

Propiedades de validez del constructo de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck en adolescentes cañaris kichwa-hablantes del Ecuador

Construct validity properties of the Beck Anxiety and Depression Inventories in Kichwa-speaking Cañari adolescents in Ecuador

Ángel Chucho-Cuvi¹  Carlos Andrade-Bayona² 

¹Centro Educativo Comunitario Intercultural Bilingüe “Daniel Clavijo Iglesias” del Sistema de Educación Intercultural Bilingüe del Ecuador, Comunidad de Cebadas, Cañar, Ecuador.

²Asesoría en Investigación Académica (AiA) de Cabrera y Andrade Cía. Ltda., Edif. Cámara de Industrias de Cuenca, Av. Florencia Astudillo s/n., Cuenca, Ecuador.

Correspondencia: angel.chucho@educacion.gob.ec;
andrade_carlos31@hotmail.com

Recepción: 1 de enero 2023 - **Aceptación:** 4 de julio de 2023 - **Publicación:** 4 de julio de 2023

RESUMEN

La evidencia epidemiológica sugiere que los trastornos de ansiedad y depresión son comunes, y que a menudo se evalúan mediante autoinformes. Sin embargo, la validez del contenido de los autoinformes puede variar entre diferentes culturas, lo que es relevante para los objetivos del presente estudio. Por lo tanto, el propósito de este estudio fue evaluar la validez del constructo mediante Análisis Factorial Confirmatorio en una muestra de 230 estudiantes bilingües de los cantones El Cañar, El Tambo y Suscal, que hablan kichwa, una lengua indígena del Ecuador. El análisis de los resultados se realizó utilizando la plataforma estadística R y el paquete Lavaan. Los resultados demostraron que ambos instrumentos tienen validez de constructo en la lengua kichwa, con un RMSEA de 0,025, SRMR de 0.049, TLI de 0.920, CFI de 0.924 y X²/gl de 1.15. Además, el nivel de fiabilidad fue alto, con un coeficiente ω de McDonald de 0,964 para el inventario de depresión y 0,952 para el inventario de ansiedad. Por lo tanto, los autores del estudio recomiendan su uso para evaluar la ansiedad y la depresión en adolescentes en instituciones educativas bilingües que hablan kichwa. En resumen, la validación de instrumentos de evaluación es fundamental para garantizar la precisión y la fiabilidad de los resultados obtenidos, especialmente en culturas y grupos lingüísticos diferentes. El presente estudio proporciona evidencia de la validez y la fiabilidad de dos escalas de autoinforme para evaluar la ansiedad y la depresión en adolescentes que hablan kichwa, lo que puede ayudar a mejorar la atención y el tratamiento de estas condiciones en este grupo de población.

Palabras clave: ansiedad, depresión, inventario de Beck, kichwa.

ABSTRACT

Epidemiological evidence suggests that anxiety disorders and depression are common and are often assessed by self-reports. However, the content validity of self-reports may vary across cultures, which is relevant to the aims of the present study. Therefore, the purpose of this study was to assess construct validity using Confirmatory Factor Analysis in a sample of 230 bilingual students from the cantons of El Cañar, El Tambo and Suscal, who speak Kichwa, an indigenous language of Ecuador. The analysis of the results was carried out using the R statistical platform and the Lavaan package. The results showed that both instruments have construct validity in the Kichwa language, with an RMSEA of 0.025, SRMR of 0.049, TLI of 0.920, CFI of 0.924 and X²/gl of 1.15. Furthermore, the level of reliability was high, with a McDonald's ω coefficient of 0.964 for the depression inventory and 0.952 for the anxiety inventory. Therefore, the authors of the study recommend its use for assessing anxiety and depression in adolescents in Kichwa-speaking bilingual educational institutions. In summary, the validation of assessment instruments is essential to ensure the accuracy and reliability of the results obtained, especially in different cultures and language groups. The present study provides evidence of the validity and reliability of two self-report scales for assessing anxiety and depression in Kichwa-speaking adolescents, which may help to improve the care and treatment of these conditions in this population group.

Key words: anxiety, depression, Beck inventory, Kichwa.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Hasta ahora, para medir la ansiedad y la depresión en adolescentes se han utilizado inventarios en español, lo que dificulta la aplicación de políticas lingüísticas, como se establece en el numeral 9, artículo 347 de la Constitución de la República del Ecuador (2008): "El Estado garantizará la educación acorde a la lengua de su nacionalidad" (p.107); en este caso, la lengua kichwa. Frente a la ausencia de un instrumento que responda a las condiciones culturales y lingüísticas de esta población, el objetivo de este estudio es adaptar al kichwa el Inventario de Beck para medir ansiedad y depresión en los adolescentes kichwas, con el fin de responder a la problemática social que representan estos trastornos en los adolescentes de los pueblos originarios de los cantones El Cañar, El Tambo y Suscal.

