UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA ECUADOR

POSGRADOS

MAESTRÍA EN

PSICOLOGÍA

RPC-SE-04-No.022-2018

OPCIÓN DE TITULACIÓN:

ARTÍCULOS PROFESIONALES DE ALTO NIVEL

TEMA:

ADAPTACIÓN DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE BECK EN ADOLESCENTES KICHWA-HABLANTES DE LOS CANTONES CAÑAR, EL TAMBO Y SUSCAL

AUTOR:

ANGEL ROLANDO CHUCHO CUVI

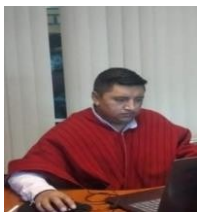
DIRECTOR:

JUAN CARLOS ROMERO CRUZ

CUENCA - ECUADOR
2022

COHORTE
2018-2020

Autor:



Angel Rolando Chucho Cuvi.
Licenciado en Pedagogía General
Candidato a Magíster en Psicología, Mención en Intervención Psicosocial y Comunitaria por la Universidad Politécnica Salesiana – Sede Cuenca.
angelrolandochucho@gmail.com

Dirigido por:

Juan Carlos Romero Cruz.
Sicólogo Clínico.
Magister en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria.
jromeroc@ups.edu.ec

Todos los derechos reservados.
Queda prohibida, salvo excepción prevista en la Ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra para fines comerciales, sin contar con autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual. Se permite la libre difusión de este texto con fines académicos investigativos por cualquier medio, con la debida notificación a los autores.

DERECHOS RESERVADOS
©2022 Universidad Politécnica Salesiana.
CUENCA – ECUADOR – SUDAMÉRICA
CHUCHO CUVI ANGEL R.

ADAPTACIÓN DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE BECK EN ADOLESCENTES KICHWA-HABLANTES DE LOS CANTONES CAÑAR, EL TAMBO Y SUSCAL

Resumen:

La ansiedad y la depresión son problemas que afectan a los adolescentes kichwas de los cantones de Cañar, El Tambo y Suscal, sin embargo, se carecía de un constructo psicológico intercultural para evaluar esta situación entre los estudiantes. Es por ello que el presente estudio se enfoca en la validación de la escala de BECK para ansiedad (BAI) y para depresión (BDI). El estudio se realizó en un total de 210 estudiantes de los cantones mencionados que señalaron que eligieron la lengua castellana para responder la escala y 230 estudiantes que prefirieron la lengua kichwa. Estos estudiantes están cursando el noveno o décimo años de educación general básica o el bachillerato ecuatoriano, su edad está comprendida entre los 13 y 18 años de edad. Para el análisis se empleó el modelo de ecuaciones estructurales en su versión de análisis factorial exploratorio con el método de ejes principales con rotación de oblimin. Se advierte un buen ajuste para las dos lenguas, aunque existe una ligera ventaja de la lengua kichwa sobre la lengua castellana en términos de explicación de la varianza que en kichwa es del 52.5% mientras que, en castellano, es del 48.9%. Es por ello que se concluye señalando que los estudiantes kichwa hablantes, de preferencia, deben tener a disponibilidad de su evaluación un instrumento en su lengua materna.

Palabras clave:

ansiedad, adolescentes, depresión, inventario Beck, kichwa, SEIB.

Abstract:

Anxiety and depression are problems that affect Kichwa adolescents from the cantons of Cañar, El Tambo and Suscal, however, an intercultural psychological construct was lacking to evaluate this situation among students. That is why the present study focuses on the validation of the BECK scale for anxiety (BAI) and for depression (BDI). The study was carried out on a total of 210 students from the aforementioned cantons who indicated that they chose the Spanish language to answer the scale and 230 students who preferred the Kichwa language. These students are studying the ninth or tenth year of basic general education or the Ecuadorian high school, their age is between 13 and 18 years old. For the analysis, the structural equation model was used in its version of exploratory factor analysis with the principal axes method with oblimin rotation. A good fit is observed for the two languages, although there is a slight advantage of the Kichwa language over the Spanish language in terms of explaining the variance, which in Kichwa is 52.5% while in Spanish it is 48.9%. That is why it concludes by pointing out that Kichwa-speaking students, preferably, should have an instrument available for their evaluation in their

mother tongue.

Keywords:

anxiety, adolescents, depression, Beck inventory, Kichwa, SEIB.

