

REPÚBLICA DEL ECUADOR



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN PSICOTERAPIA



Título

**Validación de la versión en castellano de la Escala de Ansiedad y
Depresión de Goldberg (EADG) en Población Cayambeña (Ecuador).**

AUTOR: Lic. Digyan Ariel Farinango Maldonado.

TUTOR: PhD. Miguel Angel Posso Yépez.

ASESOR: MSc. Alexandra Yakeline Meneses Meneses.

IBARRA - ECUADOR

2026

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia, por los valores inculcados y por enseñarme que la perseverancia es la clave para alcanzar cualquier anhelo. A mis padres, cuyo esfuerzo constante ha sido mi mayor ejemplo de superación y mi principal motivación para alcanzar este grado académico y a Mamaita (abuelita), cuyo apoyo incondicional y presencia han sido un pilar fundamental de fortaleza en este camino. A todos ellos, expreso mi más profunda gratitud por ser el sustento de mi formación y los partícipes de este éxito profesional.

! LOS AMO MUCHO ;

AGRADECIMINETO

En primer lugar, deseo expresar mi profunda gratitud a Dios, por ser el guía de mi vida, por brindarme la salud y la fortaleza necesaria para superar cada obstáculo y por permitirme culminar con éxitos una etapa más para mi formación profesional.

A la Virgen del Quinche, la Virgen de Guadalupe y la Virgen de Fátima, por su intercesión constante, por cubrirme con su manto protector y por ser la luz de esperanza en los momentos de mayor incertidumbre. A ellas encomiendo mi camino y este logro alcanzado.

Al Niño Jesús, por su infinita bondad y por acompañarme en cada paso de este proceso, recordándome siempre la importancia de la fe y la humildad. Sin su bendición divina, este sueño no habría sido posible.

De manera especial, agradezco a mi Tutor y a mi Asesora, por su valiosa orientación, paciencia y por compartir conmigo sus conocimientos y experiencia. Sus correcciones y acertados consejos fueron fundamentales para el desarrollo y la culminación de este trabajo de investigación.

Y para finalizar agradezco a todas las personas e instituciones que contribuyeron a la realización de este proyecto.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE POSGRADO



Ibarra, 05 de enero de 2026

Dr. Jorge Gordón
Decano (e)
Facultad de Posgrado

ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señor(a) Decano(a):

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado Validación de la versión en castellano de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) en Población Cayambeña (Ecuador) del maestrante Digyan Ariel Farinango Maldonado, de la Maestría de Maestría de Psicología Clínica mención Psicoterapia, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Director/a	PhD. Miguel Angel Posso Yepez	 Firmado digitalmente por: MIGUEL ANGEL POSSO YEPEZ Fecha y hora: 05/01/2026 10:00:00 Validar documento con: E-Sign
Asesor/a	MSc. Alexandra Yakeline Meneses Meneses	 ALEXANDRA YAKELINE MESESES MESESES Validar documento con: E-Sign



AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD	1755472295		
APELLIDOS Y NOMBRES	Farinango Maldonado Digyan Ariel		
DIRECCIÓN	Cayambe, Pichincha		
EMAIL	dafarinangom@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO	2362050	TELÉFONO MÓVIL:	0982727823

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Validación de la versión en castellano de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) en Población Cayambeña (Ecuador).
AUTOR (ES):	Farinango Maldonado Digyan Ariel
FECHA: DD/MM/AAAA	03/02/2026
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA DE POSGRADO	Maestría en Psicología Clínica mención Psicoterapia
TÍTULO POR EL QUE OPTA	Magíster en Psicología Clínica mención Psicoterapia
TUTOR	PhD. Miguel Anguel Posso Yépez

2. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 3 días del mes de febrero del año 2026.

EL AUTOR:

Firma _____

Nombre: Digyan Ariel Farinango Maldonado.

Índice de Contenido

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMINETO	II
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 ANTECEDENTES.....	4
1.3 OBJETIVOS.....	5
1.3.1 <i>Objetivo general</i>	5
1.3.2 <i>Objetivos específicos</i>	5
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	6
CAPÍTULO II. MARCO REFERECIAL	8
2.1 MARCO TEÓRICO	8
2.1.2 <i>Medición Psicométrica de la Ansiedad y la Depresión</i>	9
2.1.3 <i>Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)</i>	11
2.1.4 <i>Fundamentación Psicométrica para la validación</i>	13
2.1.5 <i>Contextualización sociocultural de la población cayambeña</i>	14
2.2 MARCO LEGAL	15
2.2.1 <i>Constitución de la Republica del Ecuador</i>	15
2.2.2 <i>Ley Orgánica de Salud Mental</i>	15
2.2.3 <i>Ley Orgánica de Salud y Otras Normas Vinculadas</i>	16
2.2.4. <i>Normativas Éticas y Procedimientos para Investigación con seres humanos</i>	17
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	18
3.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO / DESCRIPCIÓN DEL GRUPO DE ESTUDIO	18
3.2 ENFOQUE Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	18
3.3 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN.....	18
3.3.1 <i>Participantes</i>	18
3.3.2 <i>Técnica de Muestreo</i>	19
3.3.3 <i>Criterio de Inclusión</i>	19
3.3.4 <i>Instrumentos</i>	19

3.3.5 <i>Análisis de Datos</i>	22
3.3.6 <i>Procedimiento Durante el Trabajo de Campo</i>	23
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	25
4.1. RESULTADOS	25
4.1.1 <i>Prueba Piloto</i>	25
4.1.2 <i>Análisis Factorial Exploratorio (AFE)</i>	25
4.1.3 <i>Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)</i>	27
4.1.4 <i>Estadístico Descriptivo</i>	28
4.1.5 <i>Validez Discriminante Interna (Correlación Inter-Factorial)</i>	29
4.1.6 <i>Consistencia Interna (Fiabilidad)</i>	29
4.2 DISCUSIÓN	30
4.2.1 <i>Prueba Piloto</i>	30
4.2.2 <i>Estructura Factorial</i>	30
4.2.3 <i>Análisis Descriptivo y Validez Discriminante Interna</i>	31
4.2.4 <i>Consistencia Interna y Fiabilidad</i>	32
CONCLUSIONES.....	33
RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS	35
ANEXOS	42

Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Coeficiente V de Aiken</i>	21
Tabla 2. <i>Confiabilidad por Consistencia Interna</i>	25
Tabla 3. <i>Adecuación Muestral y Varianza Explicada (AFE)</i>	26
Tabla 4. <i>Estructura Factorial (Matriz Rotada Varimax)</i>	26
Tabla 5. <i>Índice de Ajuste del Análisis Factorial Confirmatorio</i>	27
Tabla 6. <i>Estadístico Descriptivo por Ítems (N = 500)</i>	28
Tabla 7. <i>Validez Discriminante Interna (Correlaciones Inter-Factoriales)</i>	29
Tabla 8. <i>Confiabilidad por Consistencia Interna</i>	29

Índice de Figuras

Figura 1. <i>Análisis Factorial Confirmatorio</i>	27
---	----

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN
PSICOTERAPIA
TÍTULO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
Validación de la versión en castellano de la Escala de
Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) en Población
Cayambeña (Ecuador)

Autor: Digyan Ariel Farinango Maldonado

Director: PhD. Miguel Angel Posso Yopez

Año: 2026

RESUMEN

La mayoría de los instrumentos psicológicos disponibles no reflejan las particularidades socioculturales de la población, lo cual limita la capacidad de los profesionales para evaluar trastornos, de depresión y ansiedad, generando diagnósticos imprecisos o sesgados. El presente estudio tiene como objetivo validar psicométricamente la versión en castellano la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) en Población Cayambeña (Ecuador). Su metodología consideró enfoque cuantitativo con diseño no experimental tipo instrumental, orientado en la validación y evaluación de propiedades psicométricas para un instrumento psicológico, con muestreo de 614 estudiantes de Institutos Superiores del Cantón Cayambe. Ésta se confirmó a través de un análisis no probabilístico por conveniencia, llegando a representar una distribución equilibrada por género, etnia y edades comprendidas desde 18 a 45 años. Los resultados de AFE (KMO de .927, Bartlett de χ^2 $p < .000$, una varianza de 54.935%), AFC ($\chi^2/gf = 2.256$, CFI = 0.907, y RMSEA = 0.066), Estadístico Descriptivo ($r = .789$) y una Consistencia Interna (Ansiedad de .846, Depresión de .897, Escala Completa de .921) demostraron ser pertinentes para una validación. Se concluyó que la versión en castellano de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg adaptada en la población cayambeña presentó propiedades psicométricas adecuadas, sólidas y consistentes, donde la validez de contenido evidenció coherencia, claridad y consistencia, el estudio piloto confirmó una elevada confiabilidad y estabilidad del instrumento; mientras que los análisis factoriales exploratorio y confirmatorio respaldaron una estructura bifactorial congruente con el modelo original, aprobando el constructo y la consistencia interna. Finalmente, la validez de discriminante interna (Correlación Inter-Factorial) confirmó que la escala fue precisa y confiable para evaluar ansiedad y depresión en esta población en específico.

Palabras Claves: Validación, EADG, Tecnólogos, Cayambe, Ansiedad y Depresión.

ABSTRACT

A significant number of currently available psychological assessment tools fail to adequately incorporate the sociocultural characteristics of specific populations, which restricts professionals' capacity to accurately evaluate conditions such as anxiety and depression and may result in biased or insufficiently precise diagnoses. In response to this limitation, the present research seeks to psychometrically validate the Spanish adaptation of the Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS) within the population of Cayambe, Ecuador. The study was conducted under a quantitative methodological framework, employing a non-experimental instrumental design focused on the validation and analysis of the psychometric properties of the assessment instrument. The sample consisted of 614 students from Higher Technical Institutes in Cayambe, selected through non-probabilistic convenience sampling, achieving a balanced distribution by gender, ethnicity, and age from 18 to 45 years. The results obtained from the Exploratory Factor Analysis ($KMO = .927$, Bartlett's χ^2 $p < .000$, variance explained = 54.935%), Confirmatory Factor Analysis ($\chi^2/df = 2.256$, CFI = 0.907, and RMSEA = 0.066), Descriptive Statistics ($r = .789$), and Internal Consistency (Anxiety = .846, Depression = .897, Full Scale = .921) demonstrated the pertinence of the validation. Therefore, the Spanish version of the Goldberg Anxiety and Depression Scale adapted for the Cayambe population presented adequate, solid, and consistent psychometric properties. Content validity evidenced coherence, clarity, and consistency; the pilot study confirmed high reliability and stability of the instrument, while the experimental and confirmatory factor analyses reinforced a bifactorial structure congruent with the original model, validating the construct and internal consistency. Finally, the internal discriminant validity (Inter-Factorial Correlation) confirmed that the scale was accurate and reliable for assessing anxiety and depression in this specific population.

Keywords: Validation, GADS, Technologists, Cayambe, Anxiety and Depression.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

La psicopatología se define como el estudio de los patrones mentales y emocionales, así como de los factores y mecanismos que repercuten generando y evolucionando los trastornos mentales, abordando sus causas, manifestaciones clínicas y consecuencias en el comportamiento humano, estos patrones pueden influir negativamente en actividades diarias, como regulación emocional, desempeño académico o laboral e, incluso las relaciones interpersonales (Descriptores en Ciencias de la Salud, 2025; Maddux & Winstead, 2020).

Un claro ejemplo, de ello se encuentra en los trastornos mentales como es la ansiedad, que se caracteriza por preocupaciones excesivas acompañadas de síntomas físicos, como tensión muscular, y problemas de concentración, también se encuentra depresión, que implica sentir tristeza constantemente, falta de entusiasmo para actividades antes placenteras y baja energía, sin embargo estos trastornos a más que impactan el nivel de vida de quienes los padecen, van a generar consecuencias negativas en su círculo social, económico y familiar, creando un ambiente debilitante para las personas que los rodean (Lin et al., 2024; Morales et al., 2023).

