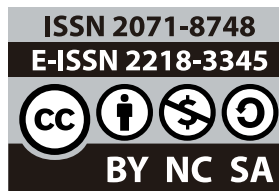


Adaptación psicométrica de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg en una muestra salvadoreña

Psychometric adaptation of the Goldberg anxiety and depression scale in a Salvadoran sample



URI : <http://hdl.handle.net/11298/1151>
DOI: <https://doi.org/10.5377/entorno.v0i69.9557>

Marlon Elías Lobos-Rivera¹
ORCID: 0000-0002-7995-6122
José Ricardo Gutiérrez-Quintanilla²
ORCID: 0000-0003-3856-1527

Recibido: 11 de junio de 2020
Aceptado: 15 de octubre de 2020

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo adaptar, en una muestra salvadoreña, la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG), prueba que mide presencia de síntomas de ansiedad y depresión en población adulta. Para ello, se seleccionó una muestra no probabilística de 478 salvadoreños. El tipo de estudio es instrumental con diseños retrospectivo y transversal. La técnica de recolección de datos fue la encuesta. Además de la EADG, se aplicó el GHQ-12. La media de edad total fue de 34.40 años. Con referencia al sexo, se tiene que 134 (28,0 %) son mujeres, y 344 (72,0 %), hombres. Los resultados indican que la prueba posee adecuada validez de constructo, validez de criterio y confiabilidad para medir estos problemas en la población salvadoreña.

Abstract

The objective of the present study is to adapt the Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS) on a Salvadorean sample. This test measures the presence of anxiety and depression symptoms in adult populations. In order to accomplish this, a non-probabilistic sample of 478 Salvadoreans was used. This is an instrumental study with retrospective and cross-sectional designs. The survey was used to collect data. Besides the GADS, the GHQ-12 was also applied. The median for the age was 34.40 years old. In relation to sex, 134 (28,0%) were women and 344 (72,0%) were men. The findings show that the test has an adequate construct, validity on its criterion, and reliability in order to measure said problems in the Salvadorean population.

1 Marlon Elías Lobos Rivera es Licenciado en Psicología, egresado de Maestría en Educación. Profesor e investigador, Universidad Tecnológica de El Salvador. marlon.lobos@mail.utec.edu.sv

2 José Ricardo Gutiérrez-Quintanilla es doctor en Psicología. Profesor e investigador, Universidad Tecnológica de El Salvador. jose.gutierrez@utec.edu.sv

Palabras clave

Pruebas psicológicas – Estudio de casos. Psicodiagnóstico. Escala de ansiedad Golberg – Estudio de casos. Psicometría. Ansiedad. Depresión. Confianza en sí mismo.

Keywords

Psychological tests - Case studies. Psychodiagnosis. Golberg Anxiety Scale - Case Studies. Psychometry. Anxiety. Depression. Self-confidence.

Introducción

El problema de la ansiedad y la depresión, siempre será de actualidad debido a la alta prevalencia, tanto en El Salvador como a escala mundial, siendo las dos psicopatologías con mayor incidencia a escala global. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), informó que alrededor de 300 millones de personas sufren depresión en el mundo. Similar situación ocurre con la ansiedad, siendo más de 260 millones de personas quienes la padecen. En El Salvador, estas dos psicopatologías han sido estudiadas y evaluadas en años anteriores (Gutiérrez Quintanilla, 2011, 2016; Gutiérrez Quintanilla & Lobos Rivera, 2017; Gutiérrez Quintanilla & Portillo-García, 2015), revelando en diversas muestras salvadoreñas que existen altas afectaciones psicoafectivas de ansiedad y depresión.

Recientemente, Orellana y Orellana (2020) realizaron un estudio en el que encuestaron a 339 salvadoreños para evaluar síntomas emocionales durante la cuarentena, los hallazgos más relevantes fueron los siguientes: en ansiedad, encontraron que el 73,2 % de la muestra presentó una afectación leve; un 8,6 % obtuvo una afectación moderada; el 5,6 % severa, y el 12,7 % restante, muy severa. En lo que respecta a depresión, el 74,9 % fue catalogado con depresión leve, el 13,3 % con moderada, el 2,7 % con severa, y el 9,1 % con muy severa. Todo lo anterior implica que todas las personas pueden desarrollar ansiedad y depresión. Sin embargo, estas psicopatologías pueden manifestarse en niveles de gravedad según las condiciones biológicas, psicológicas y ambientales en las que se encuentre cada individuo.