1. Antecedente

Hasta ahora para medir la ansiedad y la depresión en adolescentes, siempre se ha utilizado inventarios en el idioma español, lo que dificulta la aplicabilidad de una política lingüística, según se contempla en el numeral 9 del Artículo 347 de la Constitución de la República del Ecuador (2008): “el Estado garantizará la educación acorde a la lengua de su nacionalidad” (p. 107); en este caso, el idioma kichwa. Frente a la ausencia de un instrumento que responda de manera significativa a las condiciones culturales y lingüísticas de esta población, el objetivo de este estudio es interpretar al idioma kichwa el inventario Beck para medir ansiedad y depresión en los adolescentes kichwas, acorde a su código lingüístico y su nacionalidad. Con ello, se busca responder a la problemática social que representan estos trastornos y que impactan en la vida de los adolescentes de los pueblos originarios de los cantones antes señalados.

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

Según el DSM la depresión y ansiedad en adolescentes debe ser evaluada con instrumentos validados en la lengua materna (Creswell et al., 2014). Sin embargo, en Ecuador, un país diverso que cuenta con 18 nacionalidades indígenas y 14 pueblos, quienes por herencia y tradición guardan como lengua materna el Kichwa, cada día se observa la pérdida de la comunicación en la lengua kichwa, situación que se extiende hasta los procesos de atención psicológica brindada a esta población.

Los adolescentes kichwa-hablantes de los cantones Cañar, El Tambo y Suscal son valorados por psicólogos que hacen su trabajo únicamente en lengua castellana. La lengua materna (kichwa) en la que se puede observar de mejor manera el perfil psicoemocional de un adolescente, no es tomada en cuenta. Por lo tanto, urge disponer de una herramienta de valoración de la ansiedad y depresión en la lengua materna de estos estudiantes.

Este ámbito ayuda al fortalecimiento del sistema de educación Intercultural Bilingüe en las instituciones bilingües distribuidas en los cantones Cañar, El Tambo y Suscal y dando cumplimiento a los artículos de la Constitución, como el Art. 57 que reza:

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

En tal razón, los pueblos y nacionalidades indígenas tienen derecho a la prestación de servicios básicos, como el de salud, en su propia lengua materna. De ahí que, no contar con un instrumento de evaluación psicológica, traducido al kichwa y adaptado a la cultura por parte de personas conocedoras de la lengua, compromete el desarrollo adecuado de la evaluación, determinación y tratamiento de la salud mental de los adolescentes kichwas, y, por supuesto, fragiliza el cumplimiento de sus derechos constitucionales.

2. Justificación:

Desde la Constitución de la República del Ecuador (2008) se propone en el Art. 29. que el “Estado garantizará (…) el derecho de las personas de aprender en su propia lengua y ámbito cultural” (p.17), y el Art. 343 “el sistema nacional de educación integrará una visión intercultural acorde con la diversidad geográfica, cultural y lingüística del país y el respeto a los derechos de las comunidades pueblos y nacionalidades” (p. 106). No obstante, la atención que realiza el Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) y las personas inmersas en el quehacer educativo, únicamente lo desempeñan en lengua castellana, misma que impide la correcta valoración trastornos de ansiedad y depresión que podrían estar afectado a estudiantes kichwa-hablantes.

De las múltiples escalas que se recomiendan para identificar depresión en adolescentes, la que mejor evidencia empírica ha demostrado tener, desde los años 60 es el Inventario de Depresión de Beck et al. (1961) y para medir la ansiedad el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck et al., 1988). Desde entonces estos inventarios probaron tener una alta eficacia midiendo ansiedad y depresión (Ambrosini et al., 1991; Teri, 1982). Este instrumento es empleado en adolescentes que son abordados tanto por la psicología general, como en psicología clínica (Bennett et al., 1997). De ahí que, varios estudios se han preocupado por realizar adaptaciones de la validez de este constructo para aplicarlos en diversas comunidades de adolescentes alrededor del mundo, en diversas lenguas y países (Byrne et al., 2004). Un ejemplo de ello, es que el Inventario de ansiedad, de Beck" (BAI) posee propiedades psicométricas que tiene validez en la lengua española (Sanz et al., 2012; Melipillán Araneda et al., 2008).

Sin embargo, se desconocen estudios sobre la adaptación de esta escala tan utilizada para identificar depresión y ansiedad en adolescentes en la lengua kichwa. La única adaptación para evaluar ansiedad y depresión que más se le acerca, está en lengua Quechua y corresponde a la DASS-21 y está destinada únicamente a población adulta.

3. Marco Teórico Referencial: Estado del arte.

El término adolescencia proviene del latín *adolescere* que significa: "crecer hacia la adultez" (Gaete, 2015, p. 437). Es la segunda etapa dentro del complejo proceso de desarrollo humano, se produce entre la infancia y la adultez, caracterizada por la maduración progresiva de los aspectos físico, psicológico y social que conducen a formar un adulto capaz de vivir independientemente (Gaete, 2015).