Basándonos en los últimos registros y análisis de quienes sufren estas perturbaciones globalmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) demostró que en 2019 se calculó un 4%, equivalente a 301 millones de personas en todo el mundo, que sufren de ansiedad, y un 3.8% que equivale a 280 millones de personas alrededor del mundo, que padecen de depresión (Organización Mundial de la Salud, 2023; Organización Mundial de la Salud, 2023).

Los análisis estadísticos presentados por la Organización Panamericana de la Salud (PAHO, por sus siglas en inglés) muestran que en el año 2015 en América Latina se estimó un 5.7%, es decir, por encima de 58 millones de habitantes que padecen ansiedad y un 4.7%, equivalente a más 48 millones de personas que sufren depresión (Pan American Health Organization, 2023; Pan American Health Organization, 2018). En el Ecuador, los análisis registrados por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en el 2023 calcularon un 5.2% de personas que sufren ansiedad y un 8.3% de personas que sufren depresión (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024). Considerando los datos

obtenidos por las organizaciones mencionadas, estos trastornos son reconocidos como los más comunes en toda la población mundial, debido a su alto índice de diagnósticos.

Por esta razón existen varios instrumentos psicológicos, los cuales son considerados herramientas que están creadas para evaluar aspectos y parámetros específicos y psíquicos del ser humano, estos varían según su diseño, aplicación y su finalidad, permitiéndonos con mayor facilidad detectar dichos trastornos (Echeverría Castro et al., 2013). Dentro de estas se destaca la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG), herramienta desarrollada para aplicarse en un corto tiempo y sirve en la identificación de síntomas significativos de ansiedad y depresión en individuos, su objetivo es detectar de manera rápida y eficaz posibles casos en el contexto clínico o comunitario y así poder determinar si es necesario una evaluación profunda e intervención profesional (Goldberg et al., 1988). Actualmente estos instrumentos no están adaptados, ni validados en el Ecuador.

La mayoría de los instrumentos psicológicos disponibles no reflejan las particularidades socioculturales de la población, lo cual limita la capacidad de los profesionales para evaluar trastornos como la depresión y la ansiedad, generando diagnósticos imprecisos o sesgados. Esta carencia evidencia la necesidad de adaptar y validar herramientas psicométricas en contextos específicos, garantizando su pertinencia sociocultural y confiabilidad diagnóstica. Por ello, este trabajo investigativo pretende dar solución a: ¿Cuál es la validez y confiabilidad que muestra la versión en castellano de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) en tecnólogos del Cantón Cayambe, Ecuador en el 2025? Se espera que los resultados permitan determinar un ajuste de este instrumento para dicho contexto, contribuyendo a una evaluación de mayor precisión en salud mental de esta población.

1.2 Antecedentes

La literatura científica disponible sobre la adaptación y validación psicométrica de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (Goldberg et al., 1988) en diversas poblaciones una resulta aún limitadas. Sin embargo, investigaciones realizadas han demostrado su efectividad al momento de la aplicación en contextos socioculturales específicos. En Murcia, se desarrolló una evaluación de confiabilidad y validez para un cuestionario diseñado de medición de relaciones entre la ansiedad y depresión, factores académicos y psico-sociofamiliares en estudiantes universitarios, teniendo un Análisis

Factorial Exploratorio (AFE) con 40,9% de varianza, Índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de .834, Test de Esfericidad de Bartlett un resultado estadísticamente significativo ($p < .001$) y un Alfa de Cronbach de .762, demostrando su confiabilidad (Balanza et al., 2008).

De igual manera, esta escala ha demostrado su versatilidad, ya que en otros países se han realizado adaptaciones lingüísticas a su contexto sociocultural, como en Cataluña, donde se efectuó una modificación lingüística al catalán, logrando en el AFE un 54,99 de varianza, en el KMO un .6529, un Alfa de Cronbach de .979 y se realizó el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), comparado con el Modelo 1, ($\chi^2/df = 1.503$; CFI = .986; RMSEA = .037) y el Modelo 2 ($\chi^2/df = 1.635$; CFI = .953; RMSEA = .079), respaldando la estructura unifactorial de la escala adaptada (Tolsá & Tolsá, 2022). En Corea, de la misma manera se adaptó el instrumento, arrojando en el Comprehensive Geriatric Assessment una correlación de $r = .433$ ($P=.001$) para ansiedad y $r = .695$ ($P=.001$) para depresión, Alfa de Cronbach de .742 (para ansiedad .736 y para depresión .749) (Kim et al., 1997). En Irán, se desarrolló un ajuste lingüístico y psicométrico, con resultados en el AFE de 44, 63 de varianza, en el KMO de .915, en el Test de Esfericidad de Bartlett un valor significativo ($p < .001$) y un Alfa de Cronbach de 0,864 (Aminpoor et al., 2012).

Finalmente, en El Salvador se realizó una adaptación lingüística y psicométrica, obteniéndose en el AFE un 46,55 de varianza, en el KMO un .91, en el Test de Esfericidad de Bartlett un resultado significativo ($p < .001$), y un Alfa de Cronbach con .84 para ansiedad y .86 para depresión (Lobos & Gutiérrez, 2020). Estas investigaciones señalan eficazmente la manera en que la escala detecta problemas emocionales en personas de habla catalana, asiática y salvadoreña.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Validar Psicométricamente la versión en castellano la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) en Población Cayambeña (Ecuador).

1.3.2 Objetivos específicos

- Evaluar la Validez de Contenido del instrumento sobre la base de la traducción y adaptación lingüística de la EADG.

- Realizar un estudio piloto para verificar las propiedades psicométricas de la versión de prueba de EADG
- Determinar la validez y fiabilidad psicométrica de la escala adaptada.

1.4 Justificación

En Ecuador, la falta de instrumentos psicológicos adaptados al contexto sociocultural del país representa un desafío significativo para la mejora de atención en salud mental. Entonces, la adaptación y validación de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) es necesaria para mejorar precisión y utilidad de las evaluaciones diagnósticas. Este proceso permitirá a los profesionales de la psicología contar con herramientas diseñadas específicamente para las características socioculturales de la población ecuatoriana, garantizando datos confiables y diagnósticos pertinentes. Además, al adaptar y validar la EADG en el contexto nacional, se fomenta un análisis inclusivo y culturalmente relevante, fundamental en un país caracterizado por su diversidad social y cultural.

Este tipo de investigaciones no solo reducen las desigualdades culturales en el diseño de instrumentos psicológicos, sino que también promueven evaluaciones más equitativas y respetuosas de las particularidades socioculturales de la población. La validación de la EADG no solo proporciona una herramienta diagnóstica, sino que también refuerza la prevención y el tratamiento de trastornos, enfatizando en ansiedad y depresión. Este estudio se adscribe a la línea de investigación Salud y Bienestar de la Universidad Técnica del Norte, y se enmarca dentro del Objetivo 1 del “Plan de Desarrollo para un Nuevo Ecuador 2024-2025, para garantizar una vida digna con igualdad, accediendo a atención de salud integrales, oportuna y de calidad, donde esta salud mental sea el elemento fundamental del bienestar individual y colectivo (Consejo Nacional de Planificación, 2024).

Finalmente, disponer de instrumentos psicológicos adaptados al contexto ecuatoriano permitirá a los profesionales diseñar estrategias para prevenir e intervenir eficazmente, mejorando esta calidad de la atención psicológica en el país. Por lo tanto, este proceso de adaptación y validación constituye un aporte significativo no solo para una región específica, sino como un modelo para replicar en otras localidades del

Ecuador, donde se carece de herramientas adecuadas a la hora de abordar los desafíos que representa la salud mental.

CAPÍTULO II. MARCO REFERECIAL

2.1 Marco Teórico

2.1.1 *Ansiedad y Depresión: aproximación conceptual*

2.1.1.1 Ansiedad. Se considera una respuesta natural y emocional de anticipación frente a una amenaza real o imaginaria percibida, sin embargo, esta tiende a convertirse en un fenómeno disfuncional, cuando su intensidad es persistente y excesiva, afectando de forma directa el bienestar de quien lo padece (Organización Mundial de la Salud OMS, 2025). La ansiedad engloba manifestaciones multidimensionales como las cognitivas (preocupación y pensamientos catastróficos), las fisiológicas (taquicardia, sudoración tensión muscular) y las conductuales (inquietud motora y evitación de la situaciones temidas), interfiriendo gravemente en la vida diaria (American Psychiatric Association, 2023). El DSM-5 y la CIE-11 son regímenes de calificación diagnóstica en los cuales estos se agrupan con otros trastornos, teniendo ansiedad generalizada, pánico, fobias sociales y específicas, que se caracterizan por un miedo y ansiedad persistentes (American Psychiatric Association, 2022; Organización Mundial de la Salud, 2022).

Dentro de la ansiedad, la variabilidad individual se presenta como la ansiedad transitoria que es una reacción temporal ante una situación de peligro o estrés específico, mientras que la ansiedad de rasgo es un estado permanente e intenso, donde se perciben muchas situaciones como peligrosas y amenazantes (Jouvent et al., 1999). Tanto los sistemas de calificación diagnóstica como las investigaciones nos demuestran la importancia de identificar las variaciones para un buen diagnóstico y tratamiento.

2.1.1.2 Depresión. También conocida como Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en lo clínico, es una condición de estado de tristeza persistente, falta de interés, alteración en el sueño, apetito, peso y dificultades cognitivas (American Psychiatric Association, 2022; Organización Panamericana de la Salud, 2023). Según el DSM-5 y la CIE-11 para un diagnóstico formal, los síntomas deben cumplir un tiempo de al menos dos semanas de duración, sin dejar a un lado que dicha sintomatología causa un detrimento considerable dentro del actuar conductual, social y ocupacional (American Psychiatric Association, 2022; Organización Mundial de la Salud, 2022).

Es normal referirnos a la depresión de forma general, pero es importante mencionar que dentro de aquel trastorno existen dos cuadros como la depresión clínica,

la cual se caracteriza por cumplir con todos los criterios diagnósticos determinados, causando malestar significativo y la sintomatología depresiva subclínica que se la reconoce cuando presenta algunos criterios significativos pero no con la misma intensidad y tiempo para ser considerado TDM, aun así esta sintomatología puede impactar negativamente el bienestar y al no ser tratada a tiempo puede llegar a desarrollar el trastorno clínico. (Cuijper et al., 2020). Es importante diferenciar estos dos cuadros, ya que en una investigación psicométrica no es lo mismo una depresión clínica que una subclínica, pudiendo variar significativamente las mediciones y convirtiéndose en un aspecto fundamental a la hora de desarrollar herramientas de evaluación (Fried et al., 2022).

2.1.1.3 Comorbilidad entre Ansiedad y Depresión. Tanto ansiedad y depresión están representadas en una comorbilidad muy elevada dentro del contexto clínico y comunitario, siendo una de las más observadas a la hora de las patologías, estudios realizados demuestran que entre el 50% a 60% de individuos con TDM presentan adicionalmente criterios de ansiedad e inversamente, siendo un factor que complica significativamente el diagnóstico y el tratamiento (Kalin, 2020; Penninx et al., 2022).

Existen modelos que ayudan a comprender esta comorbilidad como el modelo tripartito (González et al., 2004), el cual menciona que ambos trastornos comparten un factor de efectividad negativa, sin embargo aun existe una diferencia entre los dos trastornos como la ansiedad se caracteriza por la hipervigilancia y alta activación fisiológica, mientras tanto la depresión es identificada por una baja activación y anhedonia, esta estrecha correlación etiológica justifica y recalca la importancia de evaluar al mismo tiempo ambos trastornos dentro de la práctica clínica e investigativa (Forbes et al., 2021; Fried et al., 2022).

