ARTÍCULO ORIGINAL

Adaptación lingüística y cultural de la escala de trastorno de ansiedad generalizado para pacientes con epilepsias en el contexto cubano

Linguistic and cultural adaptation of the generalized anxiety disorder scale for patients with epilepsy in the Cuban context

Marilyn Zaldívar Bermúdez[1] Lilia María Morales Chacón[1] Damián Valdés Santiago[2]

[1] Centro Internacional de Restauración Neurológica, Departamento de Neuropsicología, La Habana, La Habana, Cuba
[2] Universidad de la Habana, Facultad de Matemática y Computación, La Habana, La Habana, Cuba

Cómo citar este artículo:
Zaldívar-Bermúdez M, Morales-Chacón L, Valdés-Santiago D. Adaptación lingüística y cultural de la escala de trastorno de ansiedad generalizado para pacientes con epilepsias en el contexto cubano. **Medisur** [revista en Internet]. 2023 [citado 2026 Nov 2]; 21(6):[aprox. 8 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5866

Resumen

Fundamento: la escala de trastorno de ansiedad generalizado es útil para evaluar esta afección psiquiátrica en pacientes con epilepsias; sin embargo, no ha sido adaptada ni lingüística ni culturalmente para pacientes con esta enfermedad en el contexto cubano.
Objetivo: adaptar lingüística y culturalmente la escala de trastorno de ansiedad generalizado para pacientes con epilepsias en el contexto cubano.
Métodos: trabajo de desarrollo tecnológico I+D+i, realizado en tres etapas: adaptación lingüística y cultural, evaluación por criterios de expertos en el tema y pilotaje en pacientes con epilepsias. Se combinaron técnicas cualitativas y cuantitativas: consulta a lingüistas y expertos, pilotaje, debriefing, alfa de Cronbach (α) y análisis de eliminación de los ítems.
Resultados: los lingüistas propusieron cambios semánticos mínimos a dos ítems de la escala. El debriefing arrojó que la escala puede administrarse en menos de cinco minutos, con ítems adecuados e inofensivos. El α = 0,83 del pilotaje evidenció buena fiabilidad del test. No fue necesario eliminar ningún ítem de la escala y las correlaciones ítem total se mantuvieron por encima del nivel mínimo (>0,300).
Conclusiones: la adaptación semántica y cultural de la escala al español, como se habla en Cuba, preserva equivalencia con la versión original. Se recomienda comprobar la fiabilidad y validez de la escala GAD-7 en una muestra representativa de pacientes con epilepsias en el contexto cubano.

Palabras clave: cuestionario de salud del paciente, epilepsia

Abstract

Foundation: the generalized anxiety disorder scale is useful to evaluate this psychiatric condition in patients with epilepsy; however, it has not been adapted linguistically or culturally for patients with this disease in the Cuban context.
Objective: linguistically and culturally adapt the generalized anxiety disorder scale for patients with epilepsy in the Cuban context.
Methods: I+D+i technological development work, carried out in three stages: linguistic and cultural adaptation, evaluation by criteria of experts on the subject and trial in patients with epilepsy. Qualitative and quantitative techniques were combined: consultation with linguists and experts, trial, debriefing, Cronbach's alpha (α) and item elimination analysis.
Results: the linguists proposed minimal semantic changes to two items of the scale. The debriefing showed that the scale can be administered in less than five minutes, with appropriate and harmless items. The α = 0.83 of the trial showed good reliability of the test. It was not necessary to eliminate any items from the scale and the item-total correlations remained above the minimum level (>0.300).
Conclusions: the semantic and cultural adaptation of the scale to Spanish, as spoken in Cuba, preserves equivalence with the original version. It is recommended to verify the reliability and validity of the GAD-7 scale in a representative of patients with epilepsy in the Cuban context.