La adolescencia se desarrolla entre los 10 a los 19 años de edad; no obstante, se ha ido expandiendo a consecuencia de cambios generacionales observados, especialmente, en el sexo femenino, puesto que, la menarca inicia cada vez más temprano (OMS. 2015). De igual forma, se conoce que se ha venido prolongando paulatinamente, llegando a extenderse hasta los 20 o 24 años, en lo que se considera la etapa de juventud (Hidalgo y Ceñal, 2014; Gaete, 2015; OMS, 2015).

En América Latina y el Caribe, las personas jóvenes entre 10 y 24 años de edad representan el 30% de la población, y los adolescentes entre 10 y 19 años conforman el 20% de la población (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2000). En Ecuador la cifra de adolescentes entre 12 a 17 años es de aproximadamente 1.9 millones (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2010).

La adolescencia es decisiva para el desarrollo, es la etapa en la que se toman gran parte de las decisiones que tendrán un impacto importante en la adultez (OMS, 2017). Es aquí donde los individuos toman una dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y planearse un proyecto de vida propio (Andrade y Sánchez, 2000).También es una etapa crítica a la hora de prevenir las enfermedades crónicas, no solo enfermedades físicas, sino también trastornos que se puedan presentar a nivel mental como producto de los conflictos de personalidad y aceptación personal que son propios en esta edad (OMS 2015), como la ansiedad y la depresión.

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

La ansiedad puede desencadenarse cuando el individuo se siente preocupado, inquieto o temeroso con respecto a eventos que están próximos a ocurrir o que pueden (o no) suceder en el futuro (Rector *et al.*, 2008). Se puede equiparar al miedo, surge cuando el niño o el adolescente, siente un peligro inmediato, sea imaginario real; por lo tanto, puede ser útil para la supervivencia de los seres humanos (nos prepara para enfrentar el peligro y adaptarnos a los cambios), o volverse patológica cuando se presenta de manera desproporcionada o si aparece sin ningún factor que lo justifique (Sánchez y Cohen, 2020). Si bien, este miedo frente a amenazas percibidas representa una respuesta natural que los humanos experimentan a menudo y como sistema de defensa; no obstante, cuando estos pensamientos son recurrentes y empiezan a impactar negativamente en la vida cotidiana, entonces, puede tratarse de un signo de trastorno de ansiedad (Milne, *et al.*, 2020; Sánchez y Cohen, 2020).

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

Los primeros síntomas suelen aparecer durante la infancia, la adolescencia o la adultez temprana, aunque alcanza su punto máximo en la mediana edad (Arrieta *et al.*, 2014; Remes *et al.*, 2016). La edad media de inicio de sintomatología asociada al trastorno de ansiedad es a los 11 años, y se conoce que hasta un tercio de la población mundial es afectada por algún tipo de trastorno de ansiedad (Remes *et al.*, 2016). Si bien es cierto estos trastornos son comunes en toda la población; no obstante, son doblemente comunes en el sexo femenino, debido a que las mujeres están expuestas a experiencias potencialmente estresantes y traumáticas en su vida, como el embarazo, el abuso doméstico y el abuso sexual (Remes *et al.*, 2016; Walby y Torres, 2017).

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

De acuerdo con el Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana IV (revisado) (DSMIV-R) los síntomas deben estar presentes, aunque pueden variar, durante un periodo de 6 meses consistentes en una preocupación constante en torno a los distintos ámbitos de la vida (el trabajo, la familia, la salud, etc.). El criterio para diagnosticar trastorno de ansiedad incluye: 1. Preocupación o aprensión excesiva con duración de 6 meses; 2. La persona no puede controlar su preocupación; 3. La ansiedad y preocupación están asociadas con tres o más de los siguientes seis síntomas: a. inquietud. b. fatiga frecuente. c. dificultad de concentración (tener la mente en blanco). e. irritabilidad. f. tensión muscular. g. trastornos del sueño (dificultad para conciliar el sueño o sensación de tener un sueño insatisfactorio o superficial); 4. La ansiedad no está asociada a efectos de consumo de medicamentos, al abuso de sustancias, al consumo de alcohol u otras patologías médicas como el hipertiroidismo, etc. (Asociación Psiquiátrica Americana, 2018).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) se incluyen 7 trastornos de ansiedad observados en niños: ansiedad generalizada, ansiedad social, ansiedad por separación, trastorno de pánico, agorafobia, fobia específica y mutismo selectivo; mientras que, en los adolescentes se presentan 3 tipos de ansiedad más comunes: Trastorno de ansiedad generalizada (TAG), ansiedad por separación y trastorno social (Asociación Psiquiátrica Americana, 2018). Estos trastornos pueden tener síntomas superpuestos y, a veces, ocurrir simultáneamente, así como con otros trastornos psiquiátricos, como depresión, trastornos alimentarios y déficit de atención o hiperactividad (Cummings *et al.*, 2014).