Debido a lo expuesto antes, surgen las preguntas ¿tendrá adecuados coeficientes de confiabilidad la Escala de

Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) en una muestra salvadoreña?, ¿existirán adecuados coeficientes de validez de constructo y de criterio convergente en la Escala de Ansiedad y Depresión (EADG) en una muestra salvadoreña?; y los objetivos de investigación. Para responder las anteriores preguntas de investigación, el equipo se plantea el objetivo: determinar los coeficientes de confiabilidad, validez de constructo y validez convergente de la EADG en una muestra salvadoreña, con la finalidad de generalizar su utilidad y aplicabilidad en la población salvadoreña. Es fundamental para la psicología salvadoreña y la psicología aplicada disponer de instrumentos fiables y válidos en los campos del ejercicio profesional de la Psicología.

La ansiedad es definida por Rodríguez-Correa (2008) como una emoción normal y a la vez adaptativa, que surge en cualquier situación que la persona evalúe como amenazante, generando incertidumbre, o piense que puede sobrepasar los recursos de que dispone para resolverla eficazmente; sin embargo, si dicha emoción se manifiesta en momentos inadecuados, con frecuencia e intensidad a tal grado que interfiera con las actividades cotidianas, se le considera un trastorno (Ramos-Cejudo & Cano-Vindel, 2008). La OMS (2017) detalla que en el continente americano los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres. En cuanto a la depresión, la OMS (2017) menciona que se caracteriza por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración; también, menciona que la depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo, de rendir en sus estudios o de hacer frente a su vida

cotidiana, siendo más común este tipo de trastornos en las mujeres que en los hombres, en edades entre los 55 y los 74 años.

En El Salvador, son pocas las investigaciones empíricas realizadas referentes a la ansiedad y depresión en muestras salvadoreñas, en sus distintos segmentos poblacionales. Pese a que estos trastornos mentales afectan gravemente a la sociedad, son muy pocas las investigaciones realizadas, y cuando se hacen, se utilizan instrumentos de medición contruidos y validados en otras culturas, limitándose a reportar los coeficientes de consistencia interna o índices de confiabilidad y validez de la prueba original o adaptaciones realizadas en otras latitudes, omitiendo la exigencia de la American Educational Research Association [AERA], la American Psychological Association [APA], y la National Council on Measurement in Education [NCME] (1999), en el sentido de que toda prueba psicológica debe ser adaptada mediante investigación instrumental en el país o cultura que se pretende utilizar, ya sea con fines clínicos, educativos, laborales o investigativos. Ventura-León (2017) hace énfasis en la importancia de reportar las propiedades psicométricas de validez y fiabilidad de los instrumentos utilizados en estudios relacionados con la salud mental, que den seguridad a la comunidad científica de que los instrumentos utilizados cuentan con un nivel de precisión y evidencia empírica, por lo que es importante que un instrumento cuente con estándares técnico-científicos de validez y fiabilidad, que determinen la veracidad de medir pertinentemente la ansiedad y depresión, y que sea una herramienta para los profesionales de la salud mental que pretendan ejecutar estudios relacionados con dichas psicopatologías, permitiendo identificar objetivamente los síntomas específicos, tanto de ansiedad como de depresión, en los distintos segmentos poblacionales de El Salvador. Es importantes destacar que los instrumentos de autoaplicación como la EADG brindan al investigador, al clínico y al evaluador un conjunto de indicadores objetivos de la presencia de síntomas de la ansiedad y la depresión, no significando la existencia de un trastorno clínico de depresión o ansiedad; pero ante la presencia de un número positivo de síntomas, sí podría afirmarse de la presencia de alteraciones o

de problemas de ansiedad y depresión. Para establecer un diagnóstico adecuado de los trastornos, se sugiere ampliar la evaluación con otras pruebas, la entrevista clínica y la observación.