La ansiedad y la depresión son trastornos que tienen una importante prevalencia en las etapas de la infancia y la adolescencia, donde la edad es un factor determinante en su expresión clínica (Sánchez y Cohen, 2020). Las condiciones sanitarias del COVID-19 han tenido un importante impacto en la salud mental, registrándose en Latinoamérica y El Caribe un 27% de casos de ansiedad y un 15% de depresión en adolescentes y jóvenes entre 13 y 29 años (UNICEF, 2020).

Según el DSM, la depresión y la ansiedad en adolescentes deben ser evaluadas con instrumentos validados en la lengua materna (Creswell et al., 2014). Sin embargo, en

Ecuador, un país diverso que cuenta con 18 nacionalidades indígenas y 14 pueblos que tienen como lengua materna el kichwa, cada vez se observa más la pérdida de la comunicación en esta lengua, lo que se extiende a los procesos de atención psicológica que se brindan a esta población.

Los adolescentes kichwa-hablantes de los cantones Cañar, El Tambo y Suscal son valorados por psicólogos que solo trabajan en español. La lengua materna (kichwa), que permitiría una mejor observación del perfil psicoemocional de un adolescente, no se tiene en cuenta. Por lo tanto, es urgente disponer de una herramienta de evaluación de la ansiedad y depresión en la lengua materna de estos estudiantes.

Este ámbito ayuda al fortalecimiento del sistema de educación intercultural bilingüe en las instituciones bilingües distribuidas en los cantones Cañar, El Tambo y Suscal; con lo cual se da cumplimiento al art. 57. que establece:

Se reconoce y garantizará a las comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas de conforme con la Constitución y con los pactos, convenios, declaraciones y demás instrumentos internacionales de derechos humanos, el derecho a mantener, desarrollar y fortalecer libremente su identidad, sentido de pertenencia, tradiciones ancestrales y formas de organización social (Constitución de la República del Ecuador, 2008, p. 26).

En tal razón, los pueblos y nacionalidades indígenas tienen derecho a la prestación de servicios básicos, como el de salud, en su propia lengua materna. De ahí que, no contar con un instrumento de evaluación psicológica, traducido al kichwa, compromete el desarrollo adecuado de la evaluación, determinación y tratamiento de la salud mental de los adolescentes kichwas.

Justificación

El artículo 29 de la Constitución de la República del Ecuador (2008) establece que el "Estado garantizará el derecho de las personas a aprender en su propia lengua y ámbito cultural" (p.17). Asimismo, en el artículo 343 se señala que "el sistema nacional de educación integrará una visión intercultural acorde con la diversidad geográfica, cultural y lingüística del país y el respeto a los derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades" (p. 106). Sin embargo, tanto el Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) como las personas que trabajan en el ámbito educativo, prestan atención en lengua castellana, lo que impide una evaluación adecuada de los trastornos de ansiedad y depresión presentes en estudiantes kichwa-hablantes.

De las múltiples escalas que permiten identificar la depresión y la ansiedad en adolescentes, las que han demostrado mayor evidencia empírica son el Inventario de Depresión de Beck et al. (1961) y el Inventario de Ansiedad de Beck (1988). Desde la década de los 60, ambos instrumentos han demostrado una alta eficacia en la medición de la ansiedad y la depresión (Ambrosini et al., 1991; Teri, 1982), siendo empleados en adolescentes tanto por la psicología general como por la psicología clínica (Bennett et al., 1997). Varios estudios han investigado la validez de estos instrumentos para ser aplicados en diversas comunidades de adolescentes alrededor del mundo y en distintas lenguas (Byrne et al., 2004). Por ejemplo, se ha demostrado que la versión española del Inventario de Ansiedad de Beck posee

propiedades psicométricas válidas (Sanz et al., 2012; Melipillán Araneda et al., 2008).

No obstante, no se han realizado estudios sobre la adaptación de estos instrumentos en adolescentes kichwa-hablantes. La única adaptación para evaluar ansiedad y depresión que se ha realizado en una lengua similar es la versión quechua de la DASS-21, que se destina únicamente a la población adulta.

Marco teórico referencial

El término *adolescencia* proviene del latín *adolescere* que significa: "crecer hacia la adultez" (Gaete, 2015, p. 437). Es la segunda etapa dentro del complejo proceso de desarrollo humano y se produce entre la infancia y la adultez. Se caracteriza por la maduración progresiva de los aspectos físicos, psicológicos y sociales, que conducen a formar un adulto capaz de vivir independientemente (Gaete, 2015). En Ecuador la cifra de adolescentes entre 12 a 17 años es de aproximadamente 1.9 millones (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2010).

Los trastornos de ansiedad y depresión, generalmente, empiezan en la infancia y la adolescencia, se desarrollan de manera progresiva, pueden ser persistentes y crónicos (Riordan y Singhal, 2018). A nivel mundial, la depresión es la primera causa de enfermedad y discapacidad en este grupo de edad, y el suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de mortalidad (OMS, 2014).