2.1.2 Medición Psicométrica de la Ansiedad y la Depresión

2.1.2.1 Importancia de la Evaluación en Salud Mental. Ansiedad y depresión son considerados como las perturbaciones más comunes a nivel mundial, siendo una gran carga dentro del sistema sanitario, ya que dentro de la salud mental, las evaluaciones para un diagnóstico temprano son un pilar esencial, por esta razón, alta demanda y recursos limitados, han considerado que los instrumentos breves de tamizaje son importantes y fundamentales, dado que permiten identificar de manera temprana posibles casos en

riesgo, llegando a facilitar la intervenciones y derivaciones pertinentes, con sus respectivas supervisiones y reduciendo el uso de recursos (Mental Disorders Collaborators, 2022; Levis et al., 2020).

Esta necesidad se presenta en países latinoamericanos y en poblaciones de vulnerabilidad, donde la accesibilidad a salud mental es muy limitada, retrasando ayuda rápida y evitando las intervenciones hasta en fases avanzadas del trastorno, por lo que la validación de estos instrumentos de tamizaje, sensibles y lingüísticamente adaptados para este contexto, es un paso importante, incluso estas herramientas no solo permiten identificar síntomas en contextos diferentes, sino que también ayudan a tener una base para una intervención temprana y poder disminuir las graves pérdidas en funcionalidad y bienestar relacionadas con estos trastornos (Patel et al., 2018).

2.1.2.2 Principales Instrumentos de Evaluación. Dentro del sistema de la salud mental existe una amplia variedad de instrumentos estandarizados en evaluación de ansiedad y depresión, considerando sus respectivas ventajas en sus contextos específicos, entre los mas conocidos de manera internacionalmente se encuentran el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), los cuales sobresalen por su robustez psicométrica y validez al momento de medir la sintomatología (Beck A. et al., 1993; Beck et al., 1996).

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, por sus siglas en inglés) es especialmente útil para el entorno médico y de atención primaria, ya que fue diseñada para disminuir la confusión entre síntomas afectivos y somáticos en enfermedades físicas (Zigmond & Snaith, 1993). Dentro de la practica clínica y epistemológica, los instrumentos breves como el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9), en depresión, y la Escala de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7) han sido muy reconocidos por su equilibrio entre sensibilidad y su rapidez a la hora de la aplicación, siendo ideales para el tamizaje (Kroenke et al., 2017; Spitzer et al., 2006).

Para implementar un instrumento en Latinoamérica, es importante contar con adaptaciones lingüísticas y contextuales, las cuales permiten asegurar la equivalencia métrica y conceptual de cada ítem, en este sentido, la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) gana relevancia debido a su diseño enfocado a la atención primaria, a diferencia de los instrumentos extensos, en los cribados prevalece una alta sensibilidad,

evitando falsos negativos, lo que permite desde el inicio identificar a posibles personas en riesgo y facilitar una pronta derivación o evaluación profunda de manera adecuada (Levis et al., 2020). Por lo tanto, para poder aplicar un instrumento se debe tener en cuenta su evidencia psicométrica, su adaptación lingüística y que cumpla su finalidad, que es la detección, diagnóstico o seguimiento.

2.1.2.3 Ventajas y Limitaciones de los Instrumentos Existentes. Como se mencionó en apartados anteriores, dentro del sistema de la salud mental se puede contar con una gran variedad de instrumentos de evaluación, siendo una ventaja a la hora de diagnosticar, aun así es fundamental poder identificar los instrumentos de tamizaje, los cuales están diseñados para detectar de manera rápida y con una alta precisión, posibles casos en contextos de altas demandas, como la atención primaria y también están los instrumentos de diagnóstico o evaluación profunda, los cuales se caracterizan por obtener una medición más detallada y específica de los síntomas y su intensidad (Kroenke et al., 2017). Si bien los instrumentos de tamizaje son reconocidos como los más eficaces a la hora de una identificación temprana, esto no significa que puedan sustituir a los instrumentos de diagnóstico, ya que estos últimos proporcionan un diagnóstico más profundo y formal.

Una de las limitaciones más comunes a la hora de aplicar estos instrumentos en diversos contextos es considerar adaptación cultural y lingüística, puesto que la aplicación de instrumentos sin validar puede comprometer su validez ante una detección de algún trastorno, debido a la falta de comprensión semántica de los ítems (Tennyson et al., 2019). Por esta razón es importante desarrollar adaptaciones en instrumentos breves y contextualmente pertinentes para cada población en específico, lo que permite asegurar la precisión a la hora de su aplicación y evitar la frecuente superposición de síntomas como en ansiedad y depresión (Biermann et al., 2020).

2.1.3 Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)

2.1.3.1 Antecedentes de la Escala. Fue diseñada por el doctor psiquiatra David Goldberg y colaboradores, como un instrumento breve de tamizaje y creada principalmente para utilizarla hacia atención primaria, así, médicos generales y no especializados en salud mental tengan la habilidad para identificar rápida y precisamente a pacientes con probabilidad de presentar ansiedad y depresión clínicamente

significativas, facilitando una detección temprana y una derivación pertinente, dentro de los contextos donde los especialistas son muy escasos (Goldberg et al., 1988).

2.1.3.2 Estructura de la Escala. La EADG está conformada por 18 ítems, divididos en dos subescalas independientes, midiendo ansiedad y depresión, compuestas por nueve preguntas, cada subescala incluye cuatro ítems iniciales que funcionan como preguntas de cribado, su finalidad es identificar síntomas importantes de manera rápida y precisa, tomando en cuenta que su interpretación se basa mediante los puntos de corte, donde el autor menciona que son ≥ 4 para subescala de ansiedad y ≥ 2 para depresión, representando una alta probabilidad de afectación clínica y que requiere una evaluación exhaustiva para un diagnóstico oficial (Goldberg et al., 1988).

2.1.3.3 Propiedades Psicométricas Reportadas en Otros Contextos. Diversas investigaciones han mencionado que la EADG mantiene propiedades psicométricas aceptables a nivel internacional, principalmente en la consistencia interna, llegando a superar el estándar aceptado de $\alpha > .70$ en las dos subescalas ($\alpha = .74-.84$ en ansiedad; $\alpha = .78-.86$ en depresión) conforme a los datos reportados de validez y confiabilidad del instrumento y atención primaria, sin dejar a un lado que las estructuras bidimensionales (ansiedad/depresión) se han registrado de manera consistente mediante los análisis factoriales (varianza explicada 45-55%), respaldando la validez del constructo (Goldberg et al., 1988). Aunque en los últimos años, las investigaciones relacionadas con la EADG son muy limitadas, se ha confirmado dentro de la literatura relacionada con instrumentos de tamizaje en atención primaria que, estas escalas breves para ansiedad y depresión, incluyendo a la EADG, mantienen un gran desempeño psicométrico (Levis et al., 2019).

2.1.3.4 Adaptaciones y Validaciones en Poblaciones Hispanohablantes. La EADG se ha adaptado y validado en varios países hispanohablantes, evidenciando las variaciones psicométricas en sus distintos contextos, por lo que estudios realizados en Latinoamérica como en El Salvador, han demostrado mediante el análisis factorial confirmatorio esta estructura bidimensional (Ansiedad y Depresión), respaldando la validez del constructo de esta población (Lobos & Gutiérrez, 2020). Sin embargo, investigaciones realizadas en otros contextos, como en Cataluña, reportan una estructura unifactorial, demostrando las variaciones sintomáticas que se presentan culturalmente, sin dejar a un lado que también se evidenció un bajo rendimiento psicométrico en ciertos ítems, requiriendo ajustes lingüísticos o culturales (Tolsá & Tolsá, 2022). Por lo tanto,

aunque la EADG se fortalece como una herramienta breve y rigurosa para el tamizaje, su aplicación depende de un proceso exhaustivo de adaptación y validación que asegure su fiabilidad para cada contexto cultural.

2.1.4 Fundamentación Psicométrica para la validación

2.1.4.1 Conceptualización de la Validez. El concepto de validez se centra en las teorías psicométricas, donde se conceptualiza como un conjunto unitario de evidencia teórica y empírica que respalda a los instrumentos para su aplicación específica, este conjunto de evidencias se compone de validar contenido, establecida mediante juicio de expertos y sus respectivos análisis cuantitativos, asegurando que los ítems se incorporen de manera adecuada en el dominio teórico del constructo, convirtiéndose en uno de los primeros pasos para una validación en instrumentos de tamizaje como la EADG, también está validación de constructo considerado como núcleo de validación, realizada mediante un proceso donde el instrumento se somete a evaluaciones de análisis factoriales, iniciando con Análisis Factorial Exploratorio (AFE) que permite comprender la estructura interna y como se distribuye el instrumento en la muestra, después viene Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) que ayuda a comprobar si el ajuste del modelo teórico ya propuesto es correcto (Hernández & Mendoza, 2018) y la validez discriminante que nos permite verificar si el instrumento consigue diferenciar entre dos factores que son de manera conceptual distintos (Hair et al., 2019).

2.1.4.2 Confiabilidad. Se representa en la consistencia del instrumento internamente dentro de muestra del estudio, el Alfa de Cronbach (α) es el más utilizado estadísticamente para esta finalidad, donde se han considerado valores $\geq .70$ como aceptables para investigaciones y $\geq .80$ como adecuados para lo clínico, siendo estas medidas como fundamentales para su interpretación y sustentar hallazgos (Hernández & Mendoza, 2018).

La evaluación de confiabilidad es un proceso muy importante en instrumentos de tamizaje, ya que el número limitado de preguntas puede llegar a ser un desafío a la hora de alcanzar un nivel adecuado de precisión psicométrica, por lo que el indicador clave de solidez para un instrumento de tamizaje, a pesar de su aplicación rápida, es mantener una consistencia interna satisfactoria, garantizando que el instrumento sea útil tanto para futuras investigaciones como para su aplicación clínica (American Educational Research

Association; American Psychological Association; National Council on Measurement in Education, 2014).

2.1.5 Contextualización sociocultural de la población cayambeña

2.1.5.1 Aspectos demográficos y socioculturales. El cantón Cayambe está ubicado en Pichincha, provincia de Ecuador, se caracteriza en su estructura sociodemográfica diversa con una presencia fuerte de comunidades indígenas que conviven con una gran población de mestizos, siendo un sector donde lo urbano es el núcleo que crece durante el transcurso del tiempo, donde económicamente se sustentan en agricultura y floricultura para exportación, definiendo el perfil laboral dentro de sus competencias marcando significativamente aspectos socioeconómicos, de igual manera en el área educativa, aunque se han reportado avances significativos, aún existe una brecha del nivel alcanzado, siendo un problema al momento de una oportunidad laboral, específicamente en la población rural y en las mujeres, llegando a tener acceso limitado a servicios y seguridad social, lo cual influye en las condiciones de vida en la población cayambeña (Vega et al., 2023).

2.1.5.2 Particularidades Culturales Relevantes Para la Evaluación Psicológica. Cayambe se caracteriza por ser un territorio de diversidad étnica, conformado por población indígena-Kichwa y mestiza, presentando barreras idiomáticas y diferencias en la visión sobre la salud y el bienestar, ya que el factor lingüístico es fundamental, donde el español y el kichwa se relacionan diariamente en espacios públicos (Bautista et al., 2021). Sobre las creencias y la salud en las poblaciones andinas, existe un gran equilibrio entre cuerpo, mente, espíritu y comunidad, siendo la salud entendida como un aspecto armónico, bienestar, espiritual y no como una enfermedad, difiriendo del modelo biomédico (Bautista et al., 2020).