Con respecto a la validez de una prueba, existen diversos tipos; uno de ellos es la validez de constructo, en donde se espera comprobar si el instrumento muestra evidencias empíricas de que efectivamente mide el rasgo o constructo que pretende medir. Esta validez se obtiene mediante dos métodos estadísticos: el primero, el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y el segundo, el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). En el presente estudio, se aplicará el AFE, el cual es una técnica de agrupamiento de variables (ítems) en un número de factores, según el tamaño de la correlación de los ítems con el factor; por ello, es necesario presentar los estimadores que aseguren que la matriz de correlaciones es apropiada, siendo las pruebas de elección la de esfericidad de Bartlett y el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). La primera debe ser significativa o inferior a .05, y la segunda, igual o superior a .60 (Cortina, 1993). El investigador debe analizar la solución rotada, y la información por presentar incluirá una tabla donde queden claros el número de factores resultantes, la saturación de los ítems en cada factor (carga factorial), la cantidad de varianza explicada por cada factor y la proporción de varianza del ítem, que es explicada por los componentes principales. De acuerdo con Stevens (1992), deben aceptarse las saturaciones que sean, al menos, iguales o superiores a .40.

Otro tipo de validez por aplicar en este estudio es la validez de criterio. Este tipo pretende comparar los puntajes de un instrumento en construcción o adaptación (variable independiente) con una o más variables externas (variables dependientes) denominadas *variables criterio*. Se asume que tales criterios, indicadores del desempeño futuro, están teórica y lógicamente relacionados con el rasgo representado en el instrumento bajo estudio de adaptación. Esta comparación entre los puntajes del instrumento en estudio y los de las variables criterio se expresan a través de un coeficiente de correlación $\geq .40$ (Gutiérrez Quintanilla & Lobos Rivera, 2019).

La confiabilidad o fiabilidad de una prueba. Existen diferentes técnicas para obtener evidencias empíricas de confiabilidad. De la técnica aplicada, procede el nombre del tipo de la confiabilidad. Esta característica métrica de las pruebas, se explica de la siguiente manera: si una prueba es aplicada en diferentes momentos a una o varias personas y arroja resultados similares, se llamaría *confiabilidad de test retest*; la fiabilidad revela la consistencia interna de las variables o ítems. Dicho en otras palabras, es el tamaño de correlación de cada variable con el total de ítems. La técnica más utilizada para obtener evidencias de confiabilidad es el Alfa de Cronbach. En este, los índices totales aceptados oscilan entre .70 y .90 (Cortina, 1993). Cuando el objetivo de la prueba es de diagnóstico, la confiabilidad mínima calculada a través de la consistencia interna debe ser igual o superior a .80. Sin embargo, cuando los intereses son de investigación y su aplicación no va a tener consecuencias directas sobre los participantes, la confiabilidad puede considerarse adecuada si está en torno a .70 (Nunnally & Bernstein, 1995).

Método

Participantes

En el presente estudio, de tipo instrumental (Montero y León, 2005), se aplicaron los diseños retrospectivo y transversal; se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencionado. La muestra fue de 478 salvadoreños. La técnica de recolección de datos fue la encuesta. La media de edad total fue de 34.40 años, con una SD de 11.35. En los hombres, la media de edad fue de 34.52 años, con SD de 11.72, y en las mujeres, de 34.10 años, con SD de 10.39. Referente a las variables sociodemográficas, 134 (28,0 %) son mujeres, y 344 (72,0 %), hombres. Con respecto a la edad, 159 (33,2 %) tienen entre 18 y 27 años; 169 (35,4 %) tienen entre 28 y 37 años, y 150 (31,4 %) tienen 38 años o más; y en relación con el grado académico, 59 (12,4 %) tienen educación básica, 160 (33,8 %) son bachilleres, y 255 (53,3 %), universitarios.

Medidas e instrumentos de medición

Escala de Ansiedad y Depresión EADG (Goldberg et al., 1988): Fue desarrollada en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de cribado. La versión en castellano ha sido validada por Montón, Pérez-Echevarría, Campos, Campayo y Lobo. (1993). Consta de dos subescalas: una de ansiedad (ítems del 1 al 9), y la otra, de depresión (ítems del 10 al 18), con 9 ítems cada una. Todos los ítems son de respuesta dicotómica (Sí, No), tanto en la prueba original como en la adaptación española. Se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. Su aplicación es heteroadministrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado, en las últimas dos semanas, algunos de los síntomas a los que hacen referencia los ítems. No se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad. Puede ser aplicado incluso por personal no médico sin precisar estandarización. Con la finalidad de mejorar los coeficientes de confiabilidad y validez en la versión salvadoreña, se modificó el formato de respuesta original a un formato tipo Likert de cuatro opciones de respuesta: 1= *nunca*, 2= *a veces*, 3= *a menudo* y 4= *siempre*. Al recodificar esta escala Likert a dicotómica, sumando los nunca más los a veces, le corresponde el No, y al sumar el a menudo con el siempre, le corresponde el Sí.

