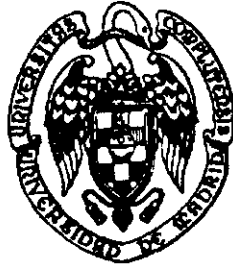


**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**



**ESTUDIO DE PERFILES DIFERENCIALES  
DE ANSIEDAD A TRAVES DEL I.S.R.A.**



\* 5 3 0 9 5 4 1 8 4 8 \*  
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

**TESIS DOCTORAL**

**Autor: Fco. Javier ESPADA LARGO**  
**Directores: Dr. D. Antonio CANO VINDEL**  
**Dra. Dña. Elena F.L. OCHOA**

**MADRID, 1995**

*A Juan Berihuete y María Largo,  
mis mejores compañeros de carrera.*

*He de agradecer su apoyo y colaboración a mis directores, Elena F.L. Ochoa y Antonio Cano Vindel, y a un buen número de profesores de los departamentos de Psicología Básica (Procesos Cognitivos) y Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos (Psicología Clínica).*

*Les doy las gracias a mis compañeros de trabajo cotidiano, M<sup>a</sup> Dolores Rodelgo y Pedro Torres, quienes me han ayudado y aguantado con paciencia durante estos años.*

*Mis padres, familiares y especialmente mis hermanos Manuel Espada y Juan Carlos Berihuete, siempre han sabido escucharme y han estado disponibles facilitándome la tarea enormemente.*

*Siempre he tenido buenos amigos ayudándome. He de agradecer especialmente a Francisco Fernández de Velasco su atención y disponibilidad, ayudándome a salvar obstáculos inesperados en las últimas horas del proceso.*

*Antonio Cano Vindel ha sido quien ha hecho posible este trabajo, se ha mostrado como el mejor dispensador de ánimos que me he encontrado en lo últimos tiempos y me ha facilitado la tarea, estando siempre disponible, incluso a las horas menos habituales. Le agradezco sinceramente el interés que ha mostrado y las horas de sueño y descanso que le he robado.*

*Por último, y más importante, he de agradecer con especial cariño a Eva María Sanchis todo su apoyo, ánimos y horas de trabajo interminables. La paciencia y cariño que me ha demostrado día a día, fin de semana a fin de semana, mes a mes y año a año, durante el tiempo que he estado embarcado en este tema. Ella ha sido mi mejor colaboradora y la principal sufridora de planes cancelados una y otra vez, horas de encierro en casa, y un largo etcétera que me ahorro.*

*No me olvido de todos los que me han ayudado, aunque no se vean reflejados en este corto espacio. A todos ellos muchas gracias.*

---

## ESTUDIO DE PERFILES DIFERENCIALES DE ANSIEDAD A TRAVES DEL I.S.R.A.

### Parte I: Revisión Teórica.

|  |    |
|--|----|
| 1. Introducción. ....  | 5  |
| 1.1. Concepto de ansiedad. ....  | 6  |
| 1.1.1. Evolución del concepto de ansiedad. ....                              | 12 |
| 2. Marco teórico en el estudio de la ansiedad. ....                          | 20 |
| 2.1. El enfoque interactivo. ....  | 21 |
| 2.1.1. Rasgos específicos de ansiedad. ....                                  | 25 |
| 2.1.2. Hipótesis de la congruencia. ....                                     | 29 |
| 2.2. Los tres sistemas de respuesta. ....                                    | 31 |
| 2.2.1. Discordancia entre sistemas. ....                                     | 35 |
| 2.2.2. Implicaciones para la evaluación y el tratamiento. ....               | 38 |
| 3. Evaluación y diagnóstico de la ansiedad. ....                             | 45 |
| 3.1. Evaluación y diagnóstico. ....  | 48 |
| 3.2. Los tres métodos en evaluación psicológica. ....                        | 56 |
| 3.2.1. Medidas conductuales: la observación. ....                            | 56 |
| 3.2.2. Medidas psicofisiológicas. ....                                       | 58 |
| 3.2.3. El método de autoinforme. ....  | 62 |
| 3.3. Cuestionarios, inventarios y escalas. ....                              | 64 |
| 3.4. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). ....         | 70 |
| 3.5. Perfiles de respuesta y situacionales obtenidos a través del ISRA. .... | 73 |

---

|   |     |
|---|-----|
| 4. Relaciones entre ansiedad y depresión. ....  | 76  |
| 4.1. Modelo unitario. ....  | 79  |
| 4.2. Modelo pluralista. ....  | 79  |
| 4.3. Modelo mixto. ....   | 80  |
| 4.4. Problemas de diferenciación en la práctica. ....                                 | 84  |
| 5. Definición y diagnóstico de los trastornos estudiados. ....                        | 89  |
| 5.1. Fobia social. ....   | 91  |
| 5.1.1. Criterios de diagnóstico. ....   | 94  |
| 5.1.2. Etiología y mantenimiento. ....  | 95  |
| 5.2. Fobia simple. ....   | 99  |
| 5.2.1. Criterios de diagnóstico. ....   | 101 |
| 5.2.2. Etiología y mantenimiento. ....  | 103 |
| 5.3. Trastorno por ansiedad generalizada. ....  | 105 |
| 5.3.1. Criterios de diagnóstico. ....   | 106 |
| 5.3.2. Etiología y mantenimiento. ....  | 108 |
| 5.4. Trastorno de pánico con agorafobia. ....   | 111 |
| 5.4.1. Criterios de diagnóstico. ....   | 113 |
| 5.4.2. Etiología y mantenimiento. ....  | 116 |
| 5.5. Trastorno depresivo mayor (episodio único, grave, sin síntomas psicóticos). .... | 118 |
| 5.5.1. Criterios de diagnóstico. ....   | 121 |
| 5.5.2. Etiología y mantenimiento. ....  | 122 |

**Parte II: Estudio Empírico.**

|   |     |
|---|-----|
| 6. Objetivos.....                         | 130 |
| 7. Hipótesis. ....                        | 133 |
| 8. Método.....                            | 142 |
| 8.1. Muestra.....                         | 144 |
| 8.2. Procedimiento.....                   | 157 |
| 8.3. Descripción de los instrumentos..... | 161 |
| 8.4. Análisis de datos.....               | 169 |
| 9. Resultados y discusión.....            | 170 |
| 10. Conclusiones.....                     | 224 |
| Bibliografía.....                         | 238 |
| Anexos.                                   |     |

## **PARTE I: REVISION TEORICA**

## **1. INTRODUCCION**



### 1.1. CONCEPTO DE ANSIEDAD.

Aunque la historia de la psicología nos muestra que el término ansiedad aparece ya en el período helenístico griego y en 1844 aparece un primer concepto de angustia de la mano de Kierkegaard, es a partir de finales de los años veinte cuando el estudio de la ansiedad y sus trastornos comienza a ocupar una importancia progresiva y cada vez más amplia en el estudio y la práctica psicológica (Miguel Tobal, 1987).

El hecho anteriormente señalado es aún más llamativo si se tiene en cuenta que la prevalencia de los trastornos por ansiedad en la población general es mayor que el resto de los trastornos psicopatológicos (Barlow, 1988), acarreado para quienes los padecen importantes limitaciones en sus actividades habituales o cotidianas, lo que provoca en todos los casos un intenso malestar.

Es en los últimos 20 años cuando se incrementa significativamente el interés por estos trastornos. En la opinión de distintos autores, como Ricks y Zgourides (1991) este incremento de interés se debe en buena parte a la reconceptualización que hace la Asociación Americana de Psiquiatría de los trastornos de ansiedad. Pero dicha reconceptualización, se deriva y está relacionada con otras previas. Partiendo de las teorías freudianas, se puede constatar, cómo de manera progresiva, las sucesivas conceptualizaciones van incorporando una mayor importancia o influencia del medio ambiente.

Un primer paso sería el que dan los autores más próximos a Freud desde un punto de vista tanto teórico como cronológico. Así, Fromm (1982) establece que son los factores sociales, y en concreto la soledad, los que juegan un papel determinante en el desarrollo de la ansiedad. Como polo más lejano a las teorías freudianas estarían los teóricos conductuales que van a formular sus teorías a partir del condicionamiento clásico (Watson y Rayner, 1920) y el condicionamiento operante (Skinner, 1953). Como señalábamos anteriormente, la Asociación Americana de Psiquiatría, haciéndose eco de esta evolución teórica y conceptual, define en sus últimas ediciones nosológicas los trastornos por ansiedad en función de los estímulos o situaciones que condicionan y provocan dicha sintomatología ansiosa.

A través de la literatura revisada sobre los trastornos psicopatológicos y más concretamente sobre los trastornos de ansiedad, podemos observar, que a lo largo de la historia el término *ansiedad* ha estado envuelto por una gran ambigüedad, motivada, no sólo por las diferentes aproximaciones al fenómeno de las distintas corrientes teóricas, sino también por los distintos términos que se han utilizado para referirnos a dicho fenómeno. Desde un punto de vista etiológico, la ansiedad podría entenderse como derivada de un mecanismo más básico, *el miedo*, que se definiría como una reacción adaptativa ante una situación de peligro, defendiendo al organismo de dicho peligro a través de conductas de lucha y huida (Klein y cols., 1984). Pero encontramos toda una serie de términos tales como angustia, temor, tensión y activación (Lazarus, 1966; Mandler, 1972; Mahoney y

Wards, 1976), que generan gran confusión ya que en muchas ocasiones se utilizan como sinónimos.