2.1.5.3 Importancia de Validar Instrumentos en Contextos Específicos. Al aplicar instrumentos psicológicos no adaptados en contextos específicos, se puede llegar a ocasionar riesgos significativos, como la subestimación y sobrestimación de los síntomas, ya que la falta de comprensión en las preguntas puede ocasionar resultados poco fiables y no representativos, siendo la adaptación local fundamental para obtener propiedades psicométricas fiables y válidas, sin dejar a un lado las creencias y valores, asegurando que mejoren la aceptación, precisión y la utilidad clínica en población indígena y mestiza (Yang et al., 2024).

2.2 Marco Legal

2.2.1 Constitución de la Republica del Ecuador

2.2.1.1 Derecho a la Salud. La Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 32 establece la salud como un derecho fundamental, permitiendo su acceso universal e integral, incluyendo la salud mental como componente principal en bienestar de las personas. Este derecho se relaciona con otros derechos importantes, como trabajo, seguridad social y educación, sustentándose en principios de inclusión, equidad, interculturalidad y no discriminación (Asamblea Constituyente, 2008).

Sin dejar a un lado que la Constitución impulsa el enfoque de “Buen Vivir” o también conocido como “Sumak Kawsay” dentro del sector indígena, llegando a integrar los saberes ancestrales y occidentales, instaurando la responsabilidad de garantizar políticas públicas, asegurando accesibilidad permanente y pertinente a la calidad de servicios de salud (Asamblea Constituyente, 2008; Jiménez et al., 2017).

2.2.1.2 Protección de Derechos Humanos y la Dignidad de las Personas. Ecuador es un estado que tiene la obligación de asegurar un servicio de salud adecuado, asequible y de calidad, resguardando dignidad y derechos esenciales de todos los individuos, incluyendo migrantes y colectivos vulnerables, esto se obtiene mediante confidencialidad y consentimiento informado, siendo importante a la hora de realizar evaluaciones e intervenciones dentro del sistema de salud, y este pilar se encuentra respaldado por la Constitución a través del Art. 66, numerales 19 y 20, asegurando que dentro del sistema de salud se incorpore privacidad y protección de datos personales de individuos (Acuerdo Ministerial 5316, 2017; Asamblea Constituyente, 2008).

2.2.2 Ley Orgánica de Salud Mental

2.2.2.1 Objetivo y Obligaciones. Decretada en 2024, regula el impulso, precautelación, atención, tratamiento y rehabilitación de salud mental en el Ecuador, instaurando su aplicación obligatoria para absolutamente todas las instituciones públicas y privadas, siendo esta reconocida como parte integral del sistema de salud, destacando participación comunitaria, equidad y respeto a derechos humanos, determinando así la responsabilidad de los profesionales a la hora de actuar conforme a lo ético, técnico y

culturalmente oportuno, siendo la formación y competencia profesional exigente para quienes participan del proceso de evaluación y atención psicológica (Moyano et al., 2024).

2.2.2.2 Implicaciones Para Investigaciones y Uso de Instrumentos. Todo tipo de instrumentos de medición psicométrica y psicológica tiene que respetar el consentimiento informado, la pertinencia cultural y la confidencialidad, organizándose dentro de un enfoque comunitario, preventivo y principalmente con evidencia científica, sin dejar a un lado que es primordial que los participantes tengan claro el alcance evaluativo, concediendo consentimiento informado de manera voluntaria, respetando el derecho a la autonomía (Wefers et al., 2023). La ley recalca la importancia de que los instrumentos tienen que ser validados y adaptados contextualmente y lingüísticamente de manera adecuada, para evitar que los resultados tengan sesgos y asegurar su fiabilidad, por esta razón el uso de instrumentos validados, no solo ayuda a mejorar la precisión, sino que permite promover la equidad y la diversidad, contribuyendo a la generación de investigaciones posteriores y fortaleciendo la práctica psicológica multicultural (Moyano et al., 2024; Alban et al., 2020).

2.2.3 Ley Orgánica de Salud y Otras Normas Vinculadas

2.2.3.1 Ley Orgánica de Salud. Publicada en el 2006, es el amparo de normativas del Sistema Nacional de Salud, declarando a la salud como un derecho fundamental protegido por el Gobierno. Los principios establecidos son complementarios con la Constitución y la Ley de Salud Mental, siendo importante para la investigación, ya que delimita la organización del sistema de salud, garantizando servicios de calidad, considerando información científica, como la validación de los instrumentos, que ayuda a contribuir en calidad técnica para evaluaciones dentro de salud mental (Asamblea Nacional del Ecuador, 2006).

2.2.3.2 Ley de Derechos y Amparo del Paciente. Instaura garantías legales específicas que siguen vigentes, donde se reafirman los derechos principales como acceso a su información, otorgar consentimiento entendido, el acceso al historial clínico, aspectos importantes a la hora del registro de los datos para una investigación psicológica, sin dejar a un lado que el investigador tiene que resguardar los datos como si fuera un

historial clínico, proporcionando los estándares más rigurosos de confidencialidad y protección de datos dentro del proceso de evaluación (Congreso Nacional, 2006).

2.2.4. Normativas Éticas y Procedimientos para Investigación con seres humanos

2.2.4.1 Reglamento del Comité de Investigación en Seres Humanos (CEISH).

De acuerdo al reglamento establecido por el CEISH en Ecuador, se menciona que toda investigación donde los seres humanos formen parte de ella, incluyendo las validaciones de los instrumentos de evaluación psicológica, tiene que avalar el cumplimiento estricto de los principios éticos principales, siendo obligatorio obtener consentimiento informado, voluntariamente por parte de la persona, así como comprometerse con la seguridad absoluta de confidencialidad de toda la información adquiridos, e impedir cualquier riesgo físico o psicológico en los participantes, conforme al reglamento vigente (Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública, 2021).

2.2.4.2 Declaración de Helsinki. Es el mayor referente en ética de la investigación con seres humanos, cuyos principios son consentimiento informado, privacidad, confidencialidad, reducción de riesgos, acceso a tratamientos eficientes y protección a grupos vulnerables, ayudando a promover la transparencia. También establece acceso a los datos y instaurando nuevos conocimientos con personas, forzando a los profesionales a respetar el derecho y bienestar del participante, y se rige por los estándares universales para la investigación biomédica y psicológica (Asociación Médica Mundial, 2024).

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Descripción del área de estudio / Descripción del grupo de estudio

Esta investigación se enfocó como área de estudio en una población de estudiantes de Institutos Superiores del Cantón Cayambe, ubicado en Pichincha, Ecuador. Este contexto único permitió evaluar las variables culturales y sociales como influencia en manifestación y percepción de trastornos emocionales, ansiedad y depresión. Asimismo, la inclusión de ambos géneros y la distribución equilibrada garantizaron una perspectiva amplia para la validación de la herramienta en este entorno.

3.2 Enfoque y tipo de investigación

La investigación se abordó desde un enfoque cuantitativo y correspondió a un estudio instrumental, cuya finalidad fue estudiar las características psicométricas del instrumento de evaluación psicológica, por medio del análisis de validez y confiabilidad, siendo oportuno en estudios de validación y adaptación de escalas de medición (American Educational Research Association; American Psychological Association; National Council on Measurement in Education, 2014; Messick, 1995). Se estableció un diseño no experimental de corte transversal, con las variables sin manipular y el momento de la obtención de datos se hizo en único momento temporal, con la finalidad de describir y analizar las dimensiones del instrumento en un contexto específico, sin que el investigador interfiriera, lo cual es característico de los estudios psicométricos (Hernández & Mendoza, 2018).

3.3 Procedimiento de investigación

3.3.1 Participantes

Se dispuso de 614 estudiantes de varios Institutos Superiores ubicados en la ciudad y cantón Cayambe de Pichincha, Ecuador, entre ellos se incluyeron 202 alumnos del Instituto Superior Tecnológico Proyecto 2000, 167 del Instituto Superior Tecnológico Nikola Tesla y 245 del Instituto Superior Tecnológico Consulting Group, donde se aplicó a 500 estudiantes la escala adaptada, obteniendo dentro de los datos sociodemográficos a 245 hombres (49%) y 255 mujeres (51%); en cuanto a su autodefinición étnica se obtuvo lo siguiente: 413 mestizos (82.6%), 1 blanco (.2%), 78 Indígenas (15.6%), 6 afroecuatorianos (1.2%), y 2 montubios (.4%) y edad comprendida de 18 a 45 años.

3.3.2 Técnica de Muestreo

Se implementó un muestreo no probabilístico por conveniencia, lo que ayudó en seleccionar a individuos en función a su facilidad y disposición en la participación del estudio y según los criterios de inclusión requeridos, permitiendo obtener una muestra adecuada para los respectivos análisis psicométricos, con el fin de asegurar de que el grupo de estudio representará una población correctamente equilibrada, con muestreo pertinente, a la hora de fortalecer la evaluación (Hernández & Mendoza, 2018).

3.3.3 Criterio de Inclusión

Dentro de las condiciones del criterio de inclusión que se requirieron para la investigación se encuentran las siguientes:

- Residir en la Ciudad y Cantón Cayambe.
- Ser estudiante de los Institutos Superiores previamente mencionados.
- Haber comprendido y aprobado el consentimiento informado.

3.3.4 Instrumentos.

3.3.4.1 Cuestionario Ad hoc Datos Sociodemográficos. Se diseñó una encuesta específica para recopilar información sociodemográfica clave de los participantes, el cuál incluyó preguntas relacionadas con variables como edad, género y etnia, seleccionadas por su relevancia para el análisis contextual de la investigación; además, la aplicación del cuestionario fue diseñada para ser breve y sencilla, con una duración estimada de 1 minuto, lo que garantizó una experiencia ágil y comprensible para los participantes (Floyd, 2009).

3.3.4.2 Técnica Delphi. Esta metodología se empleó para asegurar la confiabilidad en el diseño y validación de instrumentos, basándose en la colaboración de un grupo de expertos que buscó alcanzar un consenso fundamentado sobre temas como la validación de herramientas de evaluación. Así, compilar y estudiar opiniones para estructurar adecuadamente la escala, además este grupo estuvo conformado por un especialista en estadística y expertos en psicología y lingüística, quienes contribuyeron al análisis del contenido y del constructo, lo que garantizó que el instrumento tuviera validez de contenido, asegurando que cada ítem fuera pertinente y representativo dentro del contexto específico, lo que reforzó tanto su confiabilidad como su utilidad en la población objetivo,

sin dejar de lado que esta técnica resultó especialmente efectiva gracias al intercambio constante de información y retroalimentación continua, elementos clave para alcanzar acuerdos sólidos y bien fundamentados entre los expertos, aspecto crucial en la adaptación psicométrica (Shelton & Creghan, 2015).

3.3.4.3 Fichas Lingüística. Estas fichas permitieron asegurar claridad, coherencia, comprensión y adecuación contextual de las preguntas, especialmente al tratarse de adaptaciones y validaciones en contextos hispanohablantes, lo que ayudó a identificar posibles confusiones del instrumento, asegurando su estructura semántica adecuada del instrumento de evaluación (Lobos & Gutiérrez, 2020).

3.3.4.4 Ficha Validación de Expertos. Estas fichas fueron utilizadas para recopilar las valoraciones de profesionales con experiencia en psicología clínica y lingüística, quienes evaluaron cada ítem en función de la suficiencia conceptual, Claridad, Coherencia y Relevancia de estos puntos, con un formato de puntuación con una escala de Likert, aspecto fundamental para asegurar su validez y adecuación del instrumento antes de su aplicación general (Dichter et al., 2016). Además, se implementó la fórmula del coeficiente V de Aiken en la cuantificación del grado de adecuación de los ítems:

$$V = \frac{\bar{x} - l}{k}$$

Donde:

- V = Coeficiente V de Aiken.
- $\bar{x}$ = Promedio de las Puntuaciones.
- L = Calificación Mínima.
- K = Rango de las Posibles Valoraciones.