Key words: patient health questionnaire, epilepsy

Aprobado: 2023-10-30 12:01:17

Correspondencia: Marilyn Zaldívar Bermúdez. Centro Internacional de Restauración Neurológica. Departamento de Neuropsicología. La Habana, Cuba. marilynzaldivarbermudez@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El trastorno de ansiedad generalizado (TAG) se refiere a la presencia de ansiedad persistente, con una duración de al menos seis meses. Los pacientes experimentan miedo, incluso ante problemas comunes en el trabajo, ante la salud, asuntos financieros o familiares. Los que padecen epilepsia, suelen preocuparse por la aparición de crisis, la gravedad de su enfermedad y la aparición de complicaciones. Esta condición coexiste con síntomas somáticos como agotamiento, insomnio y dificultad para concentrarse.[1]

Debido a la alta incidencia del TAG en la población en general, en las enfermedades crónicas no trasmisibles, en el contexto internacional se han desarrollado escalas breves de exploración para identificar este trastorno de manera rápida y poder llevar a cabo estrategias de tratamiento oportunas. Dentro de estas escalas se encuentra la escala de trastorno de ansiedad generalizado (GAD-7).[2]

La escala GAD-7 fue creada por Spitzer y colaboradores en el 2006, en EE. UU, en 15 clínicas de atención primaria, con una muestra de 2740 pacientes adultos, mostrando valores adecuados de fiabilidad y validez.[2] Se ha realizado su adaptación cultural al español[3] y se ha validado en adolescentes japoneses con miedo por COVID-19,[4] en centros de atención primaria,[5] personas con migraña,[6] en mujeres embarazadas de Perú,[7] en universitarios peruanos,[8] entre otros, obteniéndose valores óptimos de validez y confiabilidad.

El GAD-7 ha sido utilizado por algunos investigadores cubanos para identificar el TAG en pacientes con crisis epilépticas[9] y para diferenciar el TAG entre pacientes con epilepsias temporales y extratemporales,[10] pero el tamaño de las muestras utilizadas no ha sido representativa de la población cubana con epilepsias.

Además, en la actualidad no existen datos publicados sobre las propiedades psicométricas del GAD-7 en el contexto cubano en esta población clínica. Por tanto, para evitar sesgos culturales en la aplicación de esta escala en estos pacientes se requiere de llevar a cabo varios pasos del proceso de adaptación de dicha escala.

En principio, se debe realizar un proceso de adaptación lingüística y cultural, donde se deben seleccionar a expertos lingüistas y expertos en el diagnóstico del TAG y posteriormente llevar a cabo una prueba piloto, para comprobar la fiabilidad de la escala en una muestra de pacientes con epilepsias.

De todas las escalas disponibles, el GAD-7 es el único instrumento de *screening* o cribado que detecta el TAG en pacientes con epilepsia con una buena consistencia interna. Basados en el análisis teórico y en la necesidad de poder realizar un diagnóstico, se eligió adaptar al GAD-7 por ser una herramienta específica y útil para medir el TAG en la epilepsia. Además, es una escala de autoinforme, que consta de preguntas cortas que se pueden completar en menos de tres minutos. Por lo tanto, la presencia de psiquiatras u otro personal médico capacitado en el proceso de detección ya no es obligatoria.[2]

Por tanto, el objetivo de la investigación es adaptar lingüística y culturalmente la GAD-7 para pacientes con epilepsias en el contexto cubano.

MÉTODOS

Se realizó una investigación de desarrollo tecnológico I+D+i, a partir de tres etapas: adaptación lingüística y cultural con criterios de expertos lingüistas, criterios de expertos en el TAG y un estudio piloto en pacientes con epilepsias.

Etapa 1. La adaptación lingüística y cultural

Muestra: para llevar a cabo esta etapa se contactaron cinco expertos lingüistas por vía electrónica.

Criterios de inclusión: se seleccionaron aquellos que dieran su consentimiento a participar en el estudio y con más de 10 años de experiencia en la profesión de Licenciado en Educación, específicamente Español-Literatura. Se excluyeron a los que no aceptaron su colaboración en el estudio.

Características de la muestra: los cincos expertos lingüistas tenían las siguientes formaciones académicas: licenciados en educación, profesores de la asignatura Español-Literatura y graduados en el Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona, de Cuba.