La ansiedad puede desencadenarse cuando el individuo se siente preocupado, inquieto o temeroso con respecto a eventos que están próximos a ocurrir o que pueden (o no) suceder en el futuro (Rector *et al.*, 2008). Puede equipararse al miedo, pues surge cuando el niño o el adolescente sienten un peligro inmediato, sea imaginario real; por lo tanto, puede ser útil para la supervivencia de los seres humanos (nos prepara para enfrentar el peligro y adaptarnos a los cambios), o volverse patológica cuando se presenta de manera desproporcionada o si aparece sin ningún factor que lo justifique (Sánchez y Cohen, 2020).

Los trastornos de ansiedad tienen una relación estrecha con el detrimento de la salud física y mental de quien la padece, lo cual, consecuentemente, implica un alto uso de servicios de salud, impacta en el nivel de inasistencia a la escuela y representa una carga económica importante para las familias (Fineberg et al., 2013; Gómez y Calderón, 2017). En definitiva, afectan de manera significativa (y negativa) a la calidad de vida del individuo, y se asocian al deterioro de su vida personal y social, al tiempo que presentan comorbilidad con otros trastornos y potencializan el riesgo de suicidio (Martínez y López, 2011; Hoge et al., 2012).

Los síntomas de la ansiedad se presenta, principalmente, en dos niveles: a) síntomas físicos: se experimentan mareos, cansancio, palpitaciones, dolores musculares y tensión muscular, temblores, boca seca, sudoración excesiva, dificultad para respirar, dolor abdominal, náuseas, dolor de cabeza e insomnio; y b) síntomas psicológicos: se experimenta inquietud, sensación de pavor, dificultad para concentrarse, irritabilidad, sentirse constantemente "al límite", evitar ciertas situaciones y aislamiento (Martínez y López, 2011; Remes et al., 2016).

De acuerdo con el informe anual del estado de la población presentado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2014), en el mundo hay 1.800 millones de jóvenes entre 10 y 24 años –casi el 25% del total

de la población mundial—, con problemas de identidad propios del desarrollo y que requieren ser atendidos. La ansiedad es la forma de psicopatología más recurrente, con tasas de prevalencia que varían entre el 10 y el 20%, superando los índices de depresión y los trastornos de la conducta (Ochando y Peris, 2016; Riordan y Singhal, 2018; Guerrero y Sánchez, 2019).

Los niveles elevados de depresión (incluso de suicidio) en poblaciones entre los 15 a 19 años de edad, se asocian a trastornos psiquiátricos y a trastornos alimentarios por insatisfacción con su imagen corporal (OMS, 2015). Entre las tres principales causas de mortalidad y enfermedad entre los adolescentes a nivel mundial, se encuentra el suicidio por depresión, y se estima que en 2012 fallecieron 1,3 millones de adolescentes en todo el mundo por esta causa (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

El diagnóstico precoz y el tratamiento de estos trastornos son importantes para reducir el impacto (familiar, social y académico) en la vida del adolescente, y su permanencia en la vida adulta (Guerrero y Sánchez, 2019). De ahí la importancia de contar con instrumentos que permitan evaluar este tipo de sintomatología en los adolescentes en diferentes contextos. Así, por ejemplo, en Kenia, se evaluó la adaptación y estructura latente de la versión Swahili del Inventario de Depresión de Beck-II a través de entrevistas en profundidad con 29 miembros adultos de la comunidad para obtener su comprensión de la depresión e identificar aspectos del BDI-II que requerían adaptación. La evaluación de su validez permitió identificar modismos y síntomas relevantes como “pensar demasiado” y “*Kuchoka moyo*” (tener el corazón cansado), por lo que la administración del BDI tuvo que ser modificada para adecuarla a los bajos niveles de alfabetización de los participantes (Abubakar *et al.*, 2016).

A partir de lo expuesto se evidencia la importancia de contar con instrumentos psicológicos validados. Los instrumentos validados aseguran la fiabilidad y la validez de los resultados, lo que permite a los profesionales de la salud tomar decisiones clínicas informadas y recomendar tratamientos específicos. Además, el uso de instrumentos validados puede reducir la estigmatización y la discriminación asociadas con estas condiciones, lo que puede ayudar a los adolescentes a sentirse más cómodos y recibir un mejor tratamiento (Argibay, 2006). Por lo tanto, es fundamental que los profesionales de la salud trabajen con instrumentos validados para medir la depresión y la ansiedad en los adolescentes.