El trastorno que se reporta con mayor frecuencia en la atención primaria, es el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), mismo que presenta ansiedad, preocupación y tensión crónica que los experimenta una persona sin un estímulo ambiental, como una experiencia de produce miedo (Craske y Stein, 2016). Este tipo de trastorno puede acarrear un nivel significativo de comorbilidad y deterioro del

funcionamiento diario de quien lo padece, su desarrollo puede ser complicado, con altibajos y sin remisión total de sus síntomas (Zimmerman *et al*., 2012).

De acuerdo con el informe anual del estado de la población presentado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2014) en el mundo hay 1.800 millones de jóvenes entre 10 y 24 años, casi 25% del total de la población mundial con problemáticas de identidad, propias del desarrollo, que requieren ser atendidas. La ansiedad es la forma de psicopatología más recurrente, con tasas de prevalencia que varían entre el 10% al 20%, superando a los índices de depresión y los trastornos de la conducta (Ochando y Peris, 2016; Riordan y Singhal, 2018; Guerrero y Sánchez, 2019).

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

Aproximadamente, 2 a 5% de los adolescentes presenta trastorno depresivo y alrededor de un 16% han experimentado un trastorno depresivo alguna vez a la edad de 16 años (Costello y Angold, 2006). En Colombia, se estimó la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en una muestra de 538 adolescentes escolarizados entre los 10-17 años, de la comunidad de Chía Cundinamarca, identificando síntomas ansiosos o depresivos en el 40,5 % de la población estudiada, los cuales fueron más frecuentes en las mujeres (Ospina *et al.*, 2011); mientras que, en Cartagena se estudió la asociación entre síntomas depresivos y ansiosos con factores sociodemográficos, académicos, conductuales y familiares; encontrando una prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos del 76,2% y 74,4% respectivamente, donde los factores asociados fueron: dificultades económicas, problemas familiares y consumo de alcohol (Arrieta *et al.*, 2014); y, a nivel nacional, se determinó una prevalencia de ansiedad o depresión alguna vez en la vida es del 7,2% de los adolescentes colombianos entre 12 y 17 años, donde el trastorno más frecuente fue la fobia social (4,8%), siendo un factor asociado el ser mujer, tener poco apoyo familiar, haber presenciado al menos un evento traumático y haber hecho un intento de suicidio (Gómez *et al.*, 2016).

En Chile, primera encuesta representativa nacional en la región de América

Latina, examinó la prevalencia de los trastornos psiquiátricos del Manual Diagnóstico y Estadístico IV (DSM-IV) en niños y adolescentes de 4 a 18 años, demostrando una prevalencia del 22,5 % en niños de 4 a 11 años y del 27,8% en adolescentes de 12 a 18 años, con factores asociados a tener un trastorno de ansiedad: ser mujer y tener antecedentes de enfermedad mental en la familia (Vicente *et al.*, 2012).

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

En Argentina, se adaptó el BAI a una población adulta de Buenos Aires a partir de una traducción directa del inventario siguiendo las recomendaciones de Muñiz et al. (2013) (utilizando el método de traducción directa para encontrar la equivalencia lingüística y cultural), y, luego, se expuso al juicio de un comité de expertos para evaluar la validez de las tres traducciones realizadas, y se seleccionaron las traducciones más adecuadas en términos lingüísticos y culturales. Los resultados mostraron que la adaptación presenta adecuada validez de contenido y los reactivos han demostrado discriminar de forma adecuada, un índice de confiabilidad de .92; lo que lleva a considerar el BAI como un instrumento de gran utilidad clínica (Vizioli y Pagano, 2020).

Una de cada dos personas que desarrollan trastornos mentales presenta los primeros síntomas a los 14 años de edad (OPS, 2014), por lo tanto, si los adolescentes con problemas de salud mental reciben la atención que precisan, se pueden evitar muertes y un sufrimiento de por vida.

4. Objetivos:

4.1. General.

Adaptar el Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck en adolescentes kichwa-

hablantes de los cantones Cañar, El Tambo y Suscal.

4.2. Específicos.

- Traducir el Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck a la lengua kichwa con dialecto cañari.
- Aplicar el inventario en adolescentes kichwa-hablantes de los cantones Cañar, El Tambo y Suscal.
- Evaluar la dimensionalidad y fiabilidad del Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck mediante Análisis Factorial Exploratorio.

5. Metodología:

La población de estudiantes bilingües kichwa-hablantes e hispanohablantes adolescentes de los cantones Cañar, El Tambo y Suscal llega a un total de 880, de esta población se selecciona una muestra de 440 estudiantes conformada por 210 estudiantes que prefirieron responder en castellano y 230 estudiantes que prefirieron responder en idioma kichwa. La edad promedio es de 15 años (DE 3,09), la edad mínima es de 13 años y la máxima de 18 años. Pertenecen a educación general básica de noveno y décimo año, así como a primero, segundo y tercer año de bachillerato.