La ansiedad es definida como una reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, manifestándose mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas: cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal, y motor, pudiendo actuar cada uno con cierta independencia (Miguel-Tobal, 1996). La depresión es definida como un trastorno emocional que altera el funcionamiento cognitivo y las emociones (Beck, 1970). Los síntomas típicos de la depresión son cambio del estado del ánimo, alteraciones del sueño, pensamientos relativos a la muerte, cansancio y fatiga.

Como cualquier instrumento de su género, el EADG está diseñado para detectar “probables casos”, no para diagnosticarlos; su capacidad discriminativa ayuda a orientar el diagnóstico, pero no puede sustituir al juicio clínico. El hecho de que las respuestas sean dicotómicas obliga a interpretar la respuesta, en los casos de intensidad leve, en función de su significación clínica. Algunas situaciones, tales como acontecimientos vitales estresantes, problemática social y enfermedad somática grave, pueden producir falsos positivos al reflejar el malestar del paciente en las respuestas de algunos ítems, pero sin que ello signifique un estado psicopatológico con relevancia clínica, como otros trastornos crónicos o trastornos de la personalidad.

En el estudio de validación mostró una sensibilidad del 83 % y una especificidad del 82 %. Considerando cada una de las subescalas, la de depresión muestra una alta sensibilidad para captar los pacientes diagnosticados de trastornos depresivos (85,7 %), con una capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad algo baja (captó el 66 % de los pacientes con trastornos de ansiedad). La escala de ansiedad tiene una sensibilidad menor (72 %), pero mayor capacidad discriminante (detecta un 42 % de los trastornos depresivos). La validez convergente de la EADG, comparada con otros instrumentos de cribado de amplia difusión como el GHQ-28, el MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) o el PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders), es alta. Así, el GHQ-28 muestra una sensibilidad del 82 % y una especificidad del 85 %; con el MINI, una sensibilidad del 74 % y una especificidad del 72 %; y con el PRIME-MD, una sensibilidad del 90 % y una especificidad del 73 %. También, la escala ha sido utilizada en varias investigaciones con resultados muy buenos. En un estudio realizado en El Salvador sobre el clima organizacional asociado al bienestar psicosocial en la Policía Nacional Civil [PNC] (Gutiérrez Quintanilla, 2015), se modificó la forma original de responder dicotómica (Sí/No) a una escala tipo Likert de cuatro opciones de respuesta: nunca, a veces, a menudo y siempre, con la intención de medir la frecuencia de los síntomas y mejorar los criterios de fiabilidad (Gutiérrez Quintanilla, 2015). Tras los análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach,

estos arrojaron los siguientes índices: para la ansiedad, de .85, y para depresión, de .81, indicando que la prueba posee buenas propiedades psicométricas para esta población.

Cuestionario de salud general, GHQ-12 (Goldberg & Blackwell, 1970). Este es un instrumento de filtrado o tamizaje de síntomas de salud mental o bienestar psicológico. La prueba mide dos factores: bienestar psicológico (salud mental), que tiene que ver con los afectos positivos, un sentimiento de bienestar general y su expresión psicofisiológica, y se compone de seis ítems (1, 2, 5, 7, 9, 12); y funcionamiento social, que marca la competencia del individuo en cuanto a su capacidad de enfrentamiento adecuado a las dificultades, su capacidad de tomar decisiones oportunas y de autovalorarse positivamente; se compone de seis ítems (3, 4, 6, 8, 10, 11). Estas dos subescalas permiten detectar la presencia y ausencia de síntomas de salud mental. La salud mental se puede definir como un estado de bienestar, en el cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de enfrentarse con los estresantes normales de la vida, pueden trabajar de una manera productiva y hacer contribuciones en sus comunidades (Okasha, 2005).