Aunque las fronteras conceptuales entre unos y otros términos son muy frágiles, sí existen algunos matices que los distinguen y que conviene señalar. Por ejemplo, el temor o miedo aparecería como un sentimiento provocado por un estímulo, objeto o situación concreta y vendría causado como una reacción normal ante un peligro que el individuo identifica en el ambiente. Como señalan algunos teóricos conductuales, el miedo sería una respuesta conductual y fisiológica ante una estimulación o situación externa al individuo. En cambio, la angustia, se podría explicar como todo lo contrario, es decir, se trata de una respuesta que aparece de manera anticipada a cualquier estimulación, por lo tanto, no surge como respuesta a la aparición de algún estímulo, objeto o situación, es decir, aparece como inmotivada.

Para poder establecer diferencias entre angustia y ansiedad, algunos autores como Ayuso (1988), sugieren que se ha de recurrir a matices muy tenues. A la angustia se le ha de dar un matiz más físico o visceral acompañado de sensaciones de sobrecogimiento, mientras que la ansiedad recibirá una consideración más psíquica y será vivenciada con sensaciones de sobresalto. Esta distinción corresponde más a modelos psicodinámicos y humanistas, y por extensión a buena parte de la psiquiatría, aunque de hecho esta diferencia entre ansiedad y angustia no es apoyada por las diferentes corrientes de la psicología actual.

Por último, se ha de hablar de tensión y activación recurriendo a las teorías de la emoción. Así, se podría definir la activación más que como un estado, como un continuo que va desde el sueño hasta las respuestas emocionales intensas como pueden ser el pánico o la alegría. Así, la ansiedad y la angustia se relacionarían con ese extremo de activación, en sentido negativo, en el que el individuo hace explícitas sus sensaciones de temor ante situaciones reales o anticipadas.

La ansiedad tal y como se concibe actualmente, sería una respuesta conductual, cognitiva y fisiológica, que se caracteriza por un estado de alerta ante una señal de peligro (Díez, 1990).

Vemos así, como, en la actualidad, se hace una concepción multidimensional en la que interaccionan tres componentes fundamentales (cognitivo, fisiológico y motor o conductual), que han de ser evaluados y estudiados por separado, para conocer cómo interaccionan entre ellos en el fenómeno de la respuesta de ansiedad.

Desde esta perspectiva multidimensional, Miguel Tobal (1987, pag.:4) define la ansiedad "como la respuesta o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del Sistema Nervioso Autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de

ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, etc..., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes".

De esta manera el autor está haciendo una definición desde un punto de vista claramente interactivo en el que se ponen en relación respuestas observables (fisiológicas y motoras), respuestas no observables (cognitivas y fisiológicas) que se pueden producir igualmente ante situaciones externas al sujeto y ante estímulos que sólo aparecen a nivel ideacional o de pensamiento.

Según Hoehn-Saric y MacLeod (1988) la ansiedad va a funcionar como un sistema de alarma y señala la ocurrencia de una situación de peligro que normalmente va asociada a incertidumbre, esto es lo que podríamos denominar ansiedad normal o adaptativa. Ahora bien, la ansiedad se convierte en una respuesta patológica o anormal, cuando continúa después que finaliza la exposición al peligro potencial, cuando aparece en situaciones que no se consideran nocivas o cuando ocurre sin una causa aparente que la justifique.

La ansiedad patológica puede presentarse de forma transitoria o de manera crónica. En el segundo caso, puede manifestarse como un acceso inesperado de ansiedad (trastorno de pánico), o puede aparecer a través de un continuo de mayor o menor intensidad (trastorno por ansiedad generalizada) (Hoehn-Saric y MacLeod, 1988).

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, y que el presente trabajo tiene como objetivo la evaluación de la ansiedad en distintos trastornos psicopatológicos, vamos a concluir definiendo qué se puede entender por ansiedad en psicopatología:

La ansiedad sería un fenómeno que produce interferencias funcionales significativas en el sentido de dificultar o interrumpir las actividades cotidianas del individuo y que se pondría de manifiesto de la siguiente manera:

1. A través de un triple sistema de respuestas: *cognitivo* (ideas desagradables, temores anticipados, preocupaciones injustificadas, etc...), *fisiológico* (palpitaciones, sudoración excesiva, temblores, etc...) y *motor* (llanto, movimientos repetitivos, etc...).

2. Dichas respuestas desadaptativas pueden desencadenarse por un lado, ante estímulos, objetos o situaciones tanto reales como imaginarias y que el individuo valora como aversivos o peligrosos, como de forma espontánea sin que el individuo o quienes le rodean puedan establecer de forma inequívoca un nexo de unión entre dichas respuestas desadaptativas y algún estímulo, objeto o situación real o imaginarios.

Una vez concluido este apartado dedicado a la conceptualización de la ansiedad, vamos a pasar a continuación a desarrollar brevemente la evolución que dicho concepto ha seguido a través del tiempo y de las diferentes escuelas y enfoques teóricos.

### 1.1.1. EVOLUCION DEL CONCEPTO DE ANSIEDAD.

Al disponernos a estudiar el fenómeno de la ansiedad a lo largo de la historia, encontramos que son distintas las aproximaciones teóricas y que cada una de ellas aportan diferentes definiciones y explicaciones de lo que significa la ansiedad partiendo de sus principios teóricos básicos.

Así, vamos a ir haciendo un breve recorrido por lo que ha sido la evolución del concepto de ansiedad a través del tiempo en algunas de las diferentes corrientes teóricas. Puesto que el presente estudio se lleva a cabo desde una perspectiva interactiva, dicho enfoque se va a omitir en este apartado, dedicando a dicho modelo, por su importancia para nuestro trabajo, el apartado siguiente donde se expondrá con mayor detalle.

En este apartado no se pretende revisar, de forma detallada, las aportaciones que han hecho cada uno de los autores, desde distintos enfoques al estudio de la ansiedad, pues éste podría ser, por su extensión, tema único a desarrollar, y porque se pretende que este trabajo tenga un desarrollo lineal muy centrado en sus objetivos.

Hemos de comenzar señalando que el término *ansiedad*, quedó definitivamente incorporado a la psicología gracias a Freud, con la publicación en 1926 de su obra *Inhibición, síntoma y ansiedad* (Freud, 1961).

Freud hace diversas aproximaciones teóricas al fenómeno de la ansiedad. En un primer momento, entiende la ansiedad como un reflejo de la energía sexual reprimida. Posteriormente, en una reformulación de su primera teoría de la ansiedad, explica ésta como una respuesta interna que sirve para alertar al individuo ante una amenaza (Miguel Tobal, 1987, 1990; Nemiah, 1987).

La influencia de Freud se deja sentir en sus seguidores, que van a ir añadiendo nuevos matices a través de sus contribuciones.

En lo que más van diferir las distintas aproximaciones psicoanalíticas de las teorías freudianas, va a ser en la forma que tienen de conceptualizar la influencia que ejerce el ambiente en el individuo. Mientras que las teorías freudianas toman el medio como un simple mecanismo de escape para el individuo, el resto de las aproximaciones psicoanalíticas (p.e.: aproximaciones neofreudianas), van a destacar el papel que juega el ambiente en el desarrollo de la ansiedad (Adler, 1959; Fromm, 1982).

En las teorías humanistas, vamos a encontrar una explicación de la ansiedad desde una perspectiva predominantemente filosófica. La característica común a todas ellas, es considerar la ansiedad como resultado de la percepción de un peligro por parte del organismo (Rogers, 1967; May, 1950; Goldstein, 1939; Sullivan, 1953; Basowitz, Persky, Korchin y Grinker, 1955; Epstein, 1967).



Dentro del marco de las teorías de la personalidad, hemos de señalar que el concepto de ansiedad ha ido evolucionando desde un primer enfoque basado en los rasgos (teorías de rasgo-estado) hasta las actuales teorías interactivas, pasando por las teorías situacionistas. (Como señalamos al principio de este apartado, el enfoque interactivo será omitido en este apartado y tratado con detalle en el siguiente).

Las teorías rasgo-estado, estudian la ansiedad desde un enfoque de la personalidad, considerándola bien como un rasgo de personalidad (tendencia que tiene el individuo a responder ante cualquier situación), bien como un estado (respuesta emocional puntual y transitoria).

Cattel y Scheier (1961) con su obra "El significado y medida del neuroticismo y la ansiedad" señalan la existencia de dos factores dentro del constructo de ansiedad: ansiedad rasgo y ansiedad estado.

El rasgo de ansiedad sería la tendencia que tiene el individuo a reaccionar emitiendo respuestas de ansiedad, independientemente de las situaciones en las que se encuentre. Esta tendencia sería una disposición relativamente estable en el individuo, estableciéndose como una característica o rasgo de personalidad.

En cambio, el estado de ansiedad, sería una respuesta transitoria y puntual que se

emite en una o varias situaciones específicas, es decir, hablamos de ansiedad estado, si éste viene condicionado por una o varias situaciones, o por estímulos concretos, en un momento dado.

La teoría de Cattell va a tener gran repercusión en autores como Spielberger, pues éste define el estado y el rasgo de ansiedad igual que lo hacía Cattell.

A diferencia de Cattell cuyos estudios se desarrollan desde el concepto de rasgo fundamentalmente, Hodges y Spielberger (1966) señalan que la influencia que ejerce la ansiedad sobre la conducta, puede explicarse mejor desde el nivel de estado de ansiedad, que presenta al individuo en una situación específica, que desde el nivel de rasgo, que lo definiría en cualquier situación.

En contraposición y como diferencia fundamental con las ya descritas teorías de rasgos, los autores y estudios que se enmarcan dentro de las teorías situacionistas, señalan, como variables determinantes de la conducta, todas aquellas que se pueden objetivar fuera del individuo, es decir, hacen referencia a variables ambientales y/o de la situación.

Lo que intentan los autores situacionistas (Mischel, 1968) es, por un lado, huir de explicaciones de la conducta de un individuo que se basen en variables hipotéticas no observables y/o internas del mismo, y por otra parte, establecer las bases explicativas de

la conducta en función de variables observables.