Instrumentos: se elaboró una planilla de formato de consulta para el proceso de adaptación

lingüística y cultural, la cual contempló una sección dedicada a recoger los datos personales y profesionales de los expertos/especialistas y se describió el objetivo de la evaluación. Se le envió la escala GAD-7 adaptada al idioma español,[3] y se contó con una hoja de respuestas conforme a los criterios: ningún cambio, cambio sintáctico, cambio semántico y no adecuado al contexto cubano.[11]

Variable: Criterio de los lingüistas: A: Ningún cambio. B: Cambio sintáctico: señala la posible mejora que le daría al ítem. Los reactivos que demandan cambios sintácticos tienen dificultades mínimas para la comprensión de las palabras que pueden solventarse alterando el orden de los elementos de la oración, pero conservando el sentido del enunciado. C: Cambio semántico o cultural: indica la posible mejora que le daría al ítem. Los reactivos que precisan cambios semánticos o relacionados con aspectos culturales tienen la necesidad de especificar el sentido de los mismos o de introducir expresiones más adecuadas al contexto de destino, recurriendo, por ejemplo, a la inserción y supresión de elementos oracionales, la sinonimia, la especificación y a otros giros de mayor complejidad. D: Inadecuada al contexto cubano.

Análisis estadístico: los resultados de la planilla para la adaptación lingüística y cultural referida con anterioridad se examinó a partir de análisis descriptivo (frecuencia absoluta, porcientos).

Etapa 2. Criterio de expertos

Para analizar la validez de contenido se utilizó el criterio de expertos. Se empleó el método de la preferencia.[12]

Muestra*:* participaron cinco expertos que fueron contactados por vía electrónica.

Criterios de inclusión: más de cinco años de experiencia laboral, ser especialista, máster o doctor en ciencias psicológicas, competencia en el tema y experiencia a través de publicaciones, cursos impartidos sobre el tema, además, su consentimiento de participar en el estudio. Se excluyeron a los que negaron su participación en la investigación.

Características de la muestra: el grupo de expertos quedó conformado por: un doctor en ciencias psicológicas, tres másteres en psicología de la salud, un especialista en psicología de la salud, y con publicaciones referidas al tema de TAG en diferentes enfermedades.

Instrumentos: se le envió la escala GAD-7 con las sugerencias de los lingüistas. Se elaboró una planilla para el proceso de validez de contenido, tomando como referente la propuesta metodológica realizada por Escobar y Cuervo.[13] La planilla contempló una sección dedicada a recoger los datos personales y profesionales de los expertos, se describió el objetivo de cada evaluación, y se contó con una hoja de respuestas conforme a los criterios evaluados: suficiencia, claridad, coherencia y relevancia.

Variables: se midieron los atributos de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia.

Suficiencia: Si considera que los ítems incluidos en la dimensión son capaces de recoger en su totalidad la información necesaria para medir el concepto que se está evaluando. *Indicadores o rangos de medición*: 1. No cumple con el criterio: los ítems no son suficientes para medir la dimensión. 2. Bajo nivel: los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total. 3. Moderado nivel: los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total. Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente. 4. Alto nivel: los ítems son suficientes para evaluar la dimensión.

Claridad: si la afirmación es comprensible fácilmente por la población a la cual está dirigida la escala. Se tiene en cuenta, además, el orden de las palabras y la relación mutua entre las mismas en la construcción de las oraciones y si están escritas correctamente. *Indicadores o rangos de medición*: 1. No cumple con el criterio: el ítem no es claro. 2. Bajo nivel: el ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas. 3. Moderado nivel: se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem. 4. Alto nivel: el ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.

Coherencia: el ítem que se propone tiene relación lógica con la dimensión que está midiendo. *Indicadores o rangos de medición*: 1. No cumple con el criterio: el ítem no es claro. 2. Bajo nivel: el ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas. 3.

Moderado nivel: se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem. 4. Alto nivel: el ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.

Relevancia: la afirmación es esencial para el objetivo de la escala, es decir, si el contenido propuesto está altamente relacionado con la dimensión que evalúa en cada caso. *Indicadores o rangos de medición*: 1. No cumple con el criterio: el ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión. 2. Bajo nivel: el ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste. 3. Moderado nivel: el ítem es relativamente importante. 4. Alto nivel: el ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Análisis estadístico: se calculó el promedio de cada atributo mencionado con anterioridad y se calculó el criterio de validez de contenido (CVC)[19] de cada ítem y total del instrumento, para evaluar el nivel de acuerdo entre los expertos respecto a los atributos. Además, se tomaron observaciones de los expertos para mejorar la redacción de los ítems. Estas observaciones se analizaron mediante análisis de contenido.