La prueba posee adecuadas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez. En un estudio cubano, se obtuvieron los indicadores de consistencia interna Alfa de Cronbach de .89 para las dos escalas; en el estudio en una muestra española se obtuvieron índices de consistencia interna de .82 y .85. En el estudio cubano, la validez se logró mediante la correlación con la escala de depresión de Beck, y esta fue de .92; y con el Idare, de .85. Similares resultados se encontraron en países como Japón, Estados Unidos e Inglaterra. En el estudio de la violencia social delincriminal asociada a la salud mental en los salvadoreños, la prueba de consistencia interna Alfa de Cronbach obtenida fue de .77 en ambas dimensiones, indicando que la prueba posee adecuadas propiedades psicométricas en El Salvador (Gutiérrez Quintanilla, 2012) para evaluar la salud mental en una población general. En otro estudio realizado en El Salvador sobre el clima organizacional asociado al bienestar psicosocial en la PNC (Gutiérrez Quintanilla,

2016), se replicaron los análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach; y los índices fueron, para *bienestar psicológico*, .76, y para *funcionamiento social*, .65. El índice Alfa de Cronbach total, como una dimensión de *salud mental*, fue de .82. Para el presente estudio, se obtuvieron los siguientes índices de fiabilidad mediante el análisis de consistencia interna Alfa de Cronbach: en la dimensión *bienestar psicológico* se obtuvo un índice de .77, y en la *dimensión funcionamiento social* se obtuvo un índice de .78.

Resultados

Se presentan los análisis de resultados, aplicándose los análisis psicométricos de validez y confiabilidad obtenidos de la muestra en estudio. Con respecto a la validez, se obtuvieron dos subtipos. La primera, el análisis factorial exploratorio (AFE), mediante componentes principales para comprobar empíricamente la estructura factorial de la prueba, y como indicador de validez de constructo. En la segunda, la validez de criterio de tipo convergente. También se aplicó el análisis de confiabilidad mediante el análisis de consistencia interna (Alfa de Cronbach) y, de esta manera, comprobar si el instrumento es válido y fiable para medir ansiedad y depresión en evaluaciones clínicas, de personalidad e investigaciones futuras. También se presenta un análisis inferencial para comprobar la existencia de diferencias estadísticas en función de variables como el sexo, la edad y el grado de estudio.

Validez de constructo

La escala de factores asociados con la ansiedad y depresión está conformada por 18 reactivos, divididos en dos dimensiones: ansiedad y depresión. Ambas dimensiones están conformadas por 9 ítems. Tras la administración del universo de ítems a una muestra de salvadoreños de ambos sexos, con mayoría de edad, los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 25.0. En la segunda fase de este proceso, se realizó un análisis factorial exploratorio mediante el método de componentes principales. Tanto el análisis Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .91$) como la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2(478) = 3248.70$; $p = .001$) indicaron la adecuación de los datos para este tipo de análisis. Siguiendo el procedimiento de factores con rotación Varimax, resultó en una solución de dos factores que explican el 46,55 % de la varianza total, presentando casi todos los ítems valores de saturación superiores a .40; a excepción de los reactivos 15 y 16, los cuales tuvieron una carga factorial inferior a .40, razón por la que fueron excluidos de la prueba. En la tabla 1, se presenta la solución factorial obtenida y el porcentaje de la varianza explicada por cada factor. En este sentido, se describe cada una de las dimensiones o factores de la escala. La dimensión ansiedad está conformado por 9 ítems (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9), y la dimensión depresión está integrada con 7 ítems (10, 11, 12, 13, 14, 17, 18).

Tabla 1.

Matriz de componentes principales (factores), su carga factorial rotada y el porcentaje de varianza total explicada por cada dimensión de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

Ítems	Componentes	
	F1 <i>Ansiedad</i>	F2 <i>Depresión</i>
1(1)	.600	
2(2)	.695	
3(3)	.626	
4(4)	.662	
5(5)	.740	
6(6)	.504	
7(7)	.542	
8(8)	.535	
9(9)	.629	
10(10)		.507
11(11)		.783
12(12)		.832
13(13)		.774
14(14)		.594
17(15)		.624
18(16)		.601
Varianza total explicada (%)	38,28	8,27
α	.84	.86

Nota explicativa: Los números correlativos entre paréntesis corresponden a la versión final de la prueba adjunta en el apéndice.

Validez de criterio convergente

Para la validez de criterio convergente, se realizó una correlación de Pearson (r), contrastando las dimensiones de ansiedad y depresión con las dimensiones del cuestionario de salud general (GHQ-12), obteniendo los siguientes datos: se encontró una correlación positiva media entre ansiedad con funcionamiento social [$r(478) = .418$; $p = .001$]; y se encontraron correlaciones positivas altas entre ansiedad con bienestar psicológico [$r(478) = .593$; $p = .001$]; entre depresión con bienestar psicológico

[$r(478) = .621$; $p = .001$], y con funcionamiento social [$r(478) = .565$; $p = .001$], indicando con ello que la EADG posee adecuadas propiedades de validez de criterio convergente en la población salvadoreña.