Por su parte, existen investigaciones previas que han evaluado la adaptación del BDI y del DASS-21 en contextos lingüísticos y culturales distintos: Alansari (2006) evaluó la adecuación y consistencia del BDI-II en una versión árabe desarrollada por Ghareeb (2000). Se examinaron los coeficientes alfa utilizando muestras de estudiantes universitarios de diversos países árabes, incluyendo Palestina, Líbano, Siria, Jordania, Arabia Saudí, Kuwait, Qatar, Bahrein, Emiratos Árabes Unidos, Omán, Yemen, Egipto, Sudán, Sudán del Sur y Tailandia. Los valores de alfa variaron entre 0.82 y 0.93, indicando que el inventario es viable y consistente en el contexto árabe, lo que sugiere su potencial uso en investigaciones transculturales. Por otro lado, Giannakou *et al.* (2013) realizaron un estudio en el que se evaluaron las propiedades psicométricas del BDI-II en la población griega. La muestra incluyó pacientes de un centro de salud mental y estudiantes universitarios, quienes

completaron el BDI-II y otras escalas de síntomas depresivos y de ansiedad. Los resultados mostraron una alta consistencia interna y confiabilidad en el test-retest del BDI-II, así como una alta validez. El análisis factorial identificó dos factores que explicaron el 42.54% de la varianza total. Además, se propuso una puntuación de corte basada en los datos de los pacientes. Finalmente, Batistelli y Marcassa (2014) adaptaron y validaron la escala DASS-21 en portugués de Brasil, obteniendo resultados favorables en cuanto a la adecuación del modelo, consistencia interna y correlaciones con otras escalas de depresión, ansiedad y estrés. Aunque se destacó una limitación en la representación de sujetos mayores de 65 años en la muestra, los hallazgos respaldan la utilidad y fiabilidad de la DASS-21 en el contexto brasileño.

Es en este marco que se propone estudiar la validez y fiabilidad del constructo de ansiedad y depresión de Beck en lengua Kichwa en estudiantes cañaris del Ecuador.

METODOLOGÍA

El presente estudio emplea un diseño de investigación instrumental, específicamente un análisis factorial confirmatorio, con el propósito de adaptar un instrumento a un contexto específico (Cabrera-Tenecela, 2023). El análisis factorial confirmatorio es una técnica estadística ampliamente utilizada para evaluar la validez de constructo de un instrumento de medición.

La población de estudiantes bilingües kichwa-hablantes e hispanohablantes adolescentes de los cantones Cañar, El Tambo y Suscal llega a un total de 880; a partir de esta población se seleccionó una muestra de 230 estudiantes que, al darles la opción de responder en castellano o en kichwa, prefirieron responder en kichwa. La edad promedio es de 15 años (DE 3,09), la edad mínima es de 13 y la máxima de 18. Pertenecen a educación general básica de noveno y décimo año, así como a primero, segundo y tercer año de bachillerato.

El cuestionario comprende 21 ítems para evaluar la ansiedad y 21 para evaluar la depresión; estos fueron traducidos por los autores a la lengua kichwa y revisados por lingüistas expertos en este idioma, pertenecientes a universidades y centros educativos bilingües del Cañar. Los ítems se tradujeron de las versiones originales en inglés, pues se buscó que las preguntas guardasen fidelidad a las que formuló Beck.

Una vez recogida la información, a través del programa en línea KoboToolbox, se la procesó en la plataforma R Studio. El análisis de validez del constructo se realizó con el Análisis Factorial Confirmatorio incluido en el paquete Lavaan (Rosseel, 2012). Ello permitió calcular los coeficientes de ajuste robustos, como es el mínimo cuadrado ponderado diagonalmente DWLS (*diagonally weighted least squares*) para muestras pequeñas y con distribución no normal. En este programa fue posible determinar ajustes de modelo robustos como el RMSEA = Raíz del error medio; SRMR = raíz cuadrada residual estandarizada; TLI = Índice de Tucker-Lewis; CFI = Índice de ajuste comparativo; X²/gl = Índice de ajuste chi cuadrado dividido por los grados de libertad. Además de estos indicadores de validez del constructo se calcularon los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach (α) y el omega de McDonald (ω) para medir la consistencia interna de cada escala.

RESULTADOS

El análisis realizado sobre las propiedades de validez muestra que la estructura del constructo planteado por Beck et al. se conserva al traducir dicho instrumento a la lengua kichwa. Los índices de ajuste alcanzados muestran valores muy altos en todos los casos, lo que indica que la prueba del estadístico exacto de chi-cuadrado tiene un p valor significativo, pero no tan bajo ($p=0.002$). En cuanto a la raíz del error medio de aproximación RMSEA, se espera que sea menor que 0.08 incluso en su intervalo superior. En este caso, se observa que el intervalo superior es de 0.033 y el inferior de 0.016, mientras que el valor alcanzado es de 0.025. La raíz cuadrada residual estandarizada SRMR, también se espera que sea menor a 0.08, y en el presente caso obtuvo un valor de 0.049. El Índice de Ajuste Comparativo (CFI) se espera que sea igual o mayor que 0.950; sin embargo, en este caso no está lejos de alcanzar dicho valor, pues obtuvo 0.924. El Índice de Tucker-Lewis también obtuvo un nivel similar al de CFI, con un valor de 0.920. Finalmente, el producto de X^2/df generó un valor menor que 2 puntos (exactamente obtuvo 1.15), lo que indica que cumplió con su propósito. En la Tabla 1 se muestran los índices alcanzados.