El cuestionario tiene una versión de 21 ítems para evaluar la ansiedad y 21 para evaluar la depresión. Estos ítems se traducen de las versiones originales del inglés y sus adaptaciones realizadas al castellano y kichwa, debido que resulta más próximo para el autor realizar interpretaciones de esta naturaleza.

Una vez recogida la información virtualmente a través de programa en línea KoboToolbox, se procesó la información con el programa (The jamovi project, 2021). El análisis de validez del constructo se realizó con Análisis Factorial Exploratorio siguiendo las recomendaciones de Brown (2019) para Jamovi. En este programa fue posible determinar ajustes de modelo como el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), el índice de Tucker-Luwis (TLI), el criterio de información de Bayes (BIC) y el Chi-cuadrado (χ^2). Además de estos indicadores de validez del constructo se calcularon los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach (α) y el omega de McDonald (ω).

6. Resultados y discusión:

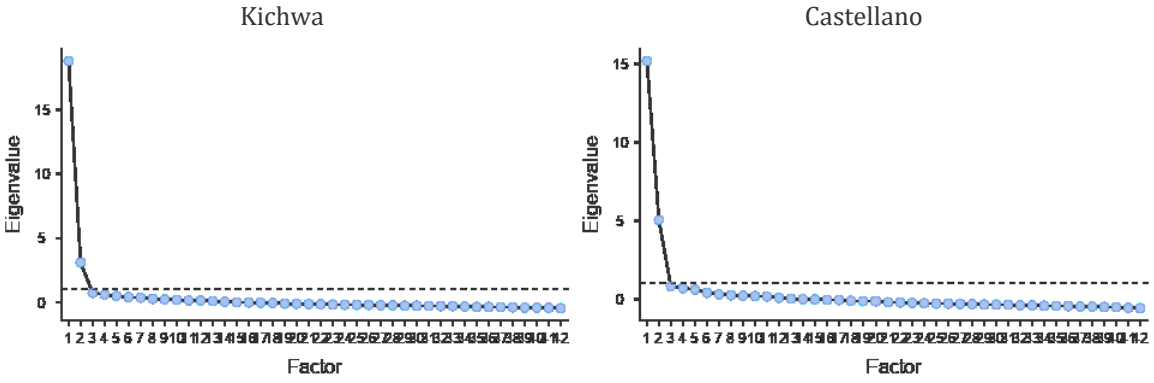
Los resultados se presentan en dos aparados, el primero es de validez del constructo y el segundo es de la fiabilidad del constructo. En ambos casos se

expresan los resultados del modelo, tanto en kichwa como en castellano.

Validez de la dimensionalidad del constructo

La prueba de esfericidad de Barlett demostró que existe identidad en lengua kichwa [χ^2(861 gl)= 7.284; p < 0.001] y en lengua castellana [χ^2(861 gl)= 6.003; p < 0.001], del mismo modo se comprobó que existe idoneidad para los datos en castellano (KMO=0,948) como en Kichwa (KMO=0,924. Para evaluar la dimensionalidad, se realizó el gráfico de sedimentación que permite identificar el número de auto-valores mayores que 1. Tanto en la lengua kichwa como en castellano se advirtió que el instrumento presenta un comportamiento natural con dos dimensiones que se ubican por arriba del autovalor 1 (Figura 1). En kichwa se explica el 52.5% de la varianza mientras que en castellano el 48.9% de la varianza.

Figura 1 *Diagrama de sedimentación con auto-valores mayores que uno.*



Para identificar qué ítems pertenecen a cada una de estas dos dimensiones identificadas se realizó la extracción de factores con el método de residuos mínimos con la rotación oblimin. Los ítems del Factor 1 coinciden plenamente con la escala de ansiedad de Beck (BAI) y F2 con el inventario de depresión de Beck (BDI) tanto en castellano como en kichwa. Estos resultados se pueden observar en la Tabla 1.

Tabla 1 *Cargas factoriales de los ítems del inventario de ansiedad de Beck (BAI) y del inventario de ansiedad de Beck (BDI) en castellano y en kichwa*

Castellano			Kichwa		
	F 1	F 2		F 1	F 2
1. Torpe o entumecido	0.613		1. Sinchiyashka, mana sayti	0.445	
2. Acalorado	0.671		2. Piña	0.549	
3. Con temblor en las piernas	0.715		3. Chanka Chukchuywan	0.585	
4. Incapaz de relajarse	0.694		4. Aychata umata mana samachiy ushay	0.702	
5. Con temor a que ocurra lo peor.	0.583		5. Ashtawan llaki tukuna manchaywan	0.710	
6. Mareado, o que se le va la cabeza.	0.692		6. Urmarik shinalla uma muyuywan	0.668	
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados	0.820		7. Yurak shunku sinchi utka kuyurikunawan	0.578	

