright, B. D. & Douglas, G. A. (1977). Best procedures for sample-free item analysis. *Apply Psychological Measurement*, 1(2), pp. 281-294.
<https://doi.org/10.1177/014662167700100216>

Anexo A. Inventario para medir la depresión BDI-II de Beck

BDI-II¹

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____

- 1. Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de un grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito). **Tristeza**
 - 0 No me siento triste.
 - 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
 - 2 Estoy triste todo el tiempo.
 - 3 Estoy tan triste y soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
- 2. Pesimismo**
 - 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
 - 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
 - 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
 - 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
- 3. Fracaso**
 - 0 No me siento como un fracasado.
 - 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
 - 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
 - 3 Siento que como persona soy un fracaso total.
- 4. Pérdida de Placer**
 - 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
 - 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
 - 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
 - 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 5. Sentimientos de Culpa**
 - 0 No me siento particularmente culpable.
 - 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
 - 2 Me siento bastante culpable la mayor parte de tiempo.
 - 3 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6. Sentimientos de Castigo**
 - 0 No siento que estoy siendo castigado.
 - 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
 - 2 Espero ser castigado.
 - 3 Siento que estoy siendo castigado.
- 7. Disconformidad con Uno Mismo**
 - 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
 - 1 He perdido la confianza en mí mismo.
 - 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
 - 3 No me gusto a mí mismo.
- 8. Autocrítica**
 - 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
 - 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
 - 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
 - 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
- 9. Pensamientos o Deseos Suicidas**
 - 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
 - 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
 - 2 Querría matarme.
 - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
- 10. Llanto**
 - 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
 - 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
 - 2 Lloro por cualquier pequeñez.
 - 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
-

- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
 - 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
-

- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
 - 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
-

- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
-

- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
 - 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
-

- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
 - 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
-

- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo B. Proceso de afinamiento de ítems y respuestas

Adaptación del BDI-2.docx

16. ¿Antes por dos semanas hasta hoy yo no duermo bien, por ejemplo: dormir más o dormir menos?

1. No, yo dormir normal.
2. Sí, ahora yo dormir un poco más.
3. Ahora yo dormir mucho.
4. Yo dormir todo el día.
5. Sí, ahora yo dormir poco.
6. Ahora yo dormir muy poco.
7. Me despierto 1 o 2 horas antes y es difícil volver a dormir.

2021-02-07 16:48:54

Anexo C. Comunicación con el Dr. Benito Estrada, autor de las versiones española y mexicana del BDI-II de Beck para personas sordas

Primera versión del formato del BDI-II a LSP Recibidos x



David Villanueva <david_psicologo11@gmail.com>
para Benito ▾

vie, 22 ene 0:59 ☆ ↶ ⋮

Buenos días Dr. Estrada, aquí le comparto mi primera versión del BDI-II adaptado a LSP, espero su apreciación. Muchas gracias.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfvcqYt50mb4jilNyr2iKavnG4hl.srXDjvB3esTZappoX1_kA/viewform

Benito estrada aranda
para mí ▾

vie, 22 ene 15:34 ☆ ↶ ⋮

Que tal David, te felicito, me parece una excelente idea la adaptación en google docs! genial!

De esta forma se puede responder en cualquier parte del mundo por cualquier persona sorda peruana, y por lo que veo el español escrito también está adaptado a la gramática y redacción para la lectura de las personas sordas

Imagino que harás unas pruebas, como fase piloto, siguiendo el proceso que hablamos antes...

Me gustó mucho tu propuesta, tanto que me gustaría me ayudarás a hacer la versión mexicana en este formato!!.. dándote tu crédito por supuesto, que opinas?