En la Figura 1, se pueden observar las cargas factoriales obtenidas en el proceso de validación. En todos los casos, el aporte de cada ítem es mayor o igual a 0.60. Esto demuestra que todos los ítems generan un soporte adecuado para evaluar la ansiedad y la depresión con el cuestionario en lengua kichwa. También se observó que el nivel de inter-correlación que existe entre las dos escalas es de 0.72, por lo que sería importante evaluar ambos aspectos en poblaciones no clínicas, aunque también es posible hacerlo de forma separada.

En la Tabla 2 se presentan los resultados de la consistencia interna del constructo, demostrando que la depresión y la ansiedad tienen una alta fiabilidad. Esto se comprueba con el coeficiente de fiabilidad α de Cronbach y ω de McDonald que, en ambos casos, está por encima de 0.950. Por lo tanto, dependiendo de las circunstancias, es posible evaluar cada uno de los trastornos por separado o en conjunto, tal como se realizó en el presente estudio.

Es importante mencionar que la evaluación de estos constructos debe ser realizada por un psicólogo para que pueda interpretar los resultados mediante una sumatoria de los ítems, los cuales deben ser expresados por cortes. En el caso de la ansiedad, los niveles mínimos son: mínima ansiedad (0-7 puntos), leve (8-15 puntos), moderada (16 a 25 puntos) y severa (26-63 puntos). En el caso de la depresión, los niveles mínimos son: mínima depresión (0-13 puntos), depresión leve (14-19), depresión moderada (20-28) y depresión grave (29-63).

DISCUSIÓN

Por lo expuesto, se concluye que la traducción del Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck al kichwa con dialecto cañari es una iniciativa que facilita el acceso a la atención psicológica de los pueblos indígenas del Ecuador. La aplicación del inventario en adolescentes kichwa-hablantes de los cantones Cañar, El Tambo y Suscal contó con la participación favorable y equilibrada tanto de estudiantes que se identifican culturalmente con el kichwa como lengua materna ($n=230$), como de aquellos que se identifican principalmente con el castellano ($n=210$). Al igual que en las

adaptaciones realizadas a lenguas con pocos hablantes y escasa producción de textos en otros países (Abubakar et al., 2016), en este caso también fue necesario consultar con expertos y peritos del kichwa para asegurar que el sentido y la referencia no se perdieran en los procesos de traducción e interpretación de la escala original.

La escala ha demostrado tener adecuada validez de constructo en términos de dimensionalidad y fiabilidad, según el análisis factorial exploratorio realizado en los dos grupos poblacionales. Por tanto, se recomienda que en la población estudiada se ofrezca la opción de elegir los instrumentos de evaluación psicológica en la lengua con la que se identifiquen principalmente, y en este caso la versión en kichwa ha presentado incluso un mejor ajuste en todos los índices de validación y fiabilidad estudiados, mientras que la versión en castellano presentó niveles similares a los probados en otros estudios. La validez de la escala responde a la propuesta original de Beck, creada para medir ansiedad (Beck et al., 1988) y depresión (Beck et al., 1961) en niños y adultos.

Al analizar los resultados obtenidos en nuestro estudio, resulta sorprendente encontrar valores de ansiedad por encima de los hallazgos reportados en otros estudios. Diversos autores han señalado que el porcentaje de ansiedad se sitúa alrededor del 10% al 20% (Ochando y Peris, 2016; Riordan y Singhal, 2018; Guerrero y Sánchez, 2019), cifras inferiores a las encontradas en la población cañari analizada, que alcanza un 35%. Esta diferencia resalta la importancia de evaluar estos comportamientos, ya que suelen tener repercusiones devastadoras para la población cuando se asocian a conductas autolesivas e incluso al suicidio (OPS, 2014; OMS, 2015).

En relación a la adaptación y validación de los instrumentos en idiomas distintos al inglés, nuestro estudio, al igual que los de Alansari (2006) y Batistelli y Marcassa (2014), se centra en este aspecto. Es alentador observar que, al igual que en nuestros resultados, tanto Alansari (2006) como Batistelli y Marcassa (2014) obtuvieron valores de confiabilidad superiores a 0.90, lo que indica una alta consistencia interna en los instrumentos adaptados.