8. Inestable.	0.785		8. Yapa shuktakyarik	0.533	
9. Atemorizado o asustado.	0.767		9. Pinkaywan manchaywan	0.709	
10. Nervioso.	0.633		.10. Chukchuywan	0.746	
11. Con sensación de bloqueo.	0.787		11. Yuyay chinkarikuk shina	0.751	
12. Con temblores en las manos.	0.813		12. Makikuna chukchuywan	0.666	
13. Inquieto, inseguro	0.737		13. Mana kasilla mancharishkalla.	0.715	
14. Con miedo a perder el control.	0.733		14. Yuyayta chinkachik shina yuyaywan	0.761	
15. Con sensación de ahogo.	0.800		15. Chukarinalla yuyaywan	0.699	
16. Con temor a morir.	0.690		16. Wañuna manchaywan	0.762	
17. Con miedo	0.770		17. Manchaywan	0.734	
18. Con problemas digestivos.	0.794		18. Wiksa wakllirishkawan	0.723	
19. Con desvanecimientos.	0.798		19. Yuyay chinkariywan	0.649	
20. Con rubor facial	0.805		20. Ñawipisuktakkuskakunapirupariywan	0.735	
21. Con sudores, fríos o calientes	0.775		21. Chiri ashtawanpashrupachik humpiwan	0.691	
1. Tristeza		0.716	1.- Shuk		0.683
2. Pesimismo		0.465	2.- Ishkay		0.556
3. Sentimientos de fracaso		0.534	3.- Kimsa		0.770
4. Pérdida de placer		0.678	4.- Chusku		0.848
5. Sentimientos de culpa		0.773	5.- Pichka		0.773
6. Sentimientos de castigo		0.578	6.- Sukta		0.745
7. Insatisfacción con uno mismo		0.699	7.- Kanchis		0.733
8. Auto-críticas		0.644	8.- Pusak		0.645
9. Pensamientos o deseos de suicidio		0.735	9.- Iskun		0.715
10. Llanto		0.688	10.- Chunka		0.709
11. Agitación		0.631	11.- Chunka Shuk		0.678
12. Pérdida de Interés		0.660	12.- Chunka Ishkay.		0.846
13. Indecisión		0.673	13.- Chunka kimsa		0.809
14. Inutilidad		0.768	14.- Chunka Chusku		0.833
15. Pérdida de energía		0.661	15.- Chunka Pishka		0.820
16. Cambios en el patrón de sueño		0.702	16.- Chunka Sukta		0.706
17. Irritabilidad		0.710	17.- Chunka Kanchis.		0.792
18. Cambios en el apetito		0.675	18.- Chunka Pusak		0.732
19. Dificultad de concentración		0.430	19.- Chunka Iskun		0.584
20. Cansancio o fatiga		0.490	20.- ishkay Chunka		0.758
21. Pérdida de interés en el sexo		0.286	21.- Ishkay Chunka Shuk		0.612

Nota. Se utilizó el método de extracción de 'residuo mínimo' en combinación con una rotación 'oblimin'.

El ajuste del modelo según la prueba de chi-cuadrado es significativo para ambos casos [$p < 0.001$], por su parte el error cuadrático medio aproximado es adecuado (RMSA <0,08), el ajuste de modelo según el coeficiente de Tucker-Lewis Index es un poco más alto en el modelo en kichwa que en castellano pues se aproxima más a 1. El valor de BIC en el modelo en kichwa tiene un mejor rendimiento que el modelo en castellano pues obtuvo un valor más bajo (Tabla 2).

Tabla 2 *Medidas de ajuste del modelo AFE para la escala BAI y BDI*

		RMSEA 90% CI				Model Test		
	RMSEA	Lower	Upper	TLI	BIC	χ^2	df	p
Castellano	0.0739	0.0692	0.0792	0.813	-2491	1639	778	< .001
Kichwa	0.0717	0.0673	0.0766	0.840	-2530	1701	778	< .001

Fiabilidad del constructo

La intercorrelación factorial de BAI y de BDI es más alta en el caso de la lengua kichwa que alcanzó un coeficiente de 0.798, mientras que en lengua castellana únicamente llegó a 0.473. Con respecto la fiabilidad, que está evaluada con los coeficientes de Cronbach y de McDonald, ésta demostró ser muy fiable en todos los casos pues su valor está por arriba de 0.90 (Tabla 3).

Tabla 3 *Correlación interfactorial y coeficientes de fiabilidad para la escala BAI y BDI*

		Correlación	Cronbach's α	McDonald's ω
Kichwa	Ansiedad BAI	0.708	0.952	0.952
	Depresión BDI		0.961	0.964
Castellano ansiedad	Ansiedad BAI	0.473	0.963	0.963
	Depresión BDI		0.932	0.935

Porcentaje de ansiedad y depresión

En términos descriptivos, es posible evidenciar que la depresión grave está presente en un 24% en la población kichwahablante y en un 22% en la población hispanohablante; mientras que, la ansiedad muestra su lado más grave con un 37% en la población kichwahablante y un 35% en la población hispanohablante (Tabla 3).