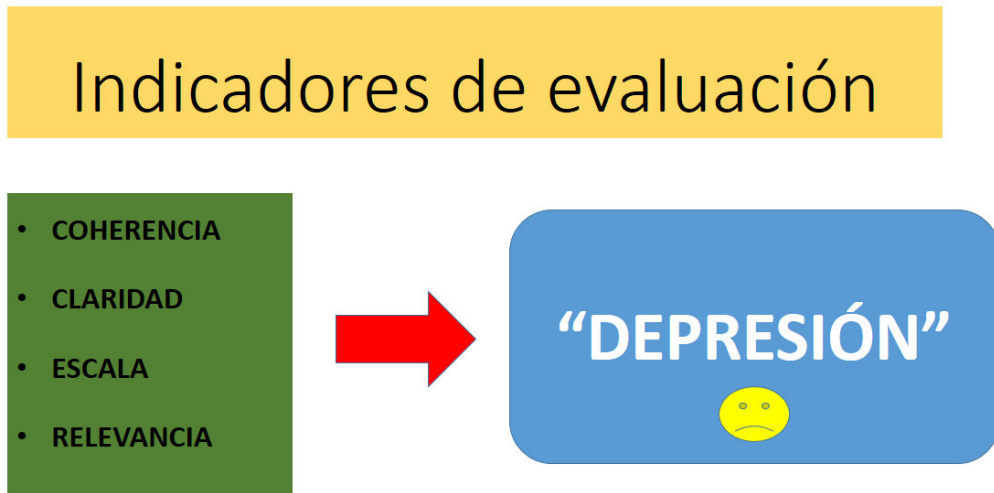
Saludos!

B

Anexo D. Ficha de validación del instrumento BDI-II LSP (Indicadores generales) para conocer su validez (Ítem N°1).

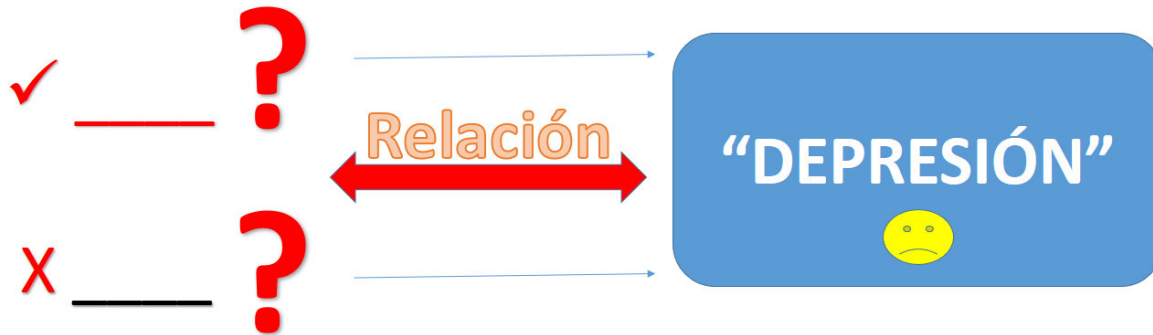
FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO BDI-II LSP (INDICADORES GENERALES) PARA CONOCER SU VALIDEZ							
EVALUADOR:							
FECHA:		INSTRUMENTO:	BDI-II LSP (INVENTARIO PARA MEDIR LA DEPRESIÓN DE BECK EN PERSONAS SORDAS)				
INDICADORES:							
COHERENCIA:	El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo. (Relación con el tema: Depresión).						
CLARIDAD:	El ítem es claro y se entiende. (No genera confusión o contradicciones).						
ESCALA:	El ítem puede ser respondido de acuerdo a la escala que presenta el instrumento. (Se puede responder sin problemas).						
RELEVANCIA:	El ítem es un ítem relevante para cumplir con las preguntas y objetivos de la investigación. (Es importante para medir la depresión).						
ESCALA DE VALORES							
1= Inaceptable 2= Deficiente 3= Regular 4= Bueno 5=Excelente							
ÍTEM	CONTENIDO		EVALUACIÓN				
	INDICADORES GENERALES	OBSERVACIONES	1	2	3	4	5
1	COHERENCIA						
	CLARIDAD						
	ESCALA						
	RELEVANCIA						