Sin embargo, también existen diferencias significativas entre los estudios mencionados. Mientras que nuestro enfoque se dirigió a poblaciones no clínicas, Alansari (2006) y Giannakou et al. (2013) incluyeron muestras de estudiantes universitarios y pacientes de un centro de salud mental, respectivamente. Además, el estudio de Batistelli y Marcassa (2014) evaluó la escala DASS-21, que mide no solo la depresión, sino también la ansiedad y el estrés, a diferencia de los otros estudios que se centraron específicamente en la evaluación de la depresión.

En resumen, aunque existe coincidencia en términos de adaptación y validación de instrumentos de evaluación de la depresión y la ansiedad en diferentes contextos culturales, es importante reconocer las diferencias en cuanto a los idiomas evaluados, los índices de ajuste reportados y los tipos de muestras utilizadas. Estas diferencias destacan la relevancia de considerar el contexto cultural y lingüístico al adaptar y validar instrumentos de evaluación psicológica, con el fin de obtener resultados más precisos y significativos.

Limitaciones

La principal limitación de nuestro estudio es el tamaño de la muestra seleccionada. Esta muestra puede no ser completamente representativa de la población total, lo que

limita la generalización de nuestros hallazgos a un contexto más amplio. Otra limitación a considerar es la especificidad de la población estudiada. Nuestro estudio se centró en estudiantes adolescentes de educación general básica y bachillerato en los cantones mencionados. Esto limita la aplicabilidad de nuestros resultados a otras poblaciones, como adultos o personas de diferentes contextos geográficos. En resumen, si bien nuestro estudio ha brindado información valiosa sobre la adaptación y validación de los instrumentos

de evaluación de la depresión y la ansiedad en el idioma kichwa, es importante tener en cuenta las limitaciones del tamaño de la muestra, la especificidad de la población estudiada, la traducción de los ítems, los supuestos del análisis factorial y la evaluación de confiabilidad. Estas limitaciones resaltan la necesidad de realizar futuras investigaciones que aborden estas cuestiones y amplíen la aplicabilidad de los instrumentos a diferentes poblaciones y contextos.

Tabla 1

Análisis de índices absolutos, incrementales y de parsimonia para los modelos generados

	X ² (gl)	p	RMSEA [IC 90%]	SRMR	TLI	CFI	X ² /gl
Modelo	936.991 (818gl)	.002	0.025 [.016 .033]	0.049	0.920	0.924	1.15

Nota. RMSEA = Raíz del error medio de aproximación; SRMR = raíz cuadrada residual estandarizada; TLI = Índice de Tucker-Lewis; CFI = Índice de ajuste comparativo; X²/gl = Índice de ajuste chi cuadrado dividido por los grados de libertad.

Figura 1

Path análisis de los valores estandarizados para las cargas factoriales para las escalas de ansiedad y depresión de Beck