Tabla 4 *Porcentaje de ansiedad según escala BAI y de depresión según escala BDI*

		Mínima	Leve	Moderada	Grave
Kichwa	Ansiedad BAI	13	8,3	42,2	36,5
	Depresión BDI	32,6	12,6	30,9	23,9
Castellano ansiedad	Ansiedad BAI	22,9	11,4	31	34,8
	Depresión BDI	46,7	13,3	18,1	21,9

7. Conclusiones.

Por lo señalado, se concluye que la traducción del Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck a la lengua kichwa con dialecto cañari es una iniciativa que facilita el acceso a la atención psicológica de los pueblos indígenas del Ecuador a quienes, por su lengua, se le niega el acceso a un servicio sanitario intercultural adecuado a sus necesidades de comunicación emocional y mental. La aplicación del inventario en adolescentes kichwa-hablantes de los cantones Cañar, El Tambo y Suscal contó con la participación favorable y equilibrada tanto de estudiantes que se identifican culturalmente más con la lengua materna Kichwa (n=230) como aquellos que se identifican principalmente con la lengua castellana (n=210). Al igual que las

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

La escala tiene validez del constructo en términos de dimensionalidad y de fiabilidad adecuadas según el análisis factorial exploratorio realizado en los dos grupos poblacionales. Por lo señalado, se recomienda, en la población estudiada, dar la opción a que los estudiantes elijan los instrumentos de evaluación psicológica en la lengua con la que se identifican principalmente, en el presente caso la versión en lengua kichwa ha presentado incluso un mejor ajuste en todos los índices de validación y fiabiliad estudiados, mientras que, la lengua castellana presentó niveles similares a los probados por otros estudios. La validez de la escala responde a la propuesta original de Beck creada para medir ansiedad (Beck et al., 1988) y depresión (Beck et al., 1961) en niños y adultos. Al igual que varios estudios realizados en lengua castellana, en el presente caso, al realizarse en lengua Kichwa se prueba la eficacia para medir signos de ansiedad y depresión. Las propiedades psicométricas son tan o más estables que las otras validaciones realizadas en lengua castellana por autores que han seguido esta línea de investigación como Sanz et al. (2012), Melipillán Araneda et al., (2008), Muñiz et al. (2013) y Vizioli y Pagano (2020).

Al analizar estos resultados sorprende encontrar que los valores por arriba de los hallazgos realizados en otros estudios. Varios autores sostienen que el porcentaje de ansiedad está alrededor del 10% al 20% (Ochando y Peris, 2016; Riordan y Singhal, 2018; Guerrero y Sánchez, 2019), cuestión que está por debajo de los valores encontrados en la población cañari analizada que es el del 35%. Es importante evaluar estos comportamientos pues suelen tener repercusiones devastadoras para la población cuando se asocian a conductas autolesivas e incluso el suicidio (OPS, 2014; OMS, 2015). Los valores alcanzados tienen un parecido con el estudio realizado por Vicente *et al.*, (2012) quien tiene un porcentaje alrededor del 28%. Por su parte, la depresión que suele presentarse en porcentajes menores, alrededor del 10-15% (Costello y Angold, 2006), en el presente caso también se encontraron valores muy por arriba de esta expectativa pues bordean el 22%.

8. Agradecimiento.

Gracias al creador por haberme otorgado la vida y que me ha dado la oportunidad de día tras día seguir formándome por buscar siempre una educación de calidad y

calidez, a los catedráticos, personales administrativos y de servicio de la UPS un millón de gracias, también hago extensivo mi agradecimiento al Mgs. Juan Carlos Romero tutor del presente trabajo y Director Nacional de la Maestría en Psicología, aprovecho la oportunidad para agradecer a las personas involucradas en el que hacer educativo del Sistema de Educación Intercultural Bilingüe por su apoyo incondicional.

Agradecer infinitamente a mi querida familia mis padres Pascual y Natividad mis hermanos Milton, Walter mis cuñadas Isabel, Juanita y para mis queridos sobrinos Cristian; Kevin, Damian, Gael y mis sobrinas Jhoselin, Elizabeth, Lesly, de manera especial para mi Hija Helen Anahi Chucho por ser mi motor y mi inspiración en cada uno de los retos que me ha tocado asumir y enfrentarlos y a mis dos guerreros mi esposa Silvia y mi hermano Fausto que me han enseñado que a pesar de las dificultades de la vida siempre existe un motivo para seguir adelante y me han apoyado siempre, a todos ustedes que Dios les pague.