Etapa 3. Pilotaje

Muestra: *s*e seleccionaron cinco personas por cada ítem de la escala GAD-7 (7 ítems por 5 personas), para un total de 35 participantes.

Criterios de inclusión: tener más de 18 años de edad, que asistieran a la consulta de Psicología del CIREN en el periodo de enero a diciembre del 2022, con diagnóstico clínico de epilepsias, ausencia de trastorno del desarrollo intelectual y que dieran su consentimiento de participación en la investigación. Se excluyeron aquellos que se negaron a colaborar en el estudio.

Características de la muestra: conformado por 35 personas con epilepsias. La media de edad fue de 31 años (DE = 12), la media de la escolaridad fue de 11 grados (DE = 2), y 19 del sexo femenino (54 %) y 16 del sexo masculino (46 %).

Variables: sociodemográfica: edad, sexo y escolaridad (identificados a través de una entrevista estructurada). Edad (grupos etarios): juventud (18 a 24 años), adultos jóvenes (25 a 40 años), adultos intermedios (41 a 61 años), adultos mayores (mayor de 62 años). Sexo: femenino y masculino. Escolaridad: primaria, secundaria, preuniversitario, técnico medio, universitario.

Variable psicopatológica: trastorno de ansiedad generalizada (TAG): estado emocional que presenta reacciones de miedo o aprensión anticipatorios de peligro o amenaza inespecíficos, acompañadas de una activación del sistema nervioso autónomo. Se midió a través de la escala GAD-7. Indicadores: presencia o no de TAG. Niveles: 0-4 no ansiedad, 5-9 ansiedad leve, 10-14 ansiedad moderada y 15-21 ansiedad grave.[3]

Instrumentos*:* a la muestra seleccionada se le aplicó una entrevista estructurada para conocer datos sociodemográficos (edad, sexo, edad) y la escala GAD-7 con los cambios sugeridos por los expertos. Se elaboró una planilla para el *debriefing* o *feedback,* a través de la cual se comprobó el tiempo de aplicación de la prueba, la comprensión, claridad de los ítems, extensión de la prueba y si las afirmaciones resultaron incomodas u ofensivas.

Análisis estadístico: luego se calculó la fiabilidad con el coeficiente alfa de Cronbach considerándose adecuado si este coeficiente es mayor o igual que 0,7, [14] y realizándose el análisis de eliminación de ítems. Se realizó un análisis de contenido del *debriefing*.

Se pusieron en práctica los principios éticos de la declaración de Helsinki,[15] se solicitó autorización al comité de ética de la institución CIREN y el consentimiento informado a los expertos lingüistas, los expertos en TAG y los pacientes que participaron en la investigación.

RESULTADOS

Etapa 1. Adaptación lingüística y cultural

Un dato que llamó la atención fue que los expertos lingüistas solo propusieron modificaciones sintácticas para dos ítems de la escala original adaptada al español. El experto 2 propuso incluirle al ítem 2 un artículo determinado (las) y colocarle el plural a la palabra preocupación (preocupaciones). El ítem quedó así: “Ser incapaz de dejar de preocuparse o de controlar las preocupaciones”. Por su parte el experto 3, propuso incluir al ítem 7 el pronombre personal átono reflexivo proclítico (me), quedando “Sentir miedo de que algo terrible me pueda ocurrir”.

En general, todos los lingüistas coincidieron en no modificar 5 reactivos (ítems 1, 3, 4, 5, 6), es decir, en dejarlos igual a la versión original traducida al español.

Etapa 2. Criterio de expertos

La validez de contenido de la escala GAD-7 se analizó a partir de la opinión de los expertos en relación con los atributos de claridad (CVC = 4,23), coherencia (CVC = 4,34), relevancia (CVC = 4,63) y suficiencia (CVC = 4,34), considerándose los mismos con valores altos según los indicadores o rangos de medición de la escala propuesta.

En la tabla 1 se muestra el coeficiente de validez de contenido (CVC) de cada ítem y total de la escala.