Fuera ya de las teorías de la personalidad, las teorías conductistas van a explicar la ansiedad como una respuesta condicionada. Así mismo, van a partir de considerar el ambiente como determinante de la conducta humana, utilizando más que el término ansiedad, los términos miedo y temor (Watson y Rayner, 1920; Skinner, 1953).

A partir de los teóricos conductuales más clásicos, surgen los neoconductistas. Estos se diferencian de sus predecesores, en que añaden las variables cognitivas a las ya estudiadas variables fisiológicas y motoras.

Dentro del marco neoconductista, encontramos distintos enfoques. Los más importantes teniendo en cuenta el desarrollo del presente trabajo son el cognitivo-conductual y la teoría tridimensional o de los tres sistemas de respuesta. A ésta última le dedicamos, posteriormente, un apartado en el que la describiremos de forma detallada.

El enfoque cognitivo-conductual se caracteriza por señalar que las respuestas de ansiedad van a estar mediatizadas por las expectativas de amenaza del individuo (Carr, 1979; Reiss, 1980) y también por la evaluación que el propio individuo hace de sus estrategias de afrontamiento (Lazarus, 1966). Además, podrían ser distintos procesos de aprendizaje (condicionamiento clásico, aprendizaje observacional y aprendizaje por

transmisión de información) los que evocarían dichas respuestas (Bolles y Fanselow, 1980).

Otro enfoque a tener en cuenta es el motivacional experimental. Hay que destacar las aportaciones de Hull (1921, 1943 y 1952) que considera la ansiedad como un "drive" o impulso motivacional que capacita al sujeto para responder ante una estimulación. Hull ejerce gran influencia en autores posteriores como son Mowrer, Dollard y Miller.

Mowrer aporta la teoría bifactorial o de los dos procesos (condicionamiento clásico e instrumental), para explicar el desarrollo, mantenimiento y reducción de la ansiedad. Con Dollard y Miller (1950) se empieza a estudiar la ansiedad en el laboratorio a nivel experimental centrándose su trabajo en el estudio de la interacción del impulso (drive) con los demás componentes que integran la personalidad del individuo. Así, la manipulación de este "drive" influiría en dichos componentes de la personalidad. Por último, hay que señalar los trabajos experimentales de Spence y Taylor, en los que estudian la relación que existe entre la ansiedad que viene provocada por la tarea que se ha de llevar a cabo y la dificultad de dicha tarea (Taylor, 1951; Taylor y Spence, 1952; Spence y Taylor, 1951; Spence, 1956).

Como señalábamos anteriormente, a partir de los 60 con la introducción de variables cognitivas por parte de los neoconductistas, empieza a tomar una nueva significación el concepto de ansiedad.

En líneas generales, el enfoque cognitivo define la ansiedad como una emoción que estaría basada en la valoración de temor que hace el individuo bien ante estímulos reales, como ante elementos simbólicos, anticipatorios e inciertos (Lazarus y Averill, 1972).

Así, van a ser los mecanismos cognitivos los que medien entre el estímulo estresante y la respuesta emocional. Estos mediadores cognitivos, van a estar modulados por el grado de amenaza que el individuo perciba de la situación, por la valoración de las posibilidades y estrategias que el individuo cree tener para afrontar dicha situación, y por el grado de eficacia de dichas estrategias (Lazarus y cols., 1970; Palavecino, 1988).

Otros autores cognitivos, ponen su énfasis en las características específicas de los esquemas que forman la estructura de la memoria a largo plazo como moduladores de la admisión y organización de la información actual (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck y Clark, 1988), así, dichos esquemas (de peligro) servirán para favorecer la codificación selectiva de esquemas congruentes (emocionalmente amenazantes) para aquellos individuos vulnerables a la ansiedad (Bower, 1981, 1983, 1985 y 1987; MacLeod y Rutherford, 1992). Por último, Hamilton (1983) añade la importancia que tiene la predisposición del individuo para generar expectativas negativas, pues cuanto mayor sea ésta, más probabilidad tendrán los contenidos ansiosos almacenados en su memoria a largo plazo de hacerse presentes, ya que el umbral de recuperación para los mismos, será menor.

Modelos recientes sobre los trastornos de ansiedad, ponen su énfasis en el papel que desempeñan los sesgos atencionales como factores de mantenimiento de la ansiedad (Zinbarg y Barlow, 1992). Por ejemplo, en el estudio de Mathews y cols. (1989) se concluye que los pacientes ansiosos tienen una tendencia muy marcada a hacer interpretaciones amenazantes en situaciones ambiguas. Además dicha tendencia también va dirigida a explorar el medio buscando eventos potencialmente amenazantes (Mogg y cols. 1987).

Tras este recorrido, muy escueto, a través de diferentes corrientes teóricas que hacen sus aportaciones al estudio de la ansiedad, vamos a centrarnos ya en el enfoque que sirve como marco explicativo al presente trabajo, nos referimos al "enfoque interactivo".

## **2. MARCO TEORICO EN EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD**

## 2.1. EL ENFOQUE INTERACTIVO.

Sus iniciadores son Endler, Magnusson y Bowers, aportando una explicación de la ansiedad que se basaría, fundamentalmente, en la interacción de rasgo y situación.

Por lo tanto, las teorías interactivas, van a explicar la ansiedad en función de la interacción que se produce entre las características de la situación y las variables individuales, no pudiendo ser explicado el comportamiento del individuo por unas o por otras de manera aislada (Endler y Hunt, 1966 y 1969; Bowers, 1973; Endler y Magnusson, 1976).

Incluso autores situacionistas como Mischel que tan duramente habían criticado la psicología del rasgo y las variables personales en favor de las variables situacionales como únicas capaces de explicar el comportamiento del individuo, varían su postura hacia una posición interactiva (Mischel, 1979). Así, por ejemplo, este autor señala en 1977 que la conducta viene determinada por variables que interactúan de forma recíproca tanto en la persona como en la situación, por lo tanto centrarse únicamente en una de ellas conduciría a predicciones y generalizaciones muy limitadas.

Por otro lado tenemos a autores como Staats (1980 y 1981) que señalan que este modelo no está teniendo en cuenta la situación y el aprendizaje, y que éstos sí se recogen



en el modelo interactivo que él propone, en el que interactúan, de forma recíproca, dichos factores con las diferencias individuales de personalidad. Este modelo interactivo del aprendizaje social no es otro que el desarrollado anteriormente por Bandura (1977a, 1977b, 1978).

Por lo tanto, encontramos dos modelos interactivos (Pervin, 1968; Endler, 1981; Fernández Ballesteros, 1984). Uno mecanicista en el que la conducta es la variable que depende de las diferencias individuales, las situaciones y su interacción; y otro en el que se establecen las relaciones entre las conductas del individuo y las situaciones (no existen relaciones causa-efecto, sino transacciones entre cada una de las partes) (Cano Vindel, 1989).

Como señalan Endler y Magnusson (1974 y 1976) hemos de considerar algunos elementos básicos en la interacción que se produce entre el individuo y la situación (Miguel Tobal, 1990):

1. El proceso continuo de interacción entre el sujeto y la situación, es lo que va a dar lugar al comportamiento actual del individuo.
2. Dicho proceso de interacción va a ser provocado directa y continuamente por el propio individuo, siendo éste parte fundamental y activa en dicho proceso.

3. Las principales variables moduladoras del comportamiento del individuo van a ser las cognitivas y motivacionales.

4. En cuanto a la situación, la variable más importante para el proceso interactivo va a ser la valoración o significado subjetivo que dicha situación tenga para el individuo.

De lo anteriormente expuesto, se desprende que las diferencias comportamentales van a estar mediatizadas por la resultante de la información que procede del individuo y de la situación.

Respecto al peso específico que tienen las variables situacionales y las variables personales en el proceso interactivo, es la propia situación la que va a modular dicho balance, ya que si ésta aparece nítida y concreta, será dicha situación la que tenga un mayor peso en la determinación del comportamiento del individuo, en cambio a medida que la situación se fuese haciendo menos clara y más confusa, las características personales irían mostrando, progresivamente, una mayor importancia en la determinación del comportamiento del individuo.

A modo de resumen, los teóricos interactivos, se van a caracterizar por señalar que, toda respuesta concreta de ansiedad (estado) va a ser consecuencia de la interacción entre la predisposición o tendencia que tenga el individuo (rasgo) y las características o variables

situacionales en las que se desarrolle la conducta (Bermúdez, 1983).

En los siguientes apartados (2.1.1 y 2.1.2) estudiamos en detalle dos conceptos de gran importancia para nuestro trabajo que se derivan de la evolución de la investigación dentro del marco interactivo, nos referimos a *los rasgos específicos de ansiedad* y a la *hipótesis de la congruencia*.

### 2.1.1. RASGOS ESPECIFICOS DE ANSIEDAD.

Para abordar este apartado, creemos conveniente mantener como criterio partir de los trabajos de investigación precedentes y de las teorías que de ellos se derivan que están estrechamente relacionados con nuestra investigación. Por este motivo, para hablar del establecimiento de *rasgos específicos de ansiedad* nos remontamos, tomando como punto de partida, al modelo o teoría interactiva multidimensional de la ansiedad en la que el rasgo es concebido de forma multidimensional (Endler y Magnusson, 1976a, 1976b y 1976c; Endler, 1978; Flood y Endler, 1980; Breen, Prociuk, Endler y Okada, 1978).

Este modelo interactivo multidimensional de la ansiedad, parte de dos supuestos básicos (Cano Vindel, 1989):

1. La multidimensionalidad del rasgo de ansiedad.
2. La hipótesis de la congruencia (o diferencial).

Vamos a centrarnos en el primero, dejando el segundo para el siguiente apartado (Aptdo. 2.1.2.).