9. Referencias bibliográficas:

Abubakar, A., Birya, R., Katana, K., Kabunda, B., Hassan, A., Newton. (2016). Adaptación y Estructura Latente de la Versión Swahili del Inventario de Depresión de Beck-II en una Población con Baja Alfabetización en el Contexto del VIH. *PLoS One, 11*(6), 1-15. https://10.1371/journal.pone.0151030

Andrade, F., y Sánchez, J. (2000). Adolescentes embarazadas casadas: un análisis de las tareas básicas de la adolescencia. *Adolescencia y Salud, 2*(1), 1-5. https://www.binasss.sa.cr/revistas/ays/2n1/art3.htm

Arrieta, K., Díaz, S., y González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Rev Clin Med Fam, 7*(1), 14-22. https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2014000100003

Asociación Américana de Psicología. (2018). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.* Asociación Américana de Psicología.

Astudillo, D., y Quezada, C. (2021). Adaptación y propiedades psicométricas del inventario de depresión de beck (bdi-ii) en adolescentes ecuatorianos. *South Florida Journal of Developmen, 2*(5), 7271-7288. https://southfloridapublishing.com/ojs/index.php/jdev/article/view/892/781

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(6), 893-897.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*(6), 561-571. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

Brown, G. T. L. (2019). Factor Analysis: A course using Jamovi & lavaan. https://doi.org/10.17608/k6.auckland.c.4643132.v1

Contreras, J., Hernández, L., y Ángel, M. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica, 33*(3), 195-203. https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n3/art04.pdf

Cummings, C., Caporino, N., y Kendall, P. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychol Bull., 140*(3), 816- http://dx.doi.org/845. 10.1037/a0034733.

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría, 86*(6), 436-443. http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005

Gómez, C., Bohórquez, A., Tamayo, N., Rondóna, M., y Bautistac, N. (2016). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población de adolescentes colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiat., 45*(51), 50–57. http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45s1/v45s1a08.pdf

Guerrero, F., y Sánchez, P. (2019). Trastornos por ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y la adolescencia. En M. Hidalgo, y P. Rodríguez (Eds), *Curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras* (pp. 135-162). Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. https://www.cursopsiquiatriasema.com/tema-6-trastornos-por-ansiedad-y-trastorno-obsesivo-compulsivo-en-la-infancia-y-la-adolescencia/

Hidalgo, M., y Ceñal, M. (2014). Hablemos de... adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *An Pediatr Contin., 12*(1), 42-46.

Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev. perú. med. exp. salud pública, 37*(2), 327-334. http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419

Melipillán Araneda, R., Cova Solar, F., Rincón González, P., & Valdivia Peralta, M.

(2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia psicológica*, *26*(1), 59-69. https://doi.org/10.4067/S0718-48082008000100005

Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P., y Valdivia, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck–II en Adolescentes Chilenos. *Terapia Psicológica, 26*(1), 59–69. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100005

Ochando, G., y Peris, S. (2016). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral, 21*(1), 39-45. https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Ansiedad%20en%20la%20edad%20pediatrica.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Desarrollo en la Adolescencia*. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial de la Salud. (6 de Octubre de 2015). *La OMS y el ONUSIDA publican un nuevo conjunto de normas para mejorar la atención dispensada a los adolescentes.* http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/health-standards-adolescents/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2014). *La OPS/OMS llama a que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes para evitar muertes y mejorar su salud.* http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9579%3A2014-pahowho-adolescents-health-prevent-deaths-improve-health&Itemid=1926&lang=es

Ospina, F., Hinestrosa, M., Paredes, M., Gusmán, Y., y Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Rev. salud pública., 13*(6), 908-920. http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v13n6/v13n6a04.pdf

Riordan, D., y Singhal, D. (2018). Anxiety-related disorders: An overview. *J Paediatr Child Health, 54*(10), 1104-1109. https://doi.org/10.1111/jpc.14167

Rodríguez, E., y Farfán, D. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo,

2013. *Revista de Investigación Universitaria, 4*(2), 71-78. http://dx.doi.org/10.17162/riu.v4i2.688

Sánchez, P., y Cohen, D. (2020). Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia, 8*(1), 16-27. https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol8num1-2020/2%20Tema%20de%20revision%20-%20Ansiedad%20y%20depresion%20en%20ninos%20y%20adolescentes.pdf

The jamovi project. (2021). Jamovi (Versión 1.6). [Computer Software]. https://www.jamovi.org/

Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Kohn, R., Pihan, R., y Valdivia, M. (2012). Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *J Child Psychol Psychiatry, 53*, 1026–1035. http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02566.x.

Vizioli, N., y Pagano, A. (2020). Adaptación del Inventario de Ansiedad de Beck población de Buenos Aires. *Interacciones, 6*(3), e171. http://dx.doi.org/10.24016/2020.v6n3.171