Al aplicar la fórmula se obtuvieron valores $\geq .85$ (tabla 1) superando el .70 de los estándares internacionales, por lo que indicó un nivel óptimo en la validez de contenido, lo cual reflejó así el consenso de los expertos sobre el ajuste de los ítems (Aiken, 1985; Ilyana et al., 2025).

Tabla 1.*Coeficiente V de Aiken*

ítems	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Total
1	1	.75	1	1	.94
2	1	1	1	1	1
3	.83	1	.83	.75	.85
4	1	.92	1	1	.98
5	1	1	1	.83	.96
6	.92	.92	.92	.92	.92
7	1	.83	1	1	.96
8	.92	1	.92	.92	.94
9	1	1	1	.83	.96
10	1	1	1	1	1
11	1	.92	1	1	.98
12	1	1	1	1	1
13	1	.92	1	1	.98
14	1	1	1	1	1
15	.83	.92	1	1	.94
16	.92	.92	1	1	.96
17	.92	.75	1	1	.92
18	.92	.83	1	1	.94

3.3.4.5 Estructura de la prueba piloto

El propósito de esta prueba fue valorar la claridad, comprensión y adecuación lingüística de los ítems, así como identificar posibles dificultades en su interpretación. Esta fase preliminar proporcionó insumos esenciales para realizar ajustes antes de la validación definitiva, asegurando así la precisión y pertinencia clínica del instrumento en el contexto ecuatoriano (Lobos & Gutiérrez, 2020).

Para realizar la prueba piloto se seleccionó una muestra de 114 personas, asegurando un grupo adecuado en representación de la población objetivo, siendo cuantitativamente sólido, ya que puntuó una razón de 6.33 personas por ítem, superando el alcance mínimo que es de 5 personas por cada ítem para una buena estabilidad

estadística, garantizando la confiabilidad del instrumento antes de su respectiva aplicación a la población de estudio (American Educational Research Association; American Psychological Association; National Council on Measurement in Education, 2014; Hair et al., 2019).

3.3.5 Análisis de Datos

Los resultados fueron analizados de la muestra de 500 personas, la cual se dividió por la mitad para su respectivo análisis de datos, de las cuales la primera mitad de 250 personas se destinó al AFE y la otra mitad al AFC, para que la estructura aumentara la rigurosidad de los hallazgos, considerándose este procedimiento dentro de la investigación psicométrica se considera adecuado y proporciona una evidencia sólida dentro de la validez del instrumento (Tolsá & Tolsá, 2022; Schreiber et al., 2006).

Para llevar a cabo este procedimiento se utilizaron los programas estadísticos de IBM SPSS versión 25 (para el AFE, la Consistencia Interna, la Validez Discriminante y el Estadístico Descriptivo), y su extensión denominado AMOS versión 26 (para su AFE) siendo para Windows (IBM, 2022; IBM, 2022).

3.3.5.1 Análisis de Validez de Contenido. Fue una herramienta cuantitativa utilizada en las etapas iniciales de la validación de un instrumento de evaluación, cuya finalidad era determinar si los ítems que lo componían representaban de manera adecuada el contenido que se deseaba medir, ya que este porcentaje se obtuvo mediante la valoración de un grupo de expertos, quienes se enfocaron en la calidad, coherencia y representatividad de cada ítem, por lo tanto, fue necesario que aquel porcentaje fuera superior a 0.78 para que el contenido se considerara aceptable (Davis, 1992).

3.3.5.2 Análisis de Validez Interna (AFE, AFC). El análisis de validez interna consistió en evaluar si los ítems de un instrumento representaban adecuadamente los constructos teóricos mediante técnicas como el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), utilizada estadísticamente en la identificación de la estructura subyacente del conjunto de variables observadas sin asumir un modelo teórico previo, por lo tanto permitió reducir y depurar ítems, identificar dimensiones emergentes y establecer la coherencia interna de cada factor, para que un AFE sea considerado válido, se recomendó que las cargas factoriales sean iguales o superiores a .40, que el índice KMO fuera igual o mayor a .70, y que la prueba de Bartlett fuera significativa ($p < .05$), asegurando que los datos fueran

adecuados para el análisis y que los factores extraídos reflejen fielmente el constructo evaluado, mientras que la técnica de Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) en la verificación de la validez estructural del instrumento confirmando si la estructura factorial se ajustaba adecuadamente a los datos empíricos, por lo cual los criterios de aceptación más utilizados incluyeron un valor de χ^2/df menor o igual a 3, un RMSEA menor o igual a .06, e índice CFI iguales o superiores a .90, lo que contribuyó a garantizar una validación integral y la fiabilidad interna en cada dimensión evaluada (Hu & Li, 2015).

3.3.5.3 Análisis de Fiabilidad. Fue un proceso psicométrico que evaluó la capacidad de un instrumento para ofrecer resultados reales y estables, entre diferentes evaluadores o en versiones equivalentes y asegurando que las mediciones no estuvieran influenciadas por el error. Este análisis incluyó métodos como la consistencia interna mediante alfa de Cronbach. De acuerdo con estándares psicométricos, se consideró aceptable un coeficiente de fiabilidad igual o mayor a .70, este porcentaje permitió asegurar calidad y precisión de resultados con instrumentos de medición en investigación social, educación o de salud (Souza et al., 2017).

3.3.6 Procedimiento Durante el Trabajo de Campo

Como primera instancia para poder realizar el trabajo de campo se tramitaron las respectivas solicitudes para que las instituciones evaluadas dieran autorización pertinente, garantizando el cumplimiento de las normativas legales y éticas, para después proceder a presentar el proyecto de investigación a los participantes. A continuación, se realizó una investigación exhaustiva sobre validaciones concernientes a la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG), utilizada para la respectiva validación, tomando como referencia diversas validaciones realizadas en varios países entre ellos algunos hispanohablantes.

Una vez con el conocimiento necesario, se procedió a realizar el cuestionario ad hoc de los datos sociodemográficos tomando en cuenta la edad, género y etnia, asegurando que los participantes fueran muestra representativa de población en general. Continuando después con las respectivas adaptaciones de la EADG, la cual consistió en modificar las opciones de respuesta dicotómica (sí/no) por la escala de Likert de cuatro opciones (nunca, a veces, casi siempre, siempre). Al recodificar la escala de Likert a dicotómica para mantener sus puntuaciones originales, se tendría que sumar el “nunca” con el “a veces” (correspondiéndole al “No”) y el “casi siempre” con el “siempre” (se

correspondiéndole al “Si”). Esto se realizó para tener mejora en la confiabilidad y validez del instrumento adaptado, ya que en varios estudios donde se hizo el mismo procedimiento y se obtuvieron resultados satisfactorios a la hora de los análisis (Rogowska et al., 2021).

Seguidamente, a la semana y cuatro días del mes de septiembre de 2025, se procedió con la realización de la adaptación lingüística y sociocultural del instrumento, por medio de una ficha de lenguaje, lo que permitió ajustar los ítems mediante de la suficiencia, claridad, coherencia y relevancia, asegurando una adecuada precisión del constructo. Acto seguido se aplicó la técnica Delphi, donde participaron dos profesionales de lenguaje, dos psicólogos clínicos y un profesional en estadística, quienes cumplieron una función muy importante al a hora de llegar a un acuerdo con respecto a la suficiencia, claridad, coherencia y relevancia del instrumento dentro del contexto de estudio.

Una vez obtenidos todos los ajustes necesarios y adaptado el instrumento según las directrices del grupo de expertos, a las dos semanas y seis días del mes de octubre de 2050, se procedió a desarrollar la prueba piloto, considerando un número de personas representativas de esta población de estudio, esta prueba preliminar permitió medir la consistencia y fiabilidad, y esto se logró por medio de la evaluación estadística alfa de cronbach, asegurando que el instrumento no presentara ninguna inconsistencia, antes de su aplicación en general.

Después de haber pasado por todo el proceso y obtenido los datos adecuados, al día uno del mes de diciembre de 2025, se continuó aplicando el instrumento adaptado al muestreo de estudio,. Una vez recopilados todos los datos de la población, se procedió a realizar su respectivo análisis exploratorio, que ayudó a identificar las dimensiones del instrumento y el confirmatorio que ayuda a comprobar su estructura dimensional obtenida y para luego finalizar con la evaluación de la consistencia interna, donde se pudo comprobar que los datos fueron adecuados, para finalmente terminar con una nueva EADG adaptada y validada para sus futuras aplicaciones y estudios investigativos.

CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

4.1.1 Prueba Piloto

La prueba piloto se ejecutó con una muestra ($n = 114$) siendo adecuada para realizar su respectiva evaluación de consistencia interna. Al realizarla, se pudo observar que la subescala de Ansiedad obtuvo una puntuación de .866 y en la de Depresión una puntuación de .895, sin dejar a un lado que en la escala total obtuvo .905 (tabla 2), superando el umbral de .70 que es recomendado para las investigaciones, logrando así demostrar su fiabilidad y validez del instrumento preliminar.

Tabla 2.

Confiabilidad por Consistencia Interna

Escala/Subescala	Alfa de Cronbach (α)	Nº de ítems
Ansiedad	0.846	9
Depresión	0.897	9
Escala total	0.921	18

4.1.2 Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

Se evidenciaron condiciones adecuadas y mejoradas, con un índice de Medida Kaiser-Mater (KMO) de .927, y prueba de esfericidad de Bartlett de χ^2 ($df= 153$) = 2419.487, $p < .000$ siendo significativo y confirmando el ajuste de los datos en el análisis. Mediante el método de componentes principales en una rotación Varimax, se pudieron observar dos factores que trabajaron junto a sus respectivas de preguntas, donde los ítems del 1 al 9 formaron un grupo correspondiente al factor de la Ansiedad y los ítems del 10 al 18 al factor de la Depresión. Estos dos grupos explicaron el 54.935% de la varianza total (tabla 3). Cada pregunta osciló con su carga factorial entre .523 y .815 conformando su respectivo grupo (tabla 4).

Tabla 3.*Adecuación Muestral y Varianza Explicada (AFE)*

Prueba de KMO y Bartlett	
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	.927
Aprox. Chi-cuadrado (χ^2)	2419.487
Prueba de esfericidad de Bartlett	Grado de libertad (gl)
	153
	Significación (Sig.)
	.000
% Varianza Total Explicada	54.935%

Tabla 4.*Estructura Factorial (Matriz Rotada Varimax)*

Items	Factor 1: Ansiedad	Factor 2: Depresión
AN1	.523	
AN2	.600	
AN3	.567	
AN4	.708	
AN5	.660	
AN6	.660	
AN7	.650	
AN8	.668	
AN9	.623	
DE10		.648
DE11		.787
DE12		.800
DE13		.747
DE14		.708
DE15		.794
DE16		.772
DE17		.583
DE18		.551

4.1.3 Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)

Para el AFC con la segunda submuestra independiente, se pudo confirmar la estabilidad bifactorial de la estructura, representada en la tabla 5, donde se demostró que estos índices fueron satisfactorios: $\chi^2/g1 = 2.256$, CFI = 0.907, y RMSEA = 0.066 (IC 90%: 0.056-0.076).