	EXPERTOS									
ÍTEMS	1	2	3	4	5	X1	MX	CVC ítems	Probabilidad de error	CVC Total
1	9	20	17	16	13	75	3,75	0,75	0,00032	0,74
2	11	20	18	18	12	79	3,95	0,79	0,00032	0,78
3	6	20	15	20	20	81	4,05	0,81	0,00032	0,80
4	20	20	20	20	20	100	5	1	0,00032	0,99
5	20	20	13	20	20	93	4,65	0,93	0,00032	0,92
6	12	20	19	20	20	91	4,55	0,91	0,00032	0,90
7	20	20	20	20	20	100	5	1	0,00032	0,99
								CVCT	**Total del instrumento**	**0,88**

Las observaciones de los expertos a cada ítem de la escala se señalan a continuación, tomando en cuenta la unicidad de criterios entre los mismos.

En el ítem 1, los expertos 2, 3 y 4 coincidieron que debían de mantenerse los 3 síntomas aludiendo que un paciente podía referir todos los síntomas o al menos uno de ellos. En el ítem 2, los expertos 1, 2, 3 y 4 coincidieron en referirse a un solo elemento en la afirmación ("incapaz de controlar las preocupaciones").

En el ítem 3, los expertos 2, 3, 4 y 5 consideraron cambiarle la palabra "cuestiones" por "diferentes cosas". Por su parte, en el ítem 4, los expertos 2, 4 y 5 sugirieron cambiarle la palabra "problemas" por "dificultades".

En el ítem 6, los 5 expertos discurrieron que la aseveración debía referirse a un solo síntoma o aspecto. Los expertos 1, 2 y 3 coincidieron en el término enojarse. Finalmente, en los ítem 5 y 7 todos los expertos consideraron no realizar cambio alguno.

Se muestran solo los ítems que tuvieron cambios de los lingüistas y de los expertos. Se excluyeron los ítems 1 y 5 por no sufrir modificaciones y mantenerse similar a la escala adaptada al español. (Cuadro 1).

Enunciado de la escala GAD-7 adaptada al español	Enunciado posterior a la adaptación lingüística y cultural al contexto cubano	Enunciado propuesto por los expertos
2. Ser incapaz de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación.	2- Ser incapaz de dejar de preocuparse o de controlar **las preocupaciones.**	2- Ser incapaz de controlar las preocupaciones.
3-Preocuparse demasiado por diferentes cuestiones.	3- Preocuparse demasiado por diferentes cuestiones.	3-Preocuparse demasiado por diferentes **cosas.**
4-Tener problemas para relajarse.	4-Tener problemas para relajarse.	4-Tener **dificultades** para relajarse.
6- Enfadarse o irritarse con facilidad.	6- Enfadarse o irritarse con facilidad.	6-Enojarse **muy fácilmente.**
7- Sentir miedo de que algo terrible pueda ocurrir.	7- Sentir miedo de que algo terrible **me** pueda ocurrir.	7- Sentir miedo de que algo terrible me pueda ocurrir.

Etapa 3. Pilotaje

En la prueba piloto se calculó la fiabilidad a través del alfa de Cronbach que obtuvo un valor de 0,83, lo cual se considera adecuado. El valor del alfa no se incrementa al eliminar alguno de los ítems del instrumento. Las correlaciones ítem-total van de 0,393 hasta 0,763, por encima del nivel mínimo de 0,300. (Tabla 2).

Ítems del GAD-7	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Sentirse nervioso (a), angustiado (a) o muy tenso (a)	5,31	15,045	,512	,823
2. Ser incapaz de controlar las preocupaciones	5,49	13,787	,685	,792
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	5,20	13,753	,763	,780
4. Tener dificultades para relajarse	5,46	14,608	,622	,804
5. Sentirse tan inquieto (a) que, le resulta difícil permanecer sentado (a)	5,63	16,711	,393	,836
6. Enojarse muy fácilmente	5,23	14,711	,533	,820
7. Sentir miedo de que algo terrible me pueda ocurrir	5,91	16,198	,605	,812

A partir del *debriefing* se identificó que la escala GAD-7 posee una comprensión adecuada, extensión corta, las afirmaciones fueron cómodas, no ofensivas y se aplica en menos de cinco minutos.

DISCUSIÓN

En esta investigación se llevó a cabo la adaptación lingüística y cultural de la escala GAD-7 para pacientes con epilepsias en el contexto cubano.