Al hablar de multidimensionalidad del rasgo de ansiedad, estamos suponiendo que

dicho rasgo de ansiedad será diferente en un mismo individuo en función de las diferentes situaciones. Dicho supuesto se puso a prueba por Breen, Prociuk, Endler y Okada (1978/1983) y diversos trabajos de investigación concluyeron que los individuos difieren en sus respuestas ante distintos grupos de situaciones. Esta tendencia se interpreta en términos de multidimensionalidad del rasgo o como la existencia de *rasgos específicos de ansiedad* o áreas situacionales ligadas a diferencias individuales. De sus resultados, además, se desprendieron cinco rasgos específicos que presentaban un perfil de personalidad específico que correspondía con las situaciones que eran evaluadas. Dichos rasgos eran definidos como: ansiedad ante el peligro físico, ante situaciones ambiguas o novedosas, ansiedad interpersonal, ansiedad ante situaciones cotidianas y ansiedad ante la evaluación social (Cano Vindel, 1989).

Trabajos posteriores llevados a cabo en nuestro país (Bermúdez, 1983; Chorot y Sandín, 1985; Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986 y 1988) continúan esta misma línea de investigación y aunque los distintos autores estudian un número diferente de rasgos específicos de ansiedad, dichas diferencias se aprecian fundamentalmente en el número de rasgos en los que se agrupan las diferentes situaciones.

Vamos a referirnos a los estudios llevados a cabo por Miguel Tobal y Cano Vindel (1986 y 1988b) pues de ellos se deriva el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.), instrumento con el que vamos a poner a prueba la gran mayoría de

las hipótesis en la presente investigación.

A través de la factorización de las 22 situaciones que contiene el ISRA, Miguel Tobal y Cano Vindel (1986, 1988a y 1988b) distinguen cuatro factores situacionales o rasgos específicos de ansiedad (Cano Vindel, 1989):

1. Ansiedad de evaluación.
2. Ansiedad interpersonal.
3. Ansiedad fóbica.
4. Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana.

Este inventario se desarrolla dentro del modelo interactivo multidimensional de la ansiedad propuesto por Endler. De ello se deriva que los individuos que presentan una puntuación elevada en alguno de los cuatro rasgos específicos que vienen definidos por el I.S.R.A., no tendrán necesariamente las mismas elevaciones de puntuación en el resto de los rasgos específicos evaluados.

Una vez hecha esta breve exposición sobre los rasgos específicos de ansiedad y

definidos los rasgos específicos que van a ser tomados en consideración en nuestro trabajo, pasamos, en el siguiente apartado, a desarrollar brevemente el segundo supuesto del modelo interactivo multidimensional de la ansiedad: *la hipótesis de la congruencia*.

### 2.1.2. HIPOTESIS DE LA CONGRUENCIA.

La hipótesis de la congruencia (o diferencial) postula sobre la interacción entre dimensiones del rasgo y tipos de situación en la determinación de predicciones diferenciales sobre el nivel de ansiedad de cada persona en cada situación. Concretamente, el supuesto que formula Endler (1981) es que para que la interacción persona por situación sea efectiva en la inducción de un estado de ansiedad, es necesario que la medida de rasgo de ansiedad sea congruente con la situación amenazante. Es decir, se va a establecer una interacción significativa entre rasgo específico y situación siempre que ambos sean congruentes, pero no se establecerá dicha interacción cuando no lo sean.

Un trabajo reciente en el que se pone a prueba la hipótesis de la congruencia es el que llevó a cabo Cano Vindel (1989). El autor pone a prueba la hipótesis evaluando a los sujetos antes y después de someterles a la situación ansiógena congruente con el rasgo específico que presentaban. En ambos casos, los resultados apoyan la hipótesis de la congruencia. Ahora bien, dichos sujetos fueron evaluados también (pre y post) ante situaciones no congruentes con el rasgo específico que presentaban, los resultados evidencian que cuando un sujeto afronta una situación no congruente con el rasgo específico que presenta, dicha situación dependiendo de su intensidad, también va a incrementar su nivel de ansiedad estado, pero menos que la situación congruente.



A modo de conclusión en este apartado y teniendo en cuenta el trabajo anteriormente comentado, podemos entender que:

1. Parece suficientemente probada la hipótesis de la congruencia.
2. Que los resultados aportados por Cano Vindel (1989) apoyen la hipótesis de la congruencia tanto en medidas pre como post, resuelve las dudas lógicas que se derivan de la capacidad de los inventarios construidos para evaluar y poner a prueba la multidimensionalidad del rasgo de ansiedad, la hipótesis de la congruencia y por consiguiente el modelo interactivo multidimensional de la ansiedad.

## 2.2. LOS TRES SISTEMAS DE RESPUESTA.

Lacey (1967) realizó un análisis crítico del modelo unidimensional de la ansiedad, siendo sus principales objeciones las que se refieren a la disociación existente entre los índices de activación fisiológica y los de activación conductual, las bajas correlaciones entre distintos índices de activación fisiológica y, la existencia de patrones específicos de respuesta.

La evidencia que se deriva de distintos estudios de investigación que apoyan las conclusiones obtenidas por Lacey (Pribram y McGuiness, 1975; Fowles, 1986; Vanderwolf y Robinson, 1981; Vila, 1985), hacen que la conceptualización de la activación como unidimensional o como constructo unitario se vaya desechando paulatinamente (Miguel Tobal, 1990).

A partir de la Teoría Tridimensional descrita por Lang (1968, 1971 y 1978), se generaliza la idea de que la ansiedad se manifiesta según un triple sistema de respuestas: conductual o motor, fisiológico y cognitivo. Además se hace explícito que dichos sistemas de respuesta no tienen por qué correlacionar entre sí. Los trabajos y la teoría descritos por Lang van a ser posteriormente confirmados y apoyados por los trabajos de investigación de distintos autores (Rachman, 1974, 1976, 1977 y 1978a,b; Rachman y Hodgson, 1974; Hodgson y Rachman, 1974; Eysenck, 1976 y 1979).

La ansiedad así concebida sería una combinación de cada uno de los sistemas anteriormente descritos, y por lo tanto se haría manifiesta por estímulos más o menos identificables, bien de tipo cognitivo, fisiológico y/o ambiental.

Según Bellack y Lombardo (1984), podemos caracterizar cada uno de los tres sistemas de respuesta del siguiente modo (Miguel Tobal, 1987 y 1990):

1) Sistema Cognitivo: El distrés o malestar subjetivo es lo que forma la respuesta cognitiva que se manifiesta a través de sentimientos de amenaza o de catástrofe inminente.

2) Sistema Fisiológico: Las respuestas fisiológicas consecuencia de la ansiedad, están asociadas al incremento de la activación del Sistema Nervioso Autónomo, como consecuencia de la activación del Sistema Nervioso Central o de la actividad neuroendocrina mediada por el Sistema Nervioso Central.

3) Sistema Motor: Las respuestas motoras estarían mediatizadas tanto por los cambios que se producen a nivel fisiológico, como los que se producen a nivel cognitivo. Habría que distinguir dos tipos de respuestas motoras (Paul y Bernstein, 1973; Martin y Sroufe, 1970): unas directas, tales como inquietud, temblor, etc..., y otras indirectas, tales como escape y evitación.

De la Teoría Tridimensional descrita por Lang (1968 y 1971), se derivan una serie de implicaciones que habrá que tener en cuenta, tanto para la conceptualización y la evaluación como para las técnicas de intervención en los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, se deberá conceptualizar la ansiedad como un fenómeno formado por un conjunto de respuestas que se clasificarían en los tres sistemas que anteriormente hemos descrito, y además habrá que evaluar cada uno de estos tres sistemas por separado. En cuanto a las técnicas de intervención, se optará por unas u otras técnicas en función del tipo de reactividad (cognitiva, fisiológica o motora) predominante en el individuo en cuestión (Hugdahl, 1981).

Como hemos descrito, esta multidimensionalidad de la respuesta de ansiedad va a hacer imprescindible la consideración de los perfiles de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) como componentes de crucial relevancia en su estudio, evaluación y terapéutica (Sandín, 1991; Sandín y Chorot, 1986).

La relevancia de estos tres perfiles de respuesta se pone de manifiesto no sólo cuando los consideramos con un fin descriptivo (p.e.: diferenciar trastornos de ansiedad en base a sus perfiles de respuesta), o para establecer pronósticos terapéuticos en función del grado de concordancia entre los tres sistemas de respuesta (finalidad predictiva), sino que va a ser especialmente importante para establecer la línea terapéutica a seguir de acuerdo con el perfil de respuesta del paciente en concreto (consonancia perfil-terapia)

(Sandín y Chorot, 1992), tal y como se pone de manifiesto a partir de las conclusiones que se derivan de los trabajos realizados en este sentido por Miguel Tobal y Cano Vindel (1989 y 1990).

Dos conceptos importantes a tener en cuenta son los de discordancia y desincronía entre los tres sistemas de respuesta. En el siguiente apartado nos detenemos brevemente en su definición y en las implicaciones que se derivan de ellos.

### 2.2.1. DISCORDANCIA ENTRE SISTEMAS.

Existe una gran polémica entre los investigadores conductuales, en el campo de la evaluación de los trastornos de ansiedad a la hora de representar, en dicha evaluación, los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor). El problema se deriva de que estos tres sistemas de respuesta son en parte independientes (discordantes), y podrían variar las relaciones existentes entre ellos en el curso de la intervención terapéutica, es decir, existiría una "desincronía" (Paul y Bernstein, 1973; Borkovec, Weerts y Bernstein, 1977; Lombardo y Bellack, 1978; Hugdahl, 1981; Himadi, Boice y Barlow, 1985; Emmelkamp, 1988; Haynes y Wilson, 1979; Rachman y Hodgson, 1974).