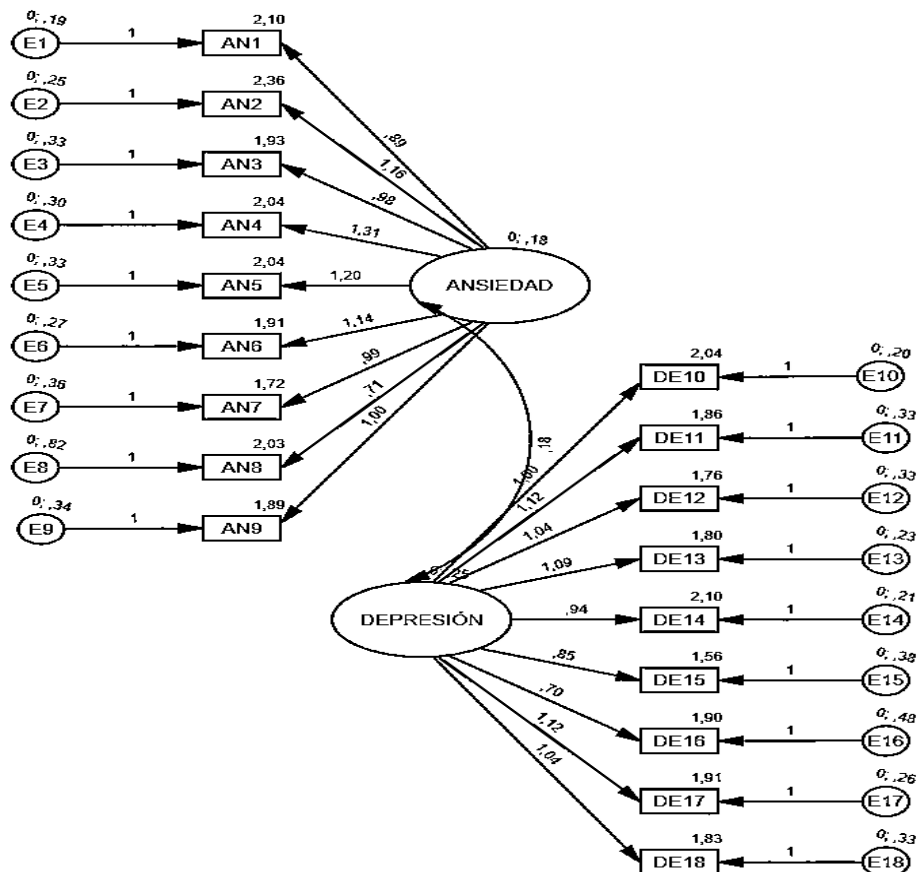
Tabla 5.

Índice de Ajuste del Análisis Factorial Confirmatorio

Índice de Ajuste	Valor Obtenidos
χ^2/df (CMIN/DF)	2.256
CFI	.907
RMSEA	.066
IC 90% RMSEA	.056 - .076
PCLOSE	.004

Figura 1

Análisis Factorial Confirmatorio



4.1.4 Estadístico Descriptivo

En cuanto a la distribución de las respuestas, el estadístico descriptivo (tabla 6) demostró que todas las medidas de los ítems se encontraron en un rango de 1.77 a 2.28, con una escala de 1 a 4, donde la subescala de Ansiedad presentó una Media (M) en 2.07 y Desviación Estándar (DE) de .57 siendo ligeramente superior a la Depresión que puntúa valor medio de 1.96 y Desviación Estándar de .63, representando una presencia moderada de síntomas en la muestra.

Tabla 6.

Estadístico Descriptivo por Ítems (N = 500)

Ítem	Media (M)	Desviación Estándar (DE)	Asimetría	Curtosis	Subescala
1	2.14	0.605	0.42	-0.31	Ansiedad
2	2.38	0.699	0.18	-0.68	Ansiedad
3	2.09	0.778	0.58	-0.46	Ansiedad
4	2.12	0.781	0.56	-0.52	Ansiedad
5	2.14	0.809	0.50	-0.63	Ansiedad
6	1.97	0.752	0.74	-0.19	Ansiedad
7	1.82	0.739	0.92	0.24	Ansiedad
8	1.94	0.888	0.80	-0.31	Ansiedad
9	1.99	0.757	0.68	-0.30	Ansiedad
Total Ansiedad	2.07	0.57	0.55	-0.15	
10	2.10	0.673	0.48	-0.43	Depresión
11	1.90	0.778	0.78	-0.29	Depresión
12	1.79	0.791	0.95	0.08	Depresión
13	1.84	0.741	0.84	-0.07	Depresión
14	2.16	0.650	0.39	-0.53	Depresión
15	1.77	0.753	1.02	0.40	Depresión
16	1.94	0.760	0.77	-0.15	Depresión
17	1.92	0.732	0.76	-0.18	Depresión
18	1.88	0.778	0.83	-0.20	Depresión
Total Depresión	1.96	0.63	0.66	-0.12	
Escala Total	2.02	0.54	0.60	-0.14	

4.1.5 Validez Discriminante Interna (Correlación Inter-Factorial)

La validez discriminante interna fue evaluada mediante correlaciones Inter-Factoriales, revelando una correlación alta y significativa entre Ansiedad y Depresión ($r = 0.727$), lo que indica una fuerte relación, pero sin alcanzar el umbral de redundancia factorial ($r > .85$). Ambas subescalas mostraron correlaciones muy elevadas con la Escala Total (Ansiedad: $r = .924$; Depresión: $r = .935$), confirmando su contribución sustancial al constructo general. Además, la consistencia interna de cada subescala fue respaldada por correlaciones medias significativas entre sus ítems (Ansiedad: $r = .387$; Depresión: $r = .495$), estos resultados apoyan que, aunque los factores están fuertemente conectados, miden dimensiones diferenciables y específicas, cumpliendo con los criterios de validez discriminante interna del instrumento (tabla 7).

Tabla 7.

Validez Discriminante Interna (Correlaciones Inter-Factoriales)

Par de Factores	r	IC 95%	p
Ansiedad - Depresión	0.727	[0.683, 0.766]	< .001
Ansiedad - Escala Total	0.924	[0.910, 0.936]	< .001
Depresión - Escala Total	0.935	[0.923, 0.945]	< .001
Correlación media ítems ansiedad	0.387	[0.310, 0.459]	< .001
Correlación media ítems depresión	0.495	[0.425, 0.558]	< .001

4.1.6 Consistencia Interna (Fiabilidad)

Al evaluar la Consistencia Interna, se encontró que ambas subescalas tuvieron un excelente Alfa de Cronbach, con subescala de Ansiedad puntuando en .846 y la de Depresión de .897, tomando en cuenta que la Escala Completa puntuó .921 (tabla 8). Estos valores demostraron la fiabilidad del instrumento, ya que superaron el umbral de .70 recomendado para investigaciones.

Tabla 8.

Confiabilidad por Consistencia Interna

Escala/Subescala	Alfa de Cronbach (α)	Nº de ítems
Ansiedad	0.846	9

Depresión	0.897	9
Escala total	0.921	18

4.2 Discusión

El alcance de esta investigación consideró el objetivo de validar la en castellano de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) en población Cayambeña (Ecuador), con énfasis en su aplicación en Tecnólogos. Los hallazgos la validez y fiabilidad del instrumento en este contexto lingüístico, posicionándolo como una herramienta confiable en atención primaria.

4.2.1 Prueba Piloto

Los resultados de la prueba piloto representaron una favorable consistencia interna del instrumento, dado que los puntajes alcanzados en escala de Ansiedad (.866), en Depresión (.895) y en la escala general (.905) sobrepasaron significativamente el estándar mínimo de .70 recomendado para estudios estadísticos, a comparación de las validaciones relacionadas a las escalas en los contextos salvadoreño, iraní, catalana y coreana, no se reportó la realización de una prueba piloto independiente, evaluando de manera directa las propiedades psicométricas en la población de estudio definitiva, aun así estos coeficientes para consistencia interna mostrados en esas investigaciones fueron similares a los que se observaron en el presente pilotaje (Lobos & Gutiérrez, 2020; Kim et al., 1997; Tolsá & Tolsá, 2022; Aminpoor et al., 2012).

4.2.2 Estructura Factorial

En línea con el primer objetivo específico, mediante la adaptación lingüística y el análisis de contenido se obtuvo un equivalente conceptual y semántico adecuado, ya que el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) identificó una clara estructura de dos subescalas (Ansiedad y Depresión) que en conjunto explicaron el 54.935% de varianza y cargas factoriales que fluctuaron de .523 a .815. Esto se alineó con la estructura de escala original (Goldberg et al., 1988) y con otras validaciones realizadas en población hispanohablante, como en El Salvador, la cual confirmó una estructura bifactorial con consistencia interna adecuada (Lobos & Gutiérrez, 2020).

Sin embargo, es importante mencionar que en estudios recientes se hallaron estructuras factoriales diferentes, tal fue el caso de la validación en catalán, que demostró una estructura unidimensional, sugiriendo que, en aquella población, síntomas de ansiedad y depresión se representan en un constructo único de malestar psicológico. (Tolsá & Tolsá, 2022). Este hallazgo permitió comprender la influencia que generan los factores contextuales, lingüísticos y poblacionales, al momento de la medición y extracción de estos síntomas (Ballenger et al., 2001; Norton, 2007). La confirmación de la estructura bifactorial en el muestreo demostró que esta escala pudo ser utilizada para diferenciar entre los síntomas de Ansiedad y Depresión.

El Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) resaltó la estabilidad de este modelo bifactorial con un índice satisfactorio ($\chi^2/\text{gl} = 2.256$, CFI = 0.907, y RMSEA = 0.066, IC 90%: 0.056-0.076), situándose dentro del rango recomendado según de la literatura metodológica, donde se menciona que un valor χ^2/gl menor a 3, un CFI igual o superior .90 y un RMSEA inferior o igual a .08 indican un ajuste adecuado del modelo (Hu & Bentler, 1999; Kline, 2016), respaldando la validez estructural del instrumento. Estos resultados fueron coherentes con los de validaciones recientes, la salvadoreña y la coreana que confirmaron su estructura bifactorial, junto con índices de ajuste adecuados (Lobos & Gutiérrez, 2020; Kim et al., 1997).

4.2.3 Análisis Descriptivo y Validez Discriminante Interna

El Análisis Descriptivo reflejó puntuaciones medias en el rango moderado-bajo, con la subescala de Ansiedad ($M = 2.07$, $DE = .57$) mostró un valor ligeramente superior a la de Depresión ($M = 1.96$, $DE = .63$). Esto resultó consistente con lo reportado en la adaptación salvadoreña, donde también se identificaron medias inferiores al punto medio de la escala (Lobos & Gutiérrez, 2020). La consistencia en las respuestas, evidenciada por desviaciones estándar relativamente bajas ($< .63$) indicó una comprensión homogénea de los ítems, lo que respaldó la efectividad de la adaptación lingüística, siendo un aspecto fundamental, como se destacó en la adaptación catalana, señalando la necesidad de garantizar una equivalencia semántica, idiomática y conceptual para preservar el contexto cultural de la escala (Tolsá & Tolsá, 2022). Estos datos proporcionaron una base epistemológica lineal y valiosa para el monitoreo de salud mental para este grupo específico.

La Validez Discriminante Interna se evidenció mediante la correlación Inter-Factorial ($r = .789$) confirmando que los factores no representan solapamiento excesivo, ya que dentro de los criterios técnicos propuestos en la obra *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*, se indica que la independencia factorial se garantiza siempre y cuando las correlaciones inter-factoriales no excedan el umbral estricto de .85, asegurando que cada factor mantiene su independencia (Kline, 2016), sin dejar a un lado que los coeficientes (ítem – factor) se encuentran entre (.399 y .684) evidenciaron que cada factor conservó su independencia conceptual y estadística, estos resultados coincidieron con estudios previos que, aunque indicaron alta correlación entre ambos factores, aún permitieron la identificación de síntomas en contextos clínicos e investigativos (Goldberg et al., 1988; Aminpoor et al., 2012), reforzando el modelo bifactorial en el contexto de estudio.