Análisis de confiabilidad

Para el análisis de ítems y de consistencia interna de los dos factores obtenidos mediante el análisis de componentes principales, que incluye la estructura factorial o dimensional y se reproduce la conformación de los factores de la adaptación española, midiéndose

la ansiedad, con los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9; y la dimensión depresión, con los ítems 10, 11, 12, 13, 14, 17 y 18, se pretende aplicar el análisis de confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach. En la dimensión ansiedad se obtuvo un coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach de .84. La media de respuesta a los ítems osciló entre 1.63 (ítem

7) y 2.07 (ítem 2). En todos los ítems, la media se encuentra por debajo de la media de la escala, que es de 2.5. Las desviaciones estándar en la mayoría de los ítems están por debajo de la unidad. Tal como se observa en la tabla 2, junto con estos estadísticos se calculó la correlación ítem-total y el Alfa de Cronbach si se elimina el ítem.

Tabla 2.

Media (M), desviación estándar (DE), correlación ítems total (Ci-T) y el Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado (α) de la dimensión ansiedad

Ítems	M	DE	Ci-T	α
1(1)	1.94	0.65	.454	.835
2(2)	2.07	0.64	.605	.821
3(3)	1.79	0.69	.612	.820
4(4)	1.82	0.69	.636	.817
5(5)	1.80	0.74	.717	.807
6(6)	1.97	0.72	.505	.831
7(7)	1.63	0.70	.562	.825
8(8)	2.02	0.84	.383	.847
9(9)	1.71	0.75	.564	.825

En la dimensión depresión, se tuvo un valor de consistencia interna Alfa de Cronbach de .86. La media de respuesta a los ítems osciló entre 1.28 (ítem 12) y 1.85 (ítem 10). En todos los ítems, la media es inferior a la media de la escala, que es de 2.5. Las

desviaciones estándar en todos los ítems están por debajo al valor de la unidad. Tal como se observa en la tabla 3, junto con estos estadísticos se calculó la correlación ítem-total y el Alfa de Cronbach si se elimina el ítem.

Tabla 3.

Media (M), desviación estándar (DE), correlación ítems total (Ci-T) y el Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado (α) de la dimensión depresión

Ítems	M	DE	Ci-T	α
10(10)	1.85	0.64	.570	.848
11(11)	1.46	0.64	.681	.832
12(12)	1.28	0.55	.655	.838
13(13)	1.40	0.63	.624	.840
14(14)	1.76	0.63	.622	.841
17(15)	1.65	0.69	.650	.837
18(16)	1.54	0.70	.599	.844

Análisis inferencial

Para abundar en el presente estudio, se aplicaron pruebas no paramétricas para contrastar las dimensiones de ansiedad y depresión en función de algunas variables sociodemográficas, obteniendo los siguientes resultados: en la aplicación de la prueba U de Mann-Whitney, en función de género, se encontraron diferencias estadísticas significativas en ansiedad ($z = -3.933; p = .001; r = .18$) y depresión ($z = -4.363; p = .001; r = .20$), siendo las mujeres quienes presentan mayores afectaciones en ambas dimensiones, en comparación con los hombres, con un efecto pequeño. Sin embargo, al aplicar la prueba H de Kruskal-Wallis, en función de edad y grado académico, no se encontraron diferencias estadísticas, lo que indica que la afectación en ambas dimensiones, según las edades y el grado académico que tienen, son similares.

Discusión

La depresión y la ansiedad son dos patologías psicológicas que generalmente no existen de forma independientes, es decir, que casi siempre existe comorbilidad, mayormente en la depresión. Siempre que exista depresión, es bastante probable que también exista ansiedad. Sin embargo, cuando hay ansiedad es factible que pueda existir depresión. Estas dos psicopatologías son las más prevalentes a escala global, cerca de 300 millones de personas en el mundo las padecen. En El Salvador, la situación no es tan diferente a lo que sucede en otras latitudes. Los estudios empíricos realizados demuestran que la prevalencia sintomática ronda el 50 % de la población general. Estos resultados son apoyados por Gutiérrez Quintanilla (2011) quien, en estudio a escala nacional en una población general, encontró que un 53,6 % presenta síntomas de ansiedad e insomnio, 28,8 % síntomas de depresión, 60,0 % síntomas de somatización, 46,0 % disfunciones sociales y 35,1% son considerados casos de psicopatología general. También éstas tienden a incrementarse con la edad y son más frecuentes en las mujeres que en los hombres. De aquí surge la necesidad de adaptar la EADG en la población salvadoreña, debido a la alta incidencia del problema. La evidencia

empírica del estudio facilitará a los profesionales de la salud mental, los investigadores y otros profesionales competentes la medición y evaluación de la ansiedad y la depresión, con la certeza de que se cuenta con una prueba adaptada a la realidad salvadoreña.