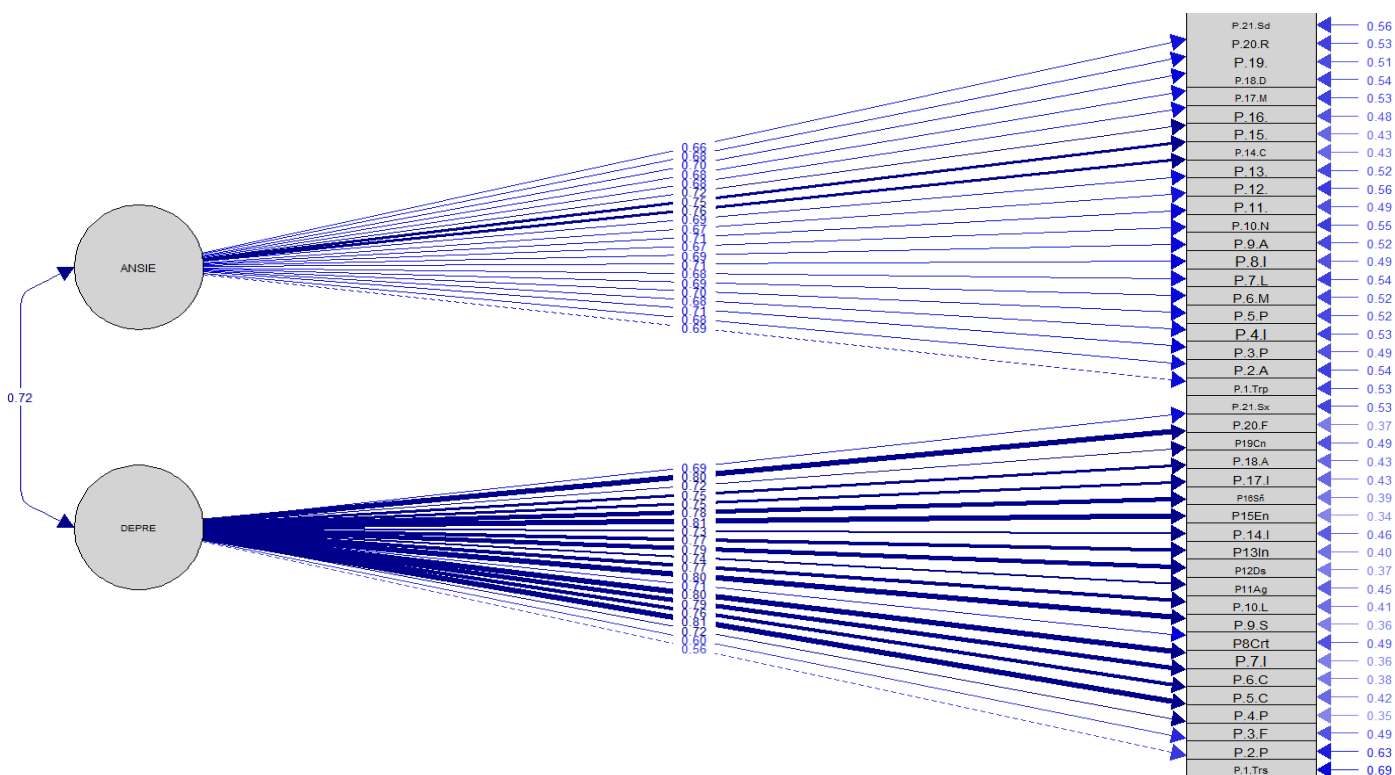


Tabla 2

Análisis de consistencia interna del Inventario de Ansiedad y de Depresión de Beck en lengua Kichwa

Factores del IAAE	α de Cronbach	ω de McDonald
Depresión (DEPRE)	0.961	0.964
Ansiedad (ANSIE)	0.952	0.952

CONCLUSIÓN

La adaptación y validación del Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck al idioma kichwa ha proporcionado resultados prometedores. Los índices de ajuste obtenidos indican una buena validez del instrumento, respaldando su utilidad y confiabilidad para evaluar la depresión y la ansiedad en poblaciones no clínicas de estudiantes bilingües kichwa-hablantes e hispanohablantes adolescentes de los cantones Cañar, El Tambo y Suscal. Los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach y omega de McDonald demostraron una alta consistencia interna de las escalas, y se encontró una inter-correlación significativa entre ellas.

ansiedad en poblaciones no clínicas de estudiantes bilingües kichwa-hablantes e hispanohablantes adolescentes de los cantones Cañar, El Tambo y Suscal. Los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach y omega de McDonald demostraron una alta consistencia interna de las escalas, y se encontró una inter-correlación significativa entre ellas.

Los resultados difieren de otros estudios en términos de la prevalencia de ansiedad en la población estudiada, con un porcentaje del 35% que supera los hallazgos reportados en investigaciones anteriores. Sin embargo, es importante considerar las limitaciones del estudio, como el tamaño de la muestra seleccionada y la especificidad de la población estudiada, lo que limita la generalización de los resultados a otros contextos y grupos de edad.

A pesar de estas limitaciones, el estudio ha contribuido al campo de la evaluación psicológica transcultural al adaptar y validar el inventario en un idioma distinto al inglés, ampliando así su utilidad en diferentes contextos culturales y lingüísticos. Estos hallazgos respaldan la importancia de considerar el contexto cultural y lingüístico al adaptar y validar instrumentos de evaluación psicológica.