4.2.4 Consistencia Interna y Fiabilidad

La prueba de Consistencia Interna identificó una excelente fiabilidad para la escala adaptada, con un coeficiente Alfa de Cronbach de .846 en subescala de Ansiedad, .897 en subescala de Depresión y .921 en la escala completa, dichos valores superaron el umbral de .70 siendo considerados como buena y excelente según la literatura mencionada en la Metodología de la Investigación (Hernández & Mendoza, 2018). Estos resultados fueron similares e incluso son superiores a los reflejados en otras adaptaciones, como en el caso de la versión salvadoreña con un Alfa de Cronbach de .84 en Ansiedad y .86 en Depresión, la iraní con .864 en la escala de Ansiedad, la catalana con .979 para la escala total y la versión coreana con .736 en Ansiedad, .749 en Depresión y .742 la escala total (Lobos & Gutiérrez, 2020; Aminpoor et al., 2012; Tolsá & Tolsá, 2022; Kim et al., 1997). La elevada consistencia interna demostró que la adaptación lingüística fue exitosa, preservando el significado conceptual original de los ítems y manteniendo la consistencia interna de subescalas.

Conclusiones

Este estudio tuvo como objetivo determinar la validez y confiabilidad de la versión en castellano de Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg en la población cayambeña, Ecuador en el año 2025. Mediante los hallazgos mostrados, se concluyó que la EADG adaptada al contexto, demostró propiedades psicométricas adecuadas, sólidas y consistentes, respondiendo afirmativamente a la pregunta planteada en la investigación.

Al respecto de la evaluación de validez de contenido, a partir de su traducción y adaptación lingüística, empezando con los resultados de una prueba piloto evidenciaron una adaptación conservativa en coherencia semántica, adecuación contextual y claridad semántica dentro de la población cayambeña, asegurando que los reactivos evalúan de manera adecuada los constructos teóricos de ansiedad y depresión.

El segundo objetivo planteó un estudio piloto para comprobar las propiedades psicométricas, donde se pudo determinar que la versión preliminar mostró una elevada fiabilidad, confirmando la precisión y estabilidad del instrumento piloto.

Respecto al tercer objetivo específico, enmarcado a determinar la validez y confiabilidad psicométrica de esta escala final adaptada, los análisis factoriales exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC) demostraron una estructura bifactorial igual al modelo original de la EADG, donde el AFE mostró parámetros adecuados con el índice de KMO elevado y prueba de Bartlett significativa, comprobando la pertinencia de los análisis, de igual manera, los dos factores identificados manifestaron un porcentaje adecuado de varianza total y mostraron cargas factoriales satisfactorias, respaldando la validez del constructo.

Por último, la evaluación de validez discriminante y consistencia interna permitió concluir que, aunque existe una alta correlación entre las dos subescalas (ansiedad – depresión), ambas se pudieron diferenciar, ya que evalúan constructos conceptuales específicos, llegando a medir de manera adecuada sus respectivas subescalas, sin dejar a un lado que los altos niveles de Alfa de Cronbach obtenidos en cada subescala y en la escala total, reafirmaron que la EADG adaptada es un instrumento preciso y principalmente confiable a la hora de su respectiva aplicación dentro del contexto específico.

Por lo que, la versión en castellano de la Escala de ansiedad y Depresión de Goldberg adaptada a la población cayambeña presentó propiedades psicométricas adecuadas, sólidas y consistentes, donde la validez de contenido evidenció coherencia, claridad y consistencia, el estudio piloto confirmó una elevada confiabilidad y estabilidad del instrumento, los análisis factoriales exploratorio y confirmatorio respaldaron una estructura bifactorial congruente con el modelo original, validando el constructo y la consistencia interna, la validez de discriminante confirmó que la escala es precisa y confiable para evaluar ansiedad y depresión en esta población en específico.

Recomendaciones

Se recomienda que a futuras investigaciones apliquen la EADG en comunidades de lengua Kichwa con la finalidad de fortalecer el instrumento y que este pueda ser utilizado en distintos grupos poblacionales.

Finalmente, se recomienda continuar con procesos de actualización y reevaluación del instrumento por determinados periodos de tiempo, tomando en cuenta los cambios contextuales y socioculturales que se pueden presentar, con la finalidad de mantener la fiabilidad, precisión, validez y eficacia en la evaluación psicológica de la población de estudio.

Desde la práctica clínica, se recomienda que profesionales del área de salud mental y afines lleguen a utilizar el EADG como un instrumento de aplicación prevé y detección temprana para sintomatología ansiosa y depresiva, apoyando al diseño y planificación de estrategias de promoción de salud mental.

Referencias

- Acuerdo Ministerial 5316. (22 de 02 de 2017). *Modelo Aplicación del Consentimiento Informado Práctica Asistencial*. Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada: <http://www.acess.gob.ec/wp-content/uploads/2017/08/gestionconsentimientoinformado.pdf>
- Aiken, L. R. (1985). Three Coefficients for Analyzing the Reliability and Validity of Ratings. *Educational and Psychological Measurement*, 131-142. <https://doi.org/10.1177/0013164485451012>
- Alban, C., Sellan, V., & Moran, C. (2020). La salud en los pueblos indígenas: atención primaria e interculturalidad. *Minerva*, 23-34. <https://doi.org/10.47460/minerva.v1i3.14>
- American Educational Research Association; American Psychological Association; National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for Educational & Psychological Testing*. Washington, D.C.: American Educational Research Association. https://www.testingstandards.net/uploads/7/6/6/4/76643089/standards_2014edition.pdf
- American Psychiatric Association. (2022). *American Psychiatric Association*. ¿Qué es la depresión?: <https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/depresion/que-es-la-depresion>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 ed.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Psychiatric Association. (06 de 2023). *American Psychiatric Association*. ¿Qué son los trastornos de ansiedad?: <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorder>
- Aminpoor, H., Afshinfar, J., Mostafaei, A., & Ostovar, S. (2012). Validation of Goldberg's Depression Scale in academic and non-academic peoples. *Annals of Biological Research*, 3(9), 4564-4573.
- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Ministerio de Defensa Nacional del Ecuador. https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2006). *La Ley Orgánica de Salud*. Quito: Asamblea Nacional. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Asociación Médica Mundial. (2024). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Finlandia: AMM. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

- Balanza, S., Morales Moreno, I., Guerrero Muñoz, J., & Conesa Conesa, A. (2008). Academic and psycho-socio-familiar factors associated to anxiety and depression in university students. Reliability and validity of a questionnaire. *Revista Española de Salud Pública*, 189-200. <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v82n2/original4.pdf>
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Kirmayer, L. J., Lépine, J. P., Lin, K. M., Tajima, O., & Ono, Y. (2001). Consensus statement on transcultural issues in depression and anxiety from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *The Journal of clinical psychiatry*, 47-55.
- Bautista, E., Duque, V., Verdugo, A., Dávalos, V., Michels, N. R., Hendrickx, K., & Verhoeven, V. (2020). Towards an indigenous definition of health: an explorative study to understand the indigenous Ecuadorian people's health and illness concepts. *International Journal for Equity in Health*, 2-8. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-1142-8>
- Bautista, E., Duque, V., Verhoeven, V., Chicaiza, J., Hendrickx, K., Maldonado, R., & Michels, N. R. (2021). Perceptions of Ecuadorian indigenous healers on their relationship with the formal health care system: barriers and opportunities. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 2-10. <https://doi.org/10.1186/s12906-021-03234-0>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A., Steer, R., Boston, O., York, N., Francisco, S., & Dallas, A. (1993). *Beck Anxiety Inventory*. San Antonio: THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION. <https://ia801500.us.archive.org/30/items/BAIManual/BAI%20Manual.pdf>
- Biermann, M., Bohus, M., Gilbert, P., Vonderlin, R., Cornelisse, S., & Osen, B. (2020). Psychometric properties of the German version of the Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS). *Psychological Assessment*, 97-110. <https://doi.org/10.1037/pas0000956>
- Congreso Nacional. (22 de 12 de 2006). *Ministerio de Salud Pública*. La Ley de Derechos y Amparo del Paciente: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>
- Consejo Nacional de Planificación. (16 de Febrero de 2024). *Secretaría Nacional de Planificación*. Plan de Desarrollo para el nuevo Ecuador 2024-2025: <https://www.planificacion.gob.ec/plan-de-desarrollo-para-el-nuevo-ecuador-2024-2025/>
- Cuijper, P., Stringaris, A., & Wolpert, M. (2020). Treatment outcomes for depression: challenges and opportunities. *The lancet. Psychiatry*, 925-927. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30036-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30036-5)

- Davis, L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5(4), 194–197. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80008-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80008-4)
- Descriptores en Ciencias de la Salud. (2025). *Psicopatología*. DeCS: <https://id.nlm.nih.gov/mesh/D011599>
- Dichter, M., Schwab, C., Meyer, G., Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2016). Linguistic validation and reliability properties are weak investigated of most dementia-specific quality of life measurementsda systematic review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 70, 233-245. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.08.002>
- Echeverría Castro, S., Sotelo Castillo, M., Barrera Hernández, L., & López Valenzuela, M. (2013). *Diseño de Instrumentos de Medición En Psicología y sus Propiedades Psicológicas*. México: Oficina de Producción de Obras Literarias y Científica. <https://www.itson.mx/publicaciones/Documents/ciencias-sociales/disenodeinstrumentosdos.pdf>
- Floyd, J. (2009). *Survey Research Methods* (4 ed.). SAGE Publications. <https://doi.org/https://doi.org/10.4135/9781452230184>
- Forbes, M., Sunderland, M., Rapee, R., Batterham, P., & Cate, A. (2021). A Detailed Hierarchical Model of Psychopathology: From Individual Symptoms up to the General Factor of Psychopathology. *Clinical Psychological Science*, 139-168. <https://doi.org/10.1177/2167702620954799>
- Fried, E. I., Flake, J. K., & Robinaugh, D. J. (2022). Revisiting the theoretical and methodological foundations of depression measurement. *Nature Reviews Psychology*, 358-368. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s44159-022-00050-2>
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 897-899. <https://doi.org/10.1136/bmj.297.6653.897>
- González, M., Herrero, M., Viña, C. M., & Peñate, W. (2004). El Modelo Tripartito: Relaciones Conceptuales y Empíricas entre Ansiedad, Depresión y Efectos Negativos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), 289-304.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Rolph, A. (2019). *MULTIVARIATE DATA ANALYSIS*. México: CENGAGE. https://eli.johogo.com/Class/CCU/SEM/_Multivariate%20Data%20Analysis_Hair.pdf
- Hernández, R., & Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (1 ed.). México: Mcgraw-Hill Educación. <https://doi.org/9781456260965>
- Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 1-55. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/10705519909540118>