El análisis métrico de la prueba, brinda información robusta de adecuada validez de constructo, validez de criterio y confiabilidad. En la primera, el AFE, se tiene que la prueba reproduce una estructura factorial similar a la prueba original, cumpliendo los criterios estándar de la técnica. Los resultados coinciden con las recomendaciones de Stevens (1992), quien señala que las saturaciones o cargas factoriales de los ítems sean iguales o superiores a .40. En la segunda, los coeficientes de correlación entre las dimensiones de EADG poseen correlaciones entre medias y altas con las dimensiones del GHQ-12, indicando buena validez de criterio. Con referencia a la confiabilidad, al aplicar la técnica de consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach, en ambas dimensiones brinda un coeficiente de fiabilidad superior a .80, que es muy superior a la versión española de la EADG, y a su vez cumple con los índices recomendados por Cortina (1993), quien expresa que los índices aceptados deben oscilar entre .70 y .90. Referente a la relación de los ítems con la escala total, todos son superiores a .30, indicando que la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg, posee adecuada confiabilidad para ser aplicada en el campo de la Psicología y otras disciplinas afines, en la población salvadoreña.

Referencias

- American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association [APA], & National Council on Measurement in Education [NCME]. (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- Beck, A. T. (1970). *Depression. Causes and treatment*. Philadelphia, United States of America: University of Pennsylvania Press.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal*

- of *Applied Psychology*, 78, 98-104. Recuperado de doi: doi.org/10.1037/0021-9010.78.1.98
- Goldberg, D. P., & Blackwell, B. (may, 1970). Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal*, 2, 439-443. Recuperado de <https://www.bmj.com/content/bmj/2/5707/439.full.pdf>
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297, 897-899. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/bmj.297.6653.897>
- Gutiérrez Quintanilla, J. R. (julio, 2011). Prevalencia de alteraciones afectivas: depresión y ansiedad en la población salvadoreña. *Entorno*, (49), 21-29.
- Gutiérrez Quintanilla, J. R. (julio, 2012). La violencia social delincinencial asociada a la salud mental en los salvadoreños. *Entorno*, (51), 38-49.
- Gutiérrez Quintanilla, J. R. (octubre, 2016). *Clima organizacional asociado al bienestar psicosocial en la Policía Nacional Civil*. Tecnoimpresos.
- Gutiérrez Quintanilla, J. R. y Lobos Rivera, M. E. (2017). Factores psicosociales y comportamiento agresivo al conducir correlacionados con accidentes de tránsito en conductores salvadoreños. *Entorno*, (64), 9-19.
- Gutiérrez Quintanilla, J. R. y Lobos Rivera, M. E. (2019). *Evaluación de la calidad de atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario*. Tecnoimpresos.
- Gutiérrez Quintanilla, J. R. y Portillo García, C. B. (2015). Prevalencia de trastornos mentales y recursos humanos en salud mental en El Salvador. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 18(3), 1193-1222. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2015/epi153p.pdf>
- Miguel-Tobal, J. J. (1996). *La ansiedad*. España: Santillana.
- Montero, I. y León, O. G. (enero, 2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *International journal of clinical and health psychology*, 5(1), 115-127. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33701007>
- Montón, C., Pérez Echevarría, M. J., Campos, R., Campayo, G. J. y Lobo, A. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg. Una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención primaria*, 12, 345-349.
- Nunnally, J. C. y Bernstein, I. J. (1995). *Teoría psicométrica*. México, D. F., México: McGraw-Hill.
- Okasha, A. (2005). Globalization and mental health: a WPA perspective. *World psychiatry*, 4(1), 1-2. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414710/>
- Orellana, C. I. y Orellana, L. M. (mayo, 2020). Predictores de síntomas emocionales durante la cuarentena domiciliar por pandemia de COVID-19 en El Salvador. *Actualidades en Psicología*, 34(128).
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34006>
- Ramos-Cejudo, J. y Cano-Vindel, A. (january, 2008). Tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno por ansiedad generalizada: El componente metacognitivo. *Ansiedad y Estrés*, 14(2-3), 305-319. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/230577129_Tratamiento_cognitivo-conductual_de_un_caso_de_trastorno_por_ansiedad_generalizada_El_componente_metacognitivo
- Rodríguez Correa, P. (2008). *Ansiedad y sobreactivación: Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio*. España: Desclée de Brouwer.
- Stevens, J. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. New Jersey, United States of America: Lawrence Erlbaum.
- Ventura-León, J. M. (julio, 2017). La importancia de reportar la validez y confiabilidad en los instrumentos de medición: Comentarios a Arancibia et al. *Revista médica de Chile*, 145(7). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000700955>