Anexo E. Indicadores de evaluación para la validez del BDI- II LSP – DIAPOSITIVA N° 1



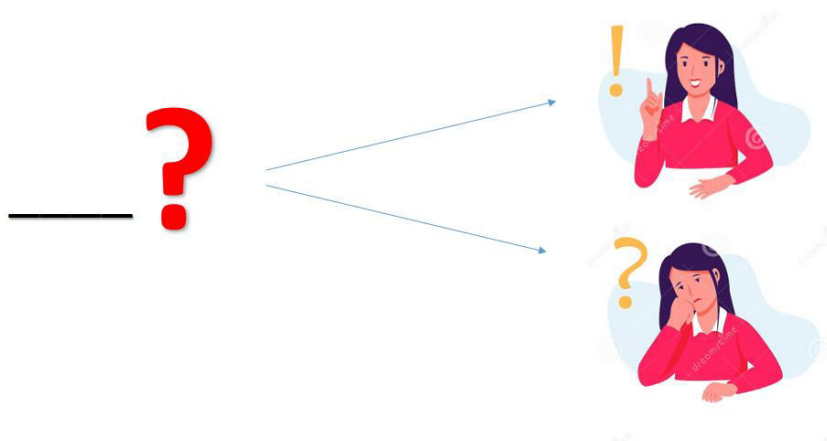
COHERENCIA

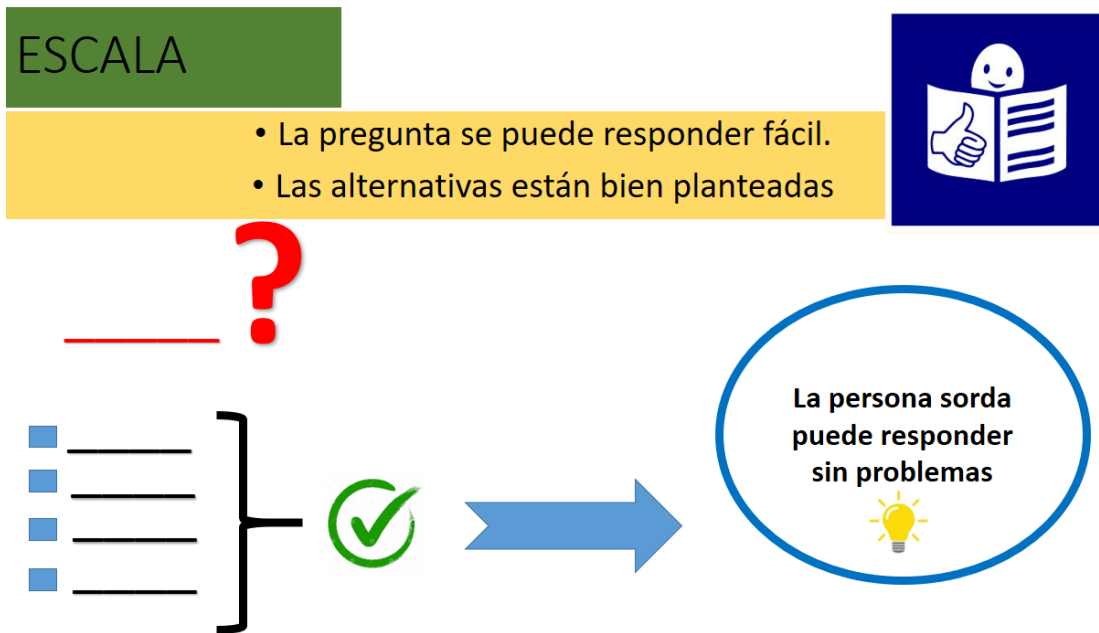
- La pregunta tiene relación con el tema (Depresión)



CLARIDAD

- La pregunta se entiende





Anexo J. Proceso de obtención de la muestra con la ayuda del programa G*Power 3.1.9.7