Etapa 1. Adaptación lingüística y cultural

La adaptación lingüística y cultural de este instrumento de medida fue un proceso que estuvo mediado por la consulta a lingüistas. Se obtuvo el permiso de los autores de la escala original para ser llevada al proceso de adaptación y validación de la misma, y se decidió utilizar la versión adaptada al español.[3] Lo anterior resultó demostrativo de la adaptación de instrumentos entre variantes de un mismo idioma pero con situaciones culturales disímiles.[16]

Se coincide con la idea de que las cuestiones lingüísticas deben tenerse más en cuenta. Hay traducciones poco familiarizadas con el código gramatical y con las normas de estilo del español, así como equívocos y desaciertos lingüísticos que pueden enturbiar la comprensión del texto. El contexto cultural en el que se enmarca el cuestionario se debe tener presente, por lo que el lingüista debe poseer conocimiento de las lenguas y una adecuada cultura.[17]

La figura del lingüista como revisor y corrector de estilo es necesaria, tanto para la corrección desde el punto de vista léxico-semántico, morfosintáctico y ortográfico como para la revisión final de la versión definitiva.[17]

Etapa 2. Criterio de expertos

De manera general, los CVC de cada ítem y total del instrumento mostraron una concordancia aceptable, lo cual coincide con las sugerencias de algunos investigadores respecto a los valores superiores a 0,70.[18] Se concuerda con la idea de que el CVC permite valorar el grado de acuerdo de los expertos respecto a cada uno de los diferentes ítems y al instrumento en general.[19]

Etapa 3. Pilotaje

El objetivo de una prueba piloto como simulacro previo a la investigación final es contribuir a disminuir los posibles sesgos y errores en la obtención de los datos que pueden orientar a mejorar la metodología previamente planteada.[20]

Los resultados del *debriefing o feedback* coinciden con lo reportado por García Campayo, et al.[3] Este autor identificó un tiempo medio de finalización de la prueba de 2 minutos y 30 segundos.

Los resultados de fiabilidad del GAD-7 obtenidos en la prueba piloto permiten mayor confiabilidad de la escala para ser utilizada en una muestra mayor de pacientes con epilepsias en el contexto cubano.

Se puede concluir que la adaptación de la escala GAD-7 semántica y culturalmente al español de Cuba, preserva equivalencia con la versión original. Se recomienda en futuros estudios comprobar la fiabilidad y validez de la escala GAD-7 en una muestra mayor de pacientes con epilepsias en el contexto cubano.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Marilyn Zaldívar Bermúdez.

Curación de datos: Marilyn Zaldívar Bermúdez.

Análisis formal: Marilyn Zaldívar Bermúdez, Damián Valdés Santiago.

Investigación: Marilyn Zaldívar Bermúdez.

Metodología: Marilyn Zaldívar Bermúdez, Lilia María Morales Chacón

Visualización: Damián Valdés Santiago.

Redacción del borrador original: Marilyn Zaldívar Bermúdez, Lilia María Morales Chacón, Damián Valdés Santiago.

Redacción, revisión y edición: Marilyn Zaldívar Bermúdez, Lilia María Morales Chacón, Damián Valdés Santiago.

Financiación

Centro Internacional de Restauración Neurológica. Departamento de Neuropsicología. La Habana, Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlintong: American Psychiatric Association; 2013.

2. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Internal Medicine. 2006 ; 166 (10): 1092-7.

3. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2010 [cited 2 Jun 2023] ; 8 (1): 1-11.

4. Masuyama A, Shinkawa H, Kubo T. Validation and psychometric properties of the Japanese version of the fear of COVID-19 scale among adolescents. Int J Ment Health Addict [Internet]. 2020 [cited 2 Jun 2023] 1-11.

5. Muñoz-Navarro R, Cano-Vindel A, Moriana JA, Medrano LA, Ruiz-Rodríguez P, Agüero-Gento L, et al. Screening for generalized anxiety disorder in Spanish primary care centers with the GAD-7. Psychiatry Res [Internet]. 2017 [cited 2 Jun 2023] ; 256: 312-7.

6. Seo JG, Cho YW, Lee SJ, Lee JJ, Kim JE, Moon HJ, et al. Validation of the generalized anxiety disorder-7 in people with epilepsy: a MEPSY study. Epilepsy Behav [Internet]. 2014 [cited 2 Jun 2023] ; 35: 59-63.