Adjunto 1.

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg adaptada en El Salvador

n.º	PREGUNTAS	1	2	3	4
1.	¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
2.	¿Ha estado muy preocupado por algo?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
3.	¿Se ha sentido muy irritable?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
4.	¿Ha tenido dificultad para relajarse?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
5.	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
6.	¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
7.	¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
8.	¿Ha estado preocupado por su salud?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
9.	¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
10.	¿Se ha sentido con poca energía?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
11.	¿Ha perdido, usted, su interés por las cosas?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
12.	¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
13.	¿Se ha sentido usted sin esperanzas?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
14.	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
15.	¿Se ha sentido usted enlentecido?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
16.	¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre

Nota explicativa: Las variables sociodemográficas que deberán incluirse en esta prueba dependerán de las necesidades y los propósitos de la evaluación. Estructura factorial: Ansiedad: ítems del 1 al 9. Depresión: ítems del 10 al 16.

Adjunto 2.

Baremos de las subescalas de ansiedad, depresión y la escala total de la prueba EADG

Ansiedad		
<i>Puntaje Directo/puntaje bruto</i>	<i>Percentil</i>	<i>Etiqueta</i>
≤ 17	1-55	Sin síntomas
≥ 18	60-100	Con síntomas
Depresión		
<i>Puntaje Directo/puntaje bruto</i>	<i>Percentil</i>	<i>Etiqueta</i>
≤ 10	1-50	Sin síntomas
≥ 11	55-100	Con síntomas

Escala total de EADG

Puntaje Directo/puntaje

<i>bruto</i>	<i>Percentil</i>	<i>Etiqueta</i>
≤ 28	1-55	No caso
≥ 29	60-100	Muy posible caso de psicopatología

CORRECCIÓN Y PUNTUACIÓN DE LA PRUEBA

En el proceso de evaluación con fines clínicos, de selección de personal, evaluación de la personalidad, orientación educativa y otras evaluaciones individuales, la corrección e interpretación de la EADG deberá seguir la metodología siguiente. Primero, habrá que tener claro cuál es el objetivo de administrar la prueba, este puede ser de dos tipos: 1. Determinar la presencia o ausencia de síntomas de ansiedad y depresión del evaluado, como parte de una evaluación más amplia en el campo clínico, ámbito laboral, educativo o de investigación; 2. Determinar los potenciales casos o no casos de psicopatología afectiva. ¿Cómo corregir o contabilizar los puntajes obtenidos por una persona para cumplir cualquiera de los objetivos ya mencionados? Si queremos obtener el puntaje en ansiedad, sumamos todas las respuestas de los ítems de ansiedad que marcó el evaluado. Este puntaje total

de ansiedad lo buscamos en la columna de puntaje directo o bruto. Si este puntaje total de ansiedad es igual o inferior a 17, caerá en el percentil de 1 a 55, entonces confirmamos que el evaluado no presenta síntomas de ansiedad; pero si la sumatoria es igual o superior a 18 de puntaje directo (percentil superior a 60), entonces confirmamos que sí presenta síntomas de ansiedad. Se hace justamente lo mismo para la depresión. Pero si lo que se quiere es obtener una impresión global de la evaluación (Caso, No caso). Es decir, si queremos obtener un muy posible caso de psicopatología afectiva, hacemos lo mismo que al hacerlo por subescala, solo que aquí sumamos todos los ítems de la prueba. Si el puntaje directo o bruto nos da un total igual o inferior a 28 puntos, entonces decimos que no es un caso; pero, si la sumatoria total nos da un puntaje igual o superior a 29 puntos (percentil de 60 a 100), entonces es muy posible que se trate de un caso de psicopatología afectiva.