Como podemos observar en el párrafo anterior, y es recogido en el trabajo de Cano Vindel (1989), los términos desincronía y discordancia, no se han de utilizar como sinónimos, pues el término "discordancia" (también denominado fraccionamiento de respuestas) hace referencia al grado de variación intersistemas y de distintos índices de un mismo sistema cuando se evalúan los tres sistemas de respuesta del mismo individuo (Haynes y Wilson, 1979), mientras que el término "desincronía" vamos a encontrarlo cuando, por ejemplo, al manipular a través del proceso terapéutico el nivel de activación de un individuo, encontramos que los distintos índices de activación, no varían al mismo tiempo (Hodgson y Rachman, 1974; Rachman y Hodgson, 1974; Rachman, 1978; Grey, Sartory y Rachman, 1979; Fernández Ballesteros, 1983; Michelson, 1987, Miguel Tobal,

1990).

Los resultados de los estudios de concordancia entre los tres sistemas de respuesta son difíciles de interpretar, porque a menudo se han utilizado con individuos que padecían un temor leve. Cuando las respuestas que se relacionan son clínicamente severas, se ha encontrado una gran concordancia entre los tres sistemas de respuesta (Craske y Craig, 1984; Sallis, Lichstein y McGlynn, 1980).

En el trabajo de Bellack y Lombardo (1984) se recogen tres interpretaciones diferentes de la desincronía, serían las siguientes (Miguel Tobal, 1990):

1. Los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) son independientes (Bandura, 1969) o parcialmente independientes (Hodgson y Rachman, 1974; Lang, 1971; Lang, Rice y Sternbach, 1972).

2. Los tres sistemas de respuesta, son interindependientes (Schwartz, 1978).

3. La discordancia puede reflejar o deberse a problemas en la medición (Bellack y Hersen, 1977; Cone, 1979; Hugdahl, 1981).

Como señala Cano Vindel (1989) la importancia de los fenómenos de frac-

cionamiento y desincronía respecto a la evaluación y tratamiento, hace que nos cuestionemos la veracidad y/o utilidad de un constructo unitario de ansiedad, lo que además puede provocar el énfasis en la línea de investigación dirigida al estudio de la ansiedad desde el enfoque de los tres sistemas de respuesta.

Del abandono del concepto unitario de ansiedad en favor de un enfoque tridimensional de las respuestas de ansiedad y cómo dichos sistemas de respuesta se relacionan entre sí, se derivan importantes implicaciones tanto para la evaluación como para el tratamiento. Son éstas las que pasamos a describir en el siguiente apartado.



### 2.2.2. IMPLICACIONES PARA LA EVALUACION Y EL TRATAMIENTO.

La evidencia sugiere que existe una discordancia intersistemas que, además va a ser variable en función del momento en que se lleve a cabo la evaluación respecto al proceso terapéutico.

En el estudio que desarrollan Lang y Lazovick (1963), encuentran que las reducciones de ansiedad que se habían conseguido en uno de los tres sistemas de respuesta, una vez finalizado el proceso terapéutico, no se habían logrado en los otros (Cano Vindel, 1989). De este estudio anterior y de otros que se desarrollan en la misma línea (Hodgson y Rachman, 1974; Rachman y Hodgson, 1974; Sartory, Rachman y Grey, 1977; Vermilyea, Boice y Barlow, 1984), se puede concluir que cuando se intenta reducir los niveles de activación a través de la intervención terapéutica, la actividad reflejada en los tres sistemas de respuesta, anterior a dicho proceso terapéutico, no va a variar de manera uniforme. A este fenómeno de variabilidad diferencial en el tiempo, es a lo que se denomina desincronía.

La discordancia y la desincronía entre los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), va a tener una influencia determinante en la evaluación y en el proceso terapéutico.

### **Evaluación.**

Desde el enfoque de la teoría tridimensional de la ansiedad, ésta va a ser estudiada evaluando las tres dimensiones o sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor. Esta tridimensionalidad va a provocar, tanto la construcción de instrumentos de evaluación, en los que puedan ser representados cada uno de esos sistemas de respuesta para cada individuo, como un conocimiento más profundo del fenómeno de la ansiedad (Miguel Tobal, 1990).

Estos fenómeno de desincronía y discordancia entre los sistemas de respuesta respecto a la evaluación, ha provocado una gran cantidad de trabajos de investigación que se centran en estudiar si las conclusiones a las que se llegan en los trabajos en los que se pone de manifiesto dicha discordancia y desincronía, se deben a problemas metodológicos o a seguir métodos inadecuados.

Encontramos diferentes estudios que demuestran que las intercorrelaciones entre las escalas de autoinformes, medidas conductuales e índices psicofisiológicos son bajas (Emmelkamp, 1982; Williams, 1985). Por ejemplo, los autoinformes de miedos, generalmente, correlacionan moderadamente con las conductas de evitación, pero muy pobremente con los índices autonómicos (Rachman, 1978).

Existen evidencias de que las correlaciones entre autoinformes y medidas de evitación de miedo, podrían incrementarse si dichos autoinformes o cuestionarios hicieran una descripción más detallada de los estímulos que provocan miedo. Por ejemplo, Lick y cols. (1977) demostraron que la baja correlación entre los cuestionarios de miedo y la conducta en una prueba de evitación conductual, se podría incrementar dando a los sujetos más información sobre la tarea que deben realizar en la situación experimental.

Concluyendo, la falta de concordancia entre los diferentes sistemas de respuesta, se debe, en parte, a lo inadecuada de la metodología que se utiliza para medir los diferentes sistemas de respuesta (Emmelkamp, 1988).

Cone (1979) señala que las intercorrelaciones bajas que encontramos entre los tres sistemas de respuesta, se debe a que los métodos utilizados para la comparación de los sistemas de respuesta son defectuosos. Por ejemplo, estas bajas intercorrelaciones pueden ser debidas a la utilización de diferentes estrategias de medida (métodos y contenidos), más que a las diferencias entre los tres sistemas de respuesta (Miguel Tobal, 1987).

Otro aspecto a tener en cuenta sobre la concordancia entre los tres sistemas, está relacionado con la fiabilidad y la validez de las medidas de cada uno de los sistemas o componentes por sí mismos. Aunque la validez de los autoinformes que pretenden medir el mismo constructo es satisfactoria, la validez de los índices psicofisiológicos de ansiedad

y de las pruebas conductuales estandarizadas es cuestionable (Emmelkamp, 1988).

### **Tratamiento.**

La teoría tridimensional de la ansiedad, va a facilitar al terapeuta la elección de las técnicas de reducción de la ansiedad más oportunas según sea el caso.

Tras llevar a cabo una evaluación de la ansiedad desde la aproximación que hace la teoría tridimensional, podemos encontrar un predominio de uno de los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor). Según cual de estos sistemas de respuesta predomine, se va a optar por una u otra técnica terapéutica dirigida a reducir la ansiedad. Es decir, cada técnica de intervención para la reducción de la ansiedad va a estar especialmente indicada para cada uno de los tres sistemas de respuesta. Además, aquella técnica que esté específicamente dirigida a uno de estos sistemas de respuesta, tendrá una menor efectividad sobre los otros sistemas (Cano Vindel, 1989).

Se revisan a continuación, distintos trabajos que ponen de manifiesto la influencia de la teoría de los tres sistemas de respuesta en la intervención terapéutica.

De los trabajos de Lang y cols. (1970) y Wolpe (1977) se concluye que los sujetos que presentaban una mayor reactividad fisiológica, mejoraban más con desensibilización

sistemática que aquellos que presentaban una mayor reactividad cognitiva. Ost y cols. (1981), en los estudios que llevan a cabo con individuos diagnosticados de fobia social, encuentran que aquéllos que mostraban una mayor reactividad fisiológica mejoraban más con técnicas de relajación que con técnicas de habilidades sociales, mientras que en aquellos sujetos que mostraban una mayor reactividad motora, la eficacia de los tratamientos señalados era la contraria.

Hayg y cols. (1987) concluyeron de su trabajo, llevado a cabo con sujetos que padecían fobia a volar, que respecto a la reducción de la ansiedad, los mejores resultados se lograban cuando la técnica que se empleaba era concordante con la mayor reactividad (cognitiva, fisiológica o motora) que mostraba el sujeto en la evaluación.

En los trabajos llevados a cabo por McCann, Woolfolk y Lehrer (1987) encontramos que los autores utilizan tres técnicas diferentes para tratar la ansiedad interpersonal, y los resultados que se producen son los siguientes (Cano Vindel, 1989):

- La técnica de "estructuración racional" redujo la ansiedad sobre las medidas de autoinforme, que hacían referencia a la ansiedad subjetiva que mostraba el individuo respecto a los tres sistemas de respuesta. En cambio, no se redujo la ansiedad que reflejaban las pruebas fisiológicas ni las de observación.

- La técnica de "ensayo conductual", solamente redujo la ansiedad que manifestaban las medidas referidas a la observación de la conducta manifiesta.

- La técnica de "relajación progresiva", que se aplicó a uno de los grupos de sujetos, no redujo la ansiedad fisiológica en mayor medida, que las otras técnicas empleadas en los otros dos grupos.

También Michelson (1986) en el estudio que hace con pacientes diagnosticados de agorafobia, emplea tres técnicas de intervención diferentes en grupos de sujetos en los que encontramos una reactividad predominante según cada uno de los tres sistemas de respuesta. Michelson encuentra resultados significativamente distintos en cuanto a los tratamientos de los tres grupos y también encuentra diferencias significativas respecto a la interacción entre las técnicas de intervención y el sistema de reactividad predominante (cognitivo, fisiológico o motor), es decir, se obtenían mejores resultados en aquellos grupos en los que el tratamiento era el específico para el sistema de respuesta predominante en su evaluación.