7. Zhong QY, Gelaye B, Zaslavsky AM, Fann JR, Rondon MB, Sánchez SE, et al. Diagnostic validity of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) among pregnant women. PloS One [Internet]. 2015 [cited 2 Jun 2023] ; 10 (4): e0125096.

8. Franco-Jiménez RA, Núñez-Magallanes A. Propiedades psicométricas del GAD-7, GAD-2 y GAD-Mini en universitarios peruanos. Propósitos y Representaciones [Internet]. 2022 [cited 2 Jun 2023] ; 10 (1): [aprox. 7p].

9. Bermúdez MZ, Chacón LM, Martín MB,

González JG, Fernández RG, Alfonso MA. Comportamiento de la ansiedad, depresión y disociación en pacientes con crisis epilépticas y crisis psicógenas no epilépticas. Rev Cubana de Neurol Neurocir [Internet]. 2020 [cited Jun 2] ; 10 (2): 1-19. Available from: https://revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/356.

10. Zaldivar-Bermúdez M, Morales-Chacón L, González-González J, Maragoto-Rizo C, Cabrera-Muñoz A, Mendoza R. Trastorno de ansiedad generalizado y episodio depresivo mayor en pacientes con epilepsias farmacorresistentes. Rev Hosp Psiquiát Habana [Internet]. 2022 [cited Jun 2] ; 19 (1): [aprox. 7p]. Available from: https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/218.

11. Durán LA, López MY. Validación de contenido de una versión culturalmente adaptada al contexto venezolano de la Escala de Perfeccionismo Infantil de Oros. Pensando Psicología [Internet]. 2016 [cited Jun 2] ; 12 (20): 29-41.

12. López Fernández R, Crespo Hurtado E, Crespo Borges TP, Fadul Franco JS, García Saltos MB, Juca Maldonado FX, et al. Expertos y prospectivas en la investigación pedagógica [Internet]. Cienfuegos: Universo Sur. Universidad Metropolitana de Ecuador; 2016. [cited Jun 2] Available from: https://allspace.ucf.edu.cu/index.php/s/aXTaQjaYtypfNwJ#pdfviewer.

13. Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez Á. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. Avances en Medición [Internet]. 2008 [cited 2 Jun 2023] ; 6 (1): 27-36. Available from: https://www.researchgate.net/publication/302438451_Validez_de_contenido_y_juicio_de_expertos_Una_aproximacion_a_su_utilizacion.

14. Nápoles MR, Barrueta N. Metodología para la validación de instrumentos de medición. A3manos. 2023 ; 10 (19): 33-42.

15. de Helsinki D, Association WM. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Tokio: Asociación Médica Mundial; 1975. [cited 2 Jun 2023] Available from: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/.

16. Durán LA, López MY. Adaptación lingüístico-cultural de una escala argentina de perfeccionismo infantil al contexto venezolano. REMA [Internet]. 2016 [cited 2 Jun 2023] ; 21 (2): 1-32.

17. Congost-Maestre N. La validación lingüística en los principales cuestionarios de salud y calidad de vida. Lebende Sprachen [Internet]. 2015 [cited 2 Jun 2023] ; 60 (2): 307-25. Available from: https://core.ac.uk/download/pdf/32325361.pdf.

18. Balbinotti MA. Estou testando o que imagino estar? Reflexoes acerca da validade dos testes psicológicos. In: Vaz CE, Graff RL, editors. Técnicas projetivas: Produtividade em pesquisa. Sao Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p. 6-22.

19. Hernández N. Contribuciones al análisis estadístico: el coeficiente de validez de contenido (Cvc) y el coeficiente Kappa, en la determinación de contenido según la técnica de juicio de expertos [Internet]. Bogotá: Universidad de Los Andes; 2002. [cited 2 Jun 2023] Available from: http://www.revencyt.ula.ve/storage/repo/ArchivoDocumento/cipo/v23/articulo10.pdf.

20. Mora EA, Carrasco AS, Muñoz VP, Salinas RS, Huerta SC, Noriega EP, et al. Características de la prueba piloto: revisión de artículos publicados en enfermería. Rev Enferm Neurol [Internet]. 2015 [cited 2 Jun 2023] ; 14 (3): 169-75. Available from: https://doi.org/10.51422/ren.v14i3.212.