- Hu, Z., & Li, J. (2015). The integration of EFA and CFA: One method of evaluating the construct validity. *Social Science Research*, 4(1), 23–35. <https://socialscienceresearch.org/index.php/GJHSS/article/view/1354>
- IBM. (01 de 09 de 2022). *IBM*. IBM SPSS Statistics para Windows (Versión 25.0): <https://www.ibm.com/support/pages/downloading-ibm-spss-statistics-25>
- IBM. (09 de 08 de 2022). *IBM*. Descarga de IBM SPSS Amos 26: <https://www.ibm.com/support/pages/downloading-ibm-spss-amos-26>
- Ilyana, N., Tajuddin, I., Abas, U., Aziz, K., Nor, R., & Sudin, M. (2025). Content Validity Assessment Using Aiken's V: Knowledge Integration Model for Blockchain in Higher Learning Institutions. *International Journal of Advanced Computer Science and Applications*, 601-608. <https://doi.org/10.1177/0013164485451012>
- Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública. (2021). *Reglamento Interno del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos*. Quito: INSPI. <https://www.investigacionsalud.gob.ec/comite-de-etica/>
- Jiménez, W., Granda, M., Ávila, D., Cruz, L., Flórez, J., Mejía, L., & Vargas, D. (2017). Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. *Universidad y Salud*, 126-139. <https://doi.org/10.22267/rus.171901.76>
- Jouvent, R., Bungener, C., Morand, P., Millet, V., Lancrenon, S., & Ferreri, M. (1999). Distinction between anxiety state/trait in general practice: a descriptive study. *L'Encephale*, 44-49. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10205733/>
- Kalin, N. H. (2020). The critical relationship between anxiety and depression. *American Journal of Psychiatry*, 365-367. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20030305>
- Kim, J., Kim, Y., Lee, G., Park, T., Lee, Y., Kong, B., & Sim, J. (1997). The Standardization of Korean-translated Goldberg's shart screening scale for Anxiety and Depression. *Korean Journal of Family Medicine*, 18(12), 1452-1460. <https://www.kjfm.or.kr/journal/view.php?number=1360>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling*. The Guilford Press.
- Kroenke, K., Wu, J., Yu, Z., Bair, M. J., Kean, J., Stump, T., & Monahan, P. O. (2017). Patient health questionnaire anxiety and depression scale. *Psychosomatic Medicine*, 716-727. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000322>
- Levis, B., Sun, Y., He, C., Wu, Y., Krishnan, A., & Bhandari, P. (2020). Accuracy of the PHQ-2 alone and in combination with the PHQ-9 for screening to detect Major Depression. *Journal of the American Medical Association*, 2290-2300. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6504>
- Levis, B., Yan, X. W., He, C., Sun, Y., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2019). Comparison of depression prevalence estimates in meta-analyses based on screening tools and rating scales versus diagnostic interviews: a meta-research review. *BMC Medicine*, 1025-1035. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1297-6>

- Lin, Y. K., Saragih, I. D., Lin, C. J., Liu, H. L., Chen, C. W., & Yeh, Y. S. (2024). Global prevalence of anxiety and depression among medical students during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychology*, 1-31. <https://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-024-01838-y>
- Lobos, M. E., & Gutiérrez, J. R. (2020). Adaptación psicométrica de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg en una muestra salvadoreña. *Revista entorno*(70), 87-98. <https://doi.org/https://doi.org/10.5377/entorno.v0i69.9557>
- Maddux, J., & Winstead, B. (2020). *Psychopathology: Foundations for a Contemporary Understanding*. Nueva York: Routledge. https://students.aiu.edu/submissions/profiles/resources/onlineBook/J8x9T7_Psychopathology_Foundations_4th.pdf
- Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 137-150. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00395-3)
- Messick, S. (1995). Validity of psychological assessment: Validation of inferences from persons' responses and performances as scientific inquiry into score meaning. *American Psychologist*, 741-749. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.50.9.741>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (10 de 10 de 2024). *MSP fortalece su red de servicios de atención en salud mental en todo el territorio*. Ministerio de Salud Pública: https://www.salud.gob.ec/msp-fortalece-su-red-de-servicios-de-atencion-en-salud-mental-en-todo-el-territorio/?utm_source=chatgpt.com
- Morales, I., Mallikarjun, P., Chandan, J., Thayakaran, R., Upthegrove, R., & Marwaha, S. (2023). Impact of anxiety and depression across childhood and adolescence on adverse outcomes in young adulthood: a UK birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 2012-2020. <https://doi.org/doi:10.1192/bjp.2023.23>
- Moyano, A., Vergara, D., Mirti, A., Bonz, A. G., & Greene, C. (2024). Integrating mental health and psychosocial support into economic inclusion programming for displaced families in Ecuador. *Conflict and Health*, 2-15. <https://doi.org/10.1186/s13031-024-00629-x>
- Norton, P. J. (2007). Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21): Psychometric analysis across four racial groups. *Anxiety, Stress, & Coping*, 20, 253-255. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/10615800701309279>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34006>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima Revisión*. <https://icd.who.int/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (31 de Marzo de 2023). *Datos y Cifras*. Depresión: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Organización Mundial de la Salud OMS. (08 de 09 de 2025). *Organización Mundial de la Salud*. Trastorno de Ansiedad: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (27 de Septiembre de 2023). *Datos y Cifras*. Trastornos de Ansiedad: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Organización Panamericana de la Salud*. Depresión: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Pan American Health Organization. (2018). *Noncommunicable Diseases and Mental Health Data Portal*. Prevalencia de la depresión: https://www.paho.org/en/noncommunicable-diseases-and-mental-health/noncommunicable-diseases-and-mental-health-data-portal-1?utm_source=chatgpt.com
- Pan American Health Organization. (2023). *Trastornos de ansiedad*. Noncommunicable Diseases and Mental Health Data Port: https://www.paho.org/en/noncommunicable-diseases-and-mental-health/noncommunicable-diseases-and-mental-health-data-portal-2?utm_source=chatgpt.com
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., & Bolton, P. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31612-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31612-x)
- Penninx, B., Benros, M., Klein, R., & Vinkers, C. (2022). How COVID-19 shaped mental health: from infection to pandemic effects. *Nature Medicine*, 1-11. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02028-2>
- Rogowska, A., Kwaśnicka, A., & Ochnik, D. (2021). Validation and Polish Adaptation of the Authorized Bratman Orthorexia Self-Test (ABOST): Comparison of Dichotomous and Continuous Likert-Type Response Scales. *Psychology Research and Behavior Management*, 921-931. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S308356>
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A., & King, J. (2006). Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review. *The Journal of Educational Research*, 323-338. <https://doi.org/https://doi.org/10.3200/JOER.99.6.323-338>
- Shelton, K., & Creggan, K. (2015). Demystifying the Delphi Method. *IGI Global eBooks*, 84-104. <https://doi.org/10.4018/978-1-4666-7456-1.ch005>
- Souza, A. C., Alexandre, N. M., & Guirardello, E. B. (2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 649-659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

- Tennyson, R. L., Kemp, C. G., & Rao, D. (2019). Challenges and strategies for implementing mental health measurement for research in low-resource settings. *International Health*, 374-380. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihw043>
- Tolsá, O., & Tolsá, M. (2022). Psychometric Properties of the Catalan Version of the Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS). *Hellenic Journal of Psychology*, 19, 148-162. <https://doi.org/10.26262/hjp.v19i2.8445>
- Vega, E., Garzón, W., & Morales, Y. (2023). Análisis de la estabilidad laboral de los trabajadores de las florícolas del cantón Cayambe. *Dominio de las Ciencias*, 1481-1497. <https://doi.org/10.23857/dc.v9i3.3509>
- Wefers, H., Krüger, V., Beatriz, N., & Guandinango, Y. (2023). Ethical Challenges of Cross-Cultural Research – The Example of a Psychological Research Project in the Andean Context. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 233-245. <https://doi.org/10.1177/15562646231181880>
- Yang, M., Seon, Q., Gomez, L., Maharshee, K., & Linnaranta, O. (2024). Safe and valid? A systematic review of the psychometric properties of culturally adapted depression scales for use among Indigenous populations. *Global mental health*. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.52>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1993). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

Validación de la versión en castellano de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) en Población Cayambeña (Ecuador).

Consentimiento Informado

Estimado/a participante:

Usted ha sido invitado/a a participar en la investigación titulada: "Validación de la versión en castellano de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) en Población de Tecnólogos del Cantón Cayambe (Ecuador)", que forma parte del trabajo de tesis de posgrado.

El propósito de este estudio es validar la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg en la población mencionada, con fines estrictamente académicos e investigativos.

Su participación consiste en responder de manera voluntaria un cuestionario que no le tomará más de 10 a 15 minutos.

Queremos resaltar que:

- Los datos que usted proporcione serán tratados de forma anónima y confidencial, garantizando que no se registrará información personal que permita identificarlo/a.
- Los resultados obtenidos serán utilizados únicamente con fines de investigación académica.
- Es importante que responda el cuestionario con total sinceridad, ya que esto permitirá una recolección de datos más precisa y útil para la investigación.

Anexo 2

Preguntas Sociodemográficas

Edad *

Texto de respuesta corta

Género *

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Otros

Etnia *

- ☐ Mestizo
- ☐ Blanco
- ☐ Indígena
- ☐ Afroecuatoriano

Anexo 3

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg en población Cayambeña

ANSIEDAD	
Descripción (opcional)	
1. ¿Se ha sentido muy inquieto, nervioso o en tensión? *	5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? *
☐ Nunca	☐ Nunca
☐ A veces	☐ A veces
☐ Casi Siempre	☐ Casi Siempre
☐ Siempre	☐ Siempre
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo? *	6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o en la parte de atrás de la cabeza (nuca)? *
☐ Nunca	☐ Nunca
☐ A veces	☐ A veces
☐ Casi Siempre	☐ Casi Siempre
☐ Siempre	☐ Siempre
3. ¿Siente que sus actividades diarias requieren demasiado esfuerzo? *	7. ¿Ha presentado síntomas físicos como temblores, mareos o sudoración excesiva? *
☐ Nunca	☐ Nunca
☐ A veces	☐ A veces
☐ Casi Siempre	☐ Casi Siempre
☐ Siempre	☐ Siempre
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? *	8. ¿Ha sentido preocupación excesiva por su salud sin causa evidente? *
☐ Nunca	☐ Nunca
☐ A veces	☐ A veces
☐ Casi Siempre	☐ Casi Siempre
☐ Siempre	☐ Siempre
	9. ¿Ha tenido dificultad para conciliar el sueño o para quedarse dormido? *
	☐ Nunca
	☐ A veces
	☐ Casi Siempre
	☐ Siempre

DEPRESIÓN

Descripción (opcional)

10. ¿Se ha sentido con poca energía? *

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ Casi Siempre
- ☐ Siempre

11. ¿Usted ha perdido el interés por sus cosas? *

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ Casi Siempre
- ☐ Siempre

12. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? *

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ Casi Siempre
- ☐ Siempre

13. ¿Usted se ha sentido desesperanzado o sin esperanzas? *

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ Casi Siempre
- ☐ Siempre

14. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? *

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ Casi Siempre
- ☐ Siempre

15. ¿Ha perdido peso a causa de la falta de apetito? *

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ Casi Siempre
- ☐ Siempre

16. ¿Se ha estado despertado más temprano de lo habitual? *

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ Casi Siempre
- ☐ Siempre

17. ¿Ha notado que realiza sus actividades con mayor lentitud de lo habitual? *

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ Casi Siempre
- ☐ Siempre

18. ¿Se ha sentido generalmente peor por las mañanas que en el resto del día? *

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ Casi Siempre
- ☐ Siempre

Anexo 4

Versión en castellano de la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

Escala E.A.D.G.

(Marcar con X el número correspondiente a las preguntas contestadas afirmativamente, en opinión del entrevistador)

Codificar 1. –NO 2. –SI

(Atención: este es un ejemplo ya completado)

SUBESCALA DE ANSIEDAD

	SÍ	NO
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	☐	☐
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	☐	☐
3. Se ha sentido muy irritable?	☐	☐
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	☐	☐
Subtotal		☐

(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

	SÍ	NO
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	☐	☐
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	☐	☐
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)	☐	☐
8. ¿Ha estado Vd. preocupado por su salud?	☐	☐
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	☐	☐
TOTAL ANSIEDAD		☐

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

	SÍ	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	☐	☐
2. ¿Ha perdido Vd. su interés por las cosas?	☐	☐
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	☐	☐
4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?	☐	☐
Subtotal		☐

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

	SÍ	NO
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	☐	☐
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	☐	☐
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	☐	☐
8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?	☐	☐
9. Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	☐	☐
TOTAL DEPRESIÓN		☐