De lo anteriormente expuesto, se desprende que cada uno de los sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico, motor) van a tener unas características específicas respecto a su tratamiento, y los individuos van a presentar, respecto a dichos sistemas de respuesta, perfiles distintos que les van a caracterizar (Lang, 1968; Lehrer y Woolfolk, 1982; Miguel

Tobal y Cano Vindel, 1984, 1985, 1986 y 1988; Cano Vindel, 1989, Sandín y Chorot, 1992).

Resumiendo, la evidencia experimental sostiene que las diferentes técnicas terapéuticas diseñadas para reducir ansiedad, van a mostrar una mayor eficacia si se utilizan de forma concordante con el perfil de mayor reactividad que muestre el sujeto.

### **3. EVALUACION Y DIAGNOSTICO DE LA ANSIEDAD**



### 3. EVALUACION Y DIAGNOSTICO DE LA ANSIEDAD

La evaluación de la respuesta de ansiedad, teniendo en cuenta la asumida multidimensionalidad de este fenómeno, se va a dirigir fundamentalmente a evaluar los siguientes componentes (Carrobles y Díez-Chamizo, 1988):

1. Las situaciones o estímulos que elicitán o anuncian la aparición de la respuesta de ansiedad. Estos pueden ser tanto de tipo externo al individuo (situaciones estimulares del medio ambiente), como de tipo interno (autoverbalizaciones, pensamientos, ideas, etc...).

2. Evaluación de las respuestas (cognitivas, fisiológicas y motoras) o conductas ansiosas del individuo.

3. Evaluación de las consecuencias que acompañan a las respuestas de ansiedad.

En los siguientes apartados vamos a hacer referencia a los distintos métodos de evaluación de la ansiedad, teniendo en cuenta fundamentalmente los dos primeros componentes, ya que el tercero de ellos entraría más en una línea de un trabajo de investigación centrado más en la terapéutica que en la evaluación como es el caso del presente.

Dichos componentes de la evaluación (conductual) de la ansiedad, van a ser puestos de manifiesto a través de los métodos de evaluación más relevantes, éstos son, la observación, el autoinforme y los registros psicofisiológicos.

Antes de centrarnos en dichos métodos de evaluación, vamos a detenernos brevemente en señalar como de una manera progresiva cada vez van existiendo menos diferencias entre las distintas corrientes de evaluación psicológica (evaluación tradicional y evaluación conductual) y el diagnóstico médico. Esto es lo que pasamos a describir en el siguiente apartado.

### 3.1. EVALUACION Y DIAGNOSTICO.

Podríamos preguntarnos, y no sería fácil de responder, cómo partiendo del análisis funcional y el consiguiente rechazo a los tests y grupos normativos, hemos llegado en evaluación conductual, sin abandonar los supuestos teóricos característicos, a adoptar una metodología cada vez más próxima a la que caracteriza a la denominada evaluación tradicional.

No es que se haya pasado de un extremo a otro, sino que cada vez se va imponiendo más la realidad de la práctica cotidiana y ésta nos conduce hacia una integración que, lejos aún de producirse, va haciendo que los evaluadores dejen de ignorar los procedimientos útiles de sus "opponentes" y desarrollen instrumentos que se basan en una metodología de construcción común, en buena parte, a cualquier corriente de evaluación.

El progresivo abandono del análisis funcional está más que probado por trabajos como el de Piotrowsky y Keller (1984) en el que muestran que sólo una minoría de evaluadores conductuales utilizaban el análisis funcional (12%) y la observación (20%) en la práctica clínica, mientras que el resto (68%) utilizaban instrumentos de evaluación tradicional.

No es de extrañar que ante tal panorama haya crecido enormemente el desarrollo de autoinformes (inventarios, escalas, cuestionarios) dentro de la evaluación conductual. Dichos autoinformes, recogen entre sus ítems situaciones y/o respuestas concretas sobre un área o comportamiento concreto, a lo que el individuo va a responder en términos de frecuencia, es decir, van a tener un marcado carácter de especificidad (frente a la generalidad de los instrumentos tradicionales). Pero si esto es cierto, no lo es menos el hecho de que necesitan para su construcción muchos de los supuestos y procedimientos metodológicos de la evaluación tradicional, por ejemplo: la aplicación de dichos autoinformes a grupos previamente seleccionados o clasificados (o diagnosticados) para poder determinar si el instrumento satisface criterios de validez y fiabilidad. Finalmente, hemos de tener en cuenta, que la interpretación de los resultados de un individuo en una prueba se hará comparándole a través de un baremo establecido gracias a un grupo normativo a partir del cual se construyó dicha prueba (o lo que es lo mismo, se hacen comparaciones interindividuales).

Llegado a este punto, nos podemos dar cuenta que la incompatibilidad entre las diferentes corrientes en evaluación psicológica (evaluación conductual y evaluación tradicional o psicométrica), es más aparente que real, evolucionando ambas hacia una progresiva integración. En esta línea de integración encontramos el trabajo publicado por Silva en 1989 "*Evaluación Conductual y Criterios Psicométricos*", del que se obtienen, entre otras, las siguientes conclusiones (Pág.: 188):

- "En evaluación conductual, tal como en evaluación psicológica en general, se necesita tanto una aproximación idiográfica como una aproximación nomotética".
- "Así mismo, la evaluación conductual requiere tanto de una perspectiva métrica «orientada a criterios», como de una perspectiva métrica «orientada a normas»".
- "La evaluación conductual no puede prescindir de los constructos. Lejos de evitar los constructos psicológicos recurriendo a la validez de contenido, hemos visto que este concepto nos lleva necesariamente a ellos y que los problemas de validez de contenido son en realidad problemas de validez de constructo".

Pasando de la evaluación psicológica a los sistemas médicos de clasificación, nos vamos a encontrar con una tendencia, en cierto modo similar a la que acabamos de exponer.

Haciendo un estudio cronológico de la evolución seguida por los sistemas de clasificación más utilizados en la actualidad (nos referimos a los propuestos por la Organización Mundial de la Salud y por la Asociación de Psiquiatría Americana), nos damos cuenta que se ha partido de una gran ambigüedad o generalidad, y se han llegado a presentar en las últimas clasificaciones criterios cada vez más concretos (incluso excesivamente reduccionistas) sobre los trastornos psicopatológicos. Tanto la OMS con la

publicación de la CIE-10 (1992), como la APA con el DSM-III-R (1987) y el recientemente aparecido DSM-IV (1994) han hecho un gran esfuerzo en alcanzar una mayor especificidad.

La OMS, ha sido criticada en el ámbito de la investigación por dejarse llevar por un objetivo de consenso mundial que permitiese establecer índices de morbilidad transnacionales, dejando en cierto modo de lado la operatividad y la especificidad que precisa la investigación. Pues bien, el esfuerzo de la OMS no sólo se ha visto reflejado por una CIE-10 (1992) más operativa y descriptiva en cuanto a sus criterios diagnósticos, sino que además culmina con la publicación de la "*CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación*" (OMS, 1993) que siendo muy similar a la clasificación presentada por la APA en 1987, permite cubrir las lagunas que presentaba respecto a la investigación y acallar las críticas de los profesionales de este sector. Podemos ver la evolución de las clasificaciones presentadas por la OMS en la Tabla 1, para los trastornos de ansiedad y trastornos afectivos (o depresivos).

TABLA1. Comparación de las clasificaciones presentadas por la Organización Mundial de la Salud.

| CIE-9 (OMS, 1977).                                       | CIE-10 (1992,1993).  |
|--|--|
| <b>OTRAS PSICOSIS</b>                                    | <b>TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)</b>  |
| 1. Trastornos esquizofrénicos.                           | <b>Episodio maniaco</b>  |
| 2. Psicosis afectivas.                                   | 1. Hipomanía.  |
| A. Trastorno maniaco, episodio único.                    | 2. Manía sin síntomas psicóticos.  |
| B. Trastorno maniaco, episodio recurrente.               | 3. Manía con síntomas psicóticos.  |
| C. Trastorno depresivo mayor, episodio único.            | 4. Otros episodios maniacos.   |
| D. Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente.       | 5. Episodio maniaco sin especificación.  |
| E. Trastorno afectivo bipolar, maniaco.                  | 6. Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco.                                 |
| F. Trastorno afectivo bipolar, depresivo.                | 7. Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos.             |
| G. Trastorno afectivo bipolar, mixto.                    | 8. Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos.             |
| H. Trastorno afectivo bipolar, inespecificado.           | 9. Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.                   |
| I. Psicosis maniaco-depresivas, otras e inespecificadas. | 10. Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.    |
| I.1. Psicosis maniaco-depresiva, inespecificada.         | 11. Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.    |
| I.2. Trastorno maniaco atípico.                          | 12. Trastorno bipolar, episodio actual mixto.                                      |
| I.3. Trastorno depresivo atípico.                        | 13. Trastorno bipolar, actualmente en remisión.                                    |
| I.4. Otros.  | 14. Otros trastornos bipolares.  |
| J. Psicosis afectivas, otras e inespecificadas.          | 15. Trastorno bipolar sin especificación.  |
| J.1. Psicosis afectiva inespecificada.                   | <b>Episodio depresivo</b>  |
| J.2. Otras psicosis afectivas especificadas.             | 1. Episodio depresivo leve.  |
| 3. Estados paranoides.                                   | 2. Episodio depresivo moderado.  |
| 4. Otras psicosis no orgánicas.                          | 3. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.                               |
| 5. Psicosis con origen específico en la infancia.        | 4. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.                               |
| <b>TRASTORNOS NEUROTICOS</b>                             | 5. Otros trastornos depresivos.  |
| 1. Estados de Ansiedad.                                  | 6. Episodio depresivo sin especificación.  |
| A. Estado de ansiedad inespecificado.                    | 7. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.                           |
| B. Trastorno de pánico.                                  | 8. Trastorno depresivo recurrente episodio actual moderado.                        |
| C. Trastorno por ansiedad generalizada.                  | 9. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.  |
| D. Otros.  | 10. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos. |
| 2. Histeria.   | 11. Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión.                       |
| 3. Trastornos fóbicos.                                   | 12. Otros trastornos depresivos recurrentes.                                       |
| A. Fobia inespecificada.                                 | 13. Trastorno depresivo recurrente, sin especificación.                            |
| B. Agorafobia con ataques de pánico.                     | <b>Trastornos del humor (afectivos) persistentes.</b>                              |
| C. Agorafobia sin ataques de pánico.                     | 1. Ciclotimia.   |
| D. Fobia social.   | 2. Distimia.   |
| E. Fobias simples o aisladas.                            | 3. Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes.                            |
| 4. Trastornos obsesivo-compulsivos.                      | <b>Otros trastornos del humor (afectivos)</b>                                      |
| 5. Depresión neurótica.                                  | 1. Otro trastorno del humor (afectivo) aislado.                                    |
| 6. Neurastenia.  | 2. Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.                             |
| 7. Síndrome de despersonalización.                       | 3. Otros trastornos del humor (afectivos) especificados.                           |
| 8. Hipocondriasis.                                       | <b>TRASTORNOS NEUROTICOS</b>   |
| 9. Otros trastornos neuróticos.                          | A. Trastornos de ansiedad fóbica.  |
| 9.1. Trastorno por somatización.                         | 1. Agorafobia.   |
| 9.2. Otro.   | 2. Fobias sociales.  |
| 10. Trastorno neurótico inespecificado.                  | 3. Fobias específicas.   |
|  | B. Otros trastornos de ansiedad fóbica.  |
|  | - Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.                                 |
|  | C. Otros trastornos de ansiedad.   |
|  | 1. Trastorno de pánico.  |
|  | 2. Trastorno de ansiedad generalizada.   |
|  | 3. Trastorno mixto de ansiedad y depresión.  |
|  | 4. Otros trastornos mixtos de ansiedad.  |
|  | 5. Otros trastornos de ansiedad específicos.                                       |
|  | 6. Trastorno de ansiedad sin especificación.                                       |

Respecto a las clasificaciones presentadas por la APA, tenemos que decir algo muy parecido a lo expuesto cuando nos referíamos a la OMS. Lo único importante a mencionar en favor de la APA es que ésta ha sido significativamente más precoz a la hora de presentarnos criterios más concretos. De hecho, la "CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación" (OMS, 1993), es muy similar en operatividad descriptiva al DSM-III-R presentado por la APA siete años antes. En la Tabla 2 presentamos la evolución de las clasificaciones presentadas por la APA respecto a los trastornos de ansiedad y depresivos.

**TABLA 2. Comparación de las clasificaciones propuestas por la Asociación Americana de Psiquiatría**

| <u>DSM-III (1980)</u>                                   | <u>DSM-III-R (1987)</u>  | <u>DSM-IV (1994)</u>  |
|---|--|---|
| <u>Trastornos Afectivos</u>                             | <u>Trastornos del estado de ánimo.</u>   | <u>Trastornos del Estado de Animo.</u>  |
| A. Episodio maniaco.                                    | A. Episodio maniaco.   | A. Episodio depresivo mayor.  |
| B. Episodio depresivo mayor.                            | B. Episodio hipomaniaco.   | B. Episodio maniaco.  |
| 1. Trastorno bipolar                                    | C. Episodio depresivo mayor.   | C. Episodio mixto.  |
| - Trastorno bipolar mixto.                              | 1. Trastornos bipolares.   | D. Episodio hipomaniaco.  |
| - Trastorno bipolar maniaco.                            | - Trastorno bipolar mixto.   | 1. Trastornos Depresivos:   |
| - Trastorno bipolar depresivo.                          | - Trastorno bipolar maniaco.   | - Trastorno depresivo mayor, episodio único.                                      |
| 2. Depresión mayor.                                     | - Trastorno bipolar depresivo.   | - Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente.                                 |
| - Depresión mayor, primer episodio.                     | - Ciclotimia.  | - Trastorno distímico.  |
| - Depresión mayor recurrente.                           | - Trastorno bipolar no especificado.   | - Trastorno de depresivo no especificado.   |
| 3. Otros trastornos afectivos específicos.              | 2. Trastornos depresivos.  | 2. Trastornos bipolares.  |
| - Trastorno ciclotímico.                                | - Depresión mayor, episodio único.   | - Trastornos bipolares I:   |
| - Trastorno distímico.                                  | - Depresión mayor, episodio recurrente.  | - Episodio más reciente maniaco.  |
| 4. Trastornos afectivos atípicos.                       | - Distimia (o neurosis depresiva).   | - Episodio más reciente mixto.  |
| - Trastorno bipolar atípico.                            | - Trastorno depresivo no especificado.   | - Episodio más reciente depresivo.  |
| - Depresión atípica..                                   |  | - Episodio más reciente no especificado.  |
| <u>Trastornos por ansiedad</u>                          | <u>Trastornos por ansiedad (o neurosis de ansiedad y neurorisis fóbricas).</u> | - Trastornos bipolares II:  |
| A. <u>Trastornos fóbricas (o neurosis fóbricas).</u>    | 1. Trastorno de pánico con agorafobia.   | - Se especifica cual es el episodio actual o más reciente: Hipomaniaco/Depresivo. |
| 1. Agorafobia con ataques de pánico.                    | 2. Trastorno de pánico sin agorafobia.   | 3. Trastorno ciclotímico.   |
| 2. Agorafobia sin ataques de pánico.                    | 3. Agorafobia sin historia de trastorno de pánico.                             | 4. Trastorno bipolar no especificado.   |
| 3. Fobia social.  | 4. Fobia social.   | 5. Trastornos del estado de ánimo debido a:                                       |
| 4. Fobia simple.  | 5. Fobia simple.   | - una condición médica.   |
| B. <u>Estados de ansiedad (o neurosis de ansiedad).</u> | 6. Trastorno obsesivo-compulsivo (o neurosis obsesivo-compulsiva).             | - consumo de sustancias.  |
| 1. Trastorno de pánico.                                 | 7. Trastorno por estrés posttraumático.  | 6. Trastorno del estado de ánimo no especificado                                  |
| 2. Trastorno por ansiedad generalizada.                 | 8. Trastorno por ansiedad generalizada.  |   |
| 3. Trastorno obsesivo-compulsivo.                       | 9. Trastorno por ansiedad no especificado.                                     |   |
| 4. Trastorno por estrés posttraumático.                 |  |   |
| 5. Trastorno por ansiedad atípico.                      |  |   |



Trastornos de Ansiedad

1. Trastorno de pánico sin agorafobia.
  2. Trastorno de pánico con agorafobia.
  3. Agorafobia sin historia de trastorno de pánico.
  4. Fobia específica.
  5. Fobia social.
  6. Trastorno obsesivo-compulsivo.
  7. Trastorno por estrés postraumático.
  8. Trastorno por estrés agudo.
  9. Trastorno por Ansiedad generalizada.
  10. Trastorno de ansiedad debido a:
    - una condición médica.
    - consumo de sustancias.
  11. Trastorno de ansiedad no especificado.
- 

Resumiendo lo aportado por las clasificaciones médicas, encontramos que se camina hacia una mayor descripción no sólo a la hora de agrupar categorías diagnósticas, sino también en los criterios de diagnóstico de cada uno de los trastornos psicopatológicos. Además, si nos asomamos a los criterios de diagnóstico tanto de la CIE-10 como del DSM-III-R, nos damos cuenta que buena parte de esos criterios se evalúan en términos de frecuencia de aparición de tal o cual "síntoma", muchos de los cuales pueden ser incluso sinónimos de "conductas", pudiendo ser identificados bien por la observación, bien mediante métodos de autoinforme.

Como conclusión, podríamos preguntarnos si existe en la práctica clínica un enfrentamiento tan consistente (como el mantenido históricamente) entre evaluación conductual, evaluación tradicional y diagnóstico médico. La respuesta desde la práctica cotidiana es un no rotundo, ahora bien, es necesario que la investigación futura dé un

soporte más consistente a dicha integración, pues no parece viable que solamente podamos basarnos en "criterios" de utilidad que el clínico establece a su buen entender en cada caso.

Además de las Tablas 1 y 2, que aparecen en este apartado, en el capítulo cinco se comparan los criterios de diagnóstico utilizados en este trabajo (DSM-III-R; APA, 1987) con los recientemente publicados por la OMS en 1993: "*CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación*" y por la APA en 1994 (DSM-IV), para cada uno de los trastornos psicopatológicos que forman nuestra muestra.

A continuación, pasamos ya a centrarnos en los tres métodos de evaluación conductual: la observación, los registros psicofisiológicos y las medidas de autoinforme.

### **3.2. LOS TRES METODOS.**

Al considerarse, de forma casi unánime, la ansiedad como una constelación de tres canales de respuesta diferentes (Emmelkamp, 1988): a) Verbal-Cognitivo; b) Motor-Conductual; y c) Psicofisiológico, se desata una gran polémica entre los investigadores que trabajan desde un enfoque conductual o cognitivo-conductual. Esta gran polémica se refiere, fundamentalmente, a la forma o metodología a utilizar para representar cada uno de estos tres canales o sistemas de respuesta en la evaluación de los trastornos de ansiedad.

En este apartado vamos a describir de forma detallada los métodos de evaluación de medidas conductuales (la observación), los métodos de evaluación a través de medidas psicofisiológicas y de forma más breve el método de autoinformes, puesto que éste será desarrollado con más detalle en el siguiente apartado debido a su importancia en nuestro trabajo.

#### **3.2.1. Medidas Conductuales: La observación.**

Las técnicas de observación se presentan como las más adecuadas para evaluar la reactividad motora que muestra un individuo ante las situaciones que le provocan ansiedad.

Encontramos dos grupos fundamentales que abarcan las distintas técnicas de

observación, éstas serían las medidas directas, y las medidas indirectas (Borkovec, Weerts y Bernstein, 1977; Vizcarro y Arévalo, 1990).

### **Medidas directas.**

Son el mejor método para evaluar la conducta motora del individuo en su medio natural. Esta forma de evaluación puede ser utilizada en distintos trastornos de ansiedad tales como la agorafobia, la fobia social, la fobia simple (Becker y Costello, 1975; Gambrill, 1977; Lick y Katkin, 1976). De esta manera, nos aseguramos la validez de la evaluación, pues se observa la conducta del individuo ante la/s situación/es que realmente conforman su problema.

El problema que presentan estas medidas directas son la dificultad que supone para el evaluador controlar la situación natural en la que se manifiesta la conducta, los costes de tiempo y económicos que conlleva el procedimiento, la cuantificación de los datos registrados y, fundamentalmente, los problemas que se derivan de que el individuo conozca que se está evaluando su comportamiento (reactividad a la observación).

### **Medidas indirectas.**

Debido a las dificultades que suponen evaluar conductas en vivo, podría ser más

económico desarrollar métodos de evaluación conductual indirectos.

Una de las maneras de evaluar de forma indirecta es la observación en situaciones artificiales (Carrobles y Díez-Chamizo, 1988, Vizcarro y Arévalo, 1990).

El procedimiento más habitual es el de exponer al individuo al objeto o estímulo que le provoca la respuesta de ansiedad, cuantificando su conducta de evitación. Estos tests se denominan generalmente "Tests de Evitación Conductual" o "Tests de Aproximación Conductual" (Carrobles y Díez-Chamizo, 1988) o "Tests Situacionales" (Vizcarro y Arévalo, 1990).

Otra manera, quizás más adecuada y utilizada, de llevar a cabo esta evaluación de forma indirecta, sea la de replicar autoinformes del paciente sobre su conducta actual en situaciones potencialmente ansiógenas. Dichos autoinformes podrían ser tan útiles como las medidas conductuales directas (Emmelkamp, 1988).

### **3.2.2. Medidas Psicofisiológicas.**

Se entiende por evaluación psicofisiológica la medición de respuestas fisiológicas provocadas por, o que pueden ponerse en relación con, las conductas de la persona como aspectos desencadenantes (Labrador y Fernández-Abascal, 1990).

El registro de respuestas psicofisiológicas cobra gran importancia, principalmente, por el acuerdo, cada vez mayor, en estudiar la ansiedad desde un enfoque tridimensional (cognitivo, fisiológico y motor).

Las distintas respuestas fisiológicas que podamos registrar, van a corresponder con cambios somáticos que se producen en el individuo ante una situación o estímulo que le provoque una respuesta elevada de ansiedad.

Las medidas fisiológicas más utilizadas para la evaluación de la ansiedad son las respuestas cardiovasculares (p.e.: tasa cardiaca) y las respuestas dermoeléctricas (p.e.: resistencia y conductancia de la piel) (Carrobles y Díez-Chamizo, 1988), aunque también se han utilizado otras como la tasa respiratoria, la respuesta electromiográfica, etc... (Miguel Tobal, 1987 y 1990).

El proceso de registro de las respuestas psicofisiológicas, aunque varía sensiblemente en función de las peculiaridades de la respuesta a evaluar, sigue, en general, unos principios y fases comunes, que se pueden ordenar de la siguiente manera (Labrador y Fernández-Abascal, 1990):

1. Fase de detección de la señal o actividad procedente del organismo por medio de los sensores apropiados, y transducción si corresponde o es preciso.

2. Transmisión de la señal. Se puede llevar a cabo de una manera convencional (por medio de cables) o a través de sistemas telemétricos (por medio de emisores y receptores de frecuencia modulada).

3. Procesamiento de la señal. Este paso va a incluir, cuando corresponda, la amplificación de la señal si ésta es demasiado débil, una depuración o filtraje de la señal para eliminar interferencias, y el promediar los valores de las señales para que sean más fácilmente identificables.

4. Almacenamiento y presentación de la señal. Se llevan a cabo bien por técnicas poligráficas, a través de sistemas informáticos, etc...

Respecto a la respuesta de conductancia de la piel, se han relacionado los niveles tónicos de la misma con el nivel de ansiedad, existiendo para algunos autores (p.e.: O'Gorman y Horneman, 1979) una correlación positiva entre la incidencia de fluctuaciones espontaneas y el "rasgo" de ansiedad y, para otros (p.e.: Giesen, Rollison y cols., 1980), un mayor nivel basal cuando el "rasgo" de ansiedad es alto.

Respecto al "estado" de ansiedad, también se ha encontrado una relación con los niveles tónicos de conductancia de la piel (Katkin, 1966 y 1975; Rappaport y Katkin, 1972; Borkovec, Weerts y Bernstein, 1977), considerando que la "labilidad electrodermal" está

más en consonancia con el "estado" que con el "rasgo" (Casas y cols., 1991).

Generalmente hay una baja correlación entre diferentes medidas psicofisiológicas a la hora de medir el mismo estado de activación (Hersen, Bellack y Turner, 1978; Marks y Huson, 1973), lo que podría ser debido a diferencias individuales en patrones de respuesta psicofisiológica, a características personales, etc... (Emmelkamp, 1988).

Encontramos distintos trabajos que apuntan una baja fiabilidad y validez de las medidas psicofisiológicas: Arena, Blanchard, Andrasik, Cotch y Mayers (1983), encuentran en sus estudios sobre respuestas fisiológicas, tales como, tasa cardíaca y conductancia de la piel, una variabilidad absoluta en el tiempo. Por ejemplo, encuentran que un mismo individuo que responde con una tasa cardíaca de 65 latidos por minuto, ante un estímulo fóbico, lo hace con una tasa de 125 latidos por minuto, al día siguiente y ante el mismo estímulo. En la misma línea, Holden y Barlow (1984) a través de su estudio intentan evaluar la fiabilidad y validez de la respuesta de tasa cardíaca, como medida de ansiedad, en pacientes diagnosticados de agorafobia durante una prueba de evitación en vivo. Los resultados test-retest que encontraron aportaron una fiabilidad muy baja. En el presente estudio, no sólo los sujetos que padecían agorafobia mejoraron su tasa cardíaca a través del tiempo, sino que también lo hicieron los sujetos pertenecientes al grupo control. Por tanto, aunque algunos estudios sugieren que las medidas psicofisiológicas pueden tener una utilidad pronóstica (Michelson, 1984; Vermylea, Boice y Barlow, 1984), los resultados no



son concluyentes.

Teniendo en cuenta lo cuestionables que aparecen este tipo de medidas a nivel de fiabilidad y validez, y que tampoco está suficientemente probado que añadan información relevante a la que se puede obtener a través de otros tipos de medidas, autoinformes y medidas conductuales, que son más fáciles de aplicar y más baratas, parece aconsejable optar por las anteriormente citadas en vez de por medidas de tipo psicofisiológico.

### **3.2.3. El Método de Autoinforme.**

Se trata del método más utilizado en la evaluación de la ansiedad (Miguel Tobal, 1987 y 1990). Han de considerarse como autoinformes aquellos instrumentos que incluyen un conjunto de items-cuestiones estructuradas y que el individuo debe contestar completando un formulario de respuestas también estructurado (Vizcarro y Arévalo, 1990).

La influencia del aprendizaje social y la importancia que de forma progresiva toman los factores cognitivos para explicar tanto el comportamiento humano como el diseño de técnicas de intervención terapéuticas, hacen que tome importancia, junto con la evaluación de estímulos situacionales, la evaluación de cómo el individuo valora dichos estímulos en función de la percepción que tiene de su propia capacidad y habilidades (Vizcarro y García, 1988). Ahora bien, el autoinforme no sólo es aplicable a la evaluación de respuestas de tipo

cognitivo, sino que también se puede recoger mediante estos instrumentos información sobre respuestas motoras y fisiológicas. La posibilidad que nos ofrece el autoinforme de evaluar distintas áreas mediante un mismo instrumento, cobra gran importancia al poderse acotar con una gran economía de esfuerzos, el área sobre la que va a ser más rentable llevar a cabo una evaluación exhaustiva con instrumentos más específicos.

En el siguiente apartado, hacemos un estudio pormenorizado de los distintos métodos de autoinforme en función de los distintos enfoques teóricos sobre los que se construyen.

### 3.3. CUESTIONARIOS, INVENTARIOS Y ESCALAS.

Cuestionarios, inventarios y escalas, son términos que se refieren a los autoinformes contruidos de una forma estructurada. Dichos términos son utilizados generalmente como sinónimos, aunque hay autores (Fernández Ballesteros, 1993) que han señalado diferencias entre ellos.

Una aproximación al estudio de los distintos inventarios, cuestionarios y escalas, podría ser estructurada en función de los distintos enfoques teóricos en los que se apoyan (Miguel Tobal, 1990):

- Enfoque de Rasgos. Dentro de este enfoque, se suelen utilizar cuestionarios que evalúan el grado de ansiedad de un sujeto mediante una serie de respuestas que el propio sujeto ha de cuantificar. Entre los autoinformes más conocidos encontraríamos la "Escala de Ansiedad Manifiesta" (MAS; Taylor, 1953), el índice de ansiedad obtenido por Welsh (Dahlstrom y Welsh, 1960) a partir de las escalas del MMPI, y el "Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo" (STAI; Spielberger y cols., 1970).

- Enfoque Interactivo. En este enfoque se va a considerar la contribución de determinadas características estables que son el resultado de la interacción entre las características