En futuras investigaciones, se recomienda ampliar la muestra y considerar otras poblaciones, así como realizar análisis de confiabilidad adicionales, como la estabilidad temporal. Además, sería relevante explorar más a fondo los factores que contribuyen a la alta prevalencia de ansiedad encontrada en la población estudiada, así como las posibles implicaciones y repercusiones de estos trastornos en la salud y el bienestar de los adolescentes bilingües kichwa-hablantes e hispanohablantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Abubakar, A., Biryra, R., Katana, K., Kabunda, B., Hassan, A., Newton. (2016). Adaptación y Estructura Latente de la Versión Swahili del Inventario de Depresión de Beck-II en una Población con Baja Alfabetización en el Contexto del VIH. *PLoS One*, 11(6), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151030>
- Alansari, B. (2006). Internal consistency of an Arabic adaptation of the Beck Depression Inventory-II with college students in eighteen Arab countries. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 34(4), 425-430. <https://doi.org/10.2224/sbp.2006.34.4.425>
- Argibay, J. (2006). Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*(8), 15-33. http://dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/bitstream/handle/123456789/765/T%C3%A9cnicas_psicom%C3%A9tricas.pdf?sequence=1
- Arrieta, K., Díaz, S., y González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Rev Clin Med Fam*, 7(1), 14-22. <https://doi.org/10.4321/S1699-695X2014000100003>
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2018). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.
- Batistelli, R. y Marcassa, A. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of affective disorders*, 155, 104-109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Cabrera-Tenecela, P. (2023). Nueva organización de los diseños de investigación. *South American Research Journal*, 3(1), 37-51. <https://www.sa-rj.net/index.php/sarj/article/view/37>
- Contreras, J., Hernández, L., y Ángel, M. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica*, 33(3), 195-203. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n3/art04.pdf>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Giannakou, M., Roussi, P., Kosmides, M. E., Kiosseoglou, G., Adamopoulou, A. y Garyfallos, G. (2013). Adaptation of the Beck Depression Inventory-II to Greek population. *Hellenic Journal of Psychology*, 10(2), 120-146.
- Gómez, C., Bohórquez, A., Tamayo, N., Rondón, M., y Bautistac, N. (2016). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población de adolescentes colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiat.*, 45(51), 50-57. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45s1/v45s1a08.pdf>
- Guerrero, F., y Sánchez, P. (2019). Trastornos por ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y la adolescencia. En M. Hidalgo, y P. Rodríguez (Eds), *Curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras* (pp. 135-162). Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. <https://www.cursopsiquiatriasema.com/tema-6-trastornos-por-ansiedad-y-trastorno-obsesivo-compulsivo-en-la-infancia-y-la-adolescencia/>
- Hidalgo, M., y Ceñal, M. (2014). Hablemos de... adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *An Pediatr Contin.*, 12(1), 42-46.
- Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev. perú. med. exp. salud pública*, 37(2), 327-334. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Melipillán Araneda, R., Cova Solar, F., Rincón González, P., & Valdivia Peralta, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia psicológica*, 26(1), 59-69. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082008000100005>
- Ochando, G., y Peris, S. (2016). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral*, 21(1), 39-45. <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Ansiedad%20en%20la%20edad%20pediatrica.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *La OPS/OMS llama a que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes para evitar muertes y mejorar su salud*. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9579%3A2014-pahowho-adolescents-health-prevent-deaths-improve-health&Itemid=1926&lang=es
- Ospina, F., Hinestrosa, M., Paredes, M., Gusmán, Y., y Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Rev. salud pública.*, 13(6), 908-920. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v13n6/v13n6a04.pdf>
- Riordan, D., y Singhal, D. (2018). Anxiety-related disorders: An overview. *J Paediatr Child Health*, 54(10), 1104-1109. <https://doi.org/10.1111/jpc.14167>
- Rodríguez, E., y Farfán, D. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013. *Revista de Investigación Universitaria*, 4(2), 71-78. <http://dx.doi.org/10.17162/riu.v4i2.688>
- Sánchez, P., y Cohen, D. (2020). Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 8(1), 16-27. <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol8num1-2020/2%20Tema%20de%20revision%20->

Anexo

Cuestionario en lengua kichwa

Opciones de respuesta:

DEPRESIÓN UNKUYMANTA RIKUCHIKUNA

- | | |
|------------------|--------------------------|
| 1.- Shuk | 12.- Chunka Ishkay. |
| 2.- Ishkay | 13.- Chunka kimsa |
| 3.- Kimsa | 14.- Chunka Chusku |
| 4.- Chusku | 15.- Chunka Pishka |
| 5.- Pichka | 16.- Chunka Sukta |
| 6.- Sukta | 17.- Chunka Kanchis. |
| 7.- Kanchis | 18.- Chunka Pusak |
| 8.- Pusak | 19.- Chunka Iskun |
| 9.- Iskun | 20.- ish kay Chunka |
| 10.- Chunka | 21.- Ish kay Chunka Shuk |
| 11.- Chunka Shuk | |

ANSIEDAD MANCHAY UNKUY RIKUCHIKKUNA

- | | |
|---|--|
| 1. Sinchiyashka, mana sayti | 12 - Makikuna chukchuywan |
| 2. Piña | 13.- Mana kasilla mancharishkalla. |
| 3. Chanka Chukchuywan | 14.- Yuyayta chinkachik shina yuyaywan |
| 4. Aychata umata mana samachiy ushay | 15.- Chukarinalla yuyaywan |
| 5.- Ashtawan llaki tukuna manchaywan | 16.- Wañuna manchaywan |
| 6.- Urmarik shinalla uma muyuywan | 17. -Manchaywan |
| 7. Yurak shunku sinchi utka kuyurikunawan | 18.- Wiksa wakllirishkawan |
| 8.- Yapa shuktakyarik | 19. Yuyay chinkariywan |
| 9. - Pinkaywan manchaywan | 20.-Ñawipi suktak kuskakunapi rupariywan |
| 10.- Chukchuywan | 21.-Chiri ashtawanpash rupachik humpiwan |
| 11.- Yuyay chinkarikuk shina | |

En el caso de ansiedad los niveles de mínima son (0-7 puntos), leve (8-15 puntos) y moderada (16 a 25 puntos) y severa (26-63 puntos). Mientras que, en el caso de depresión es de mínima depresión (0-13 puntos), depresión leve (14-19), depresión moderada (20-28) y depresión grave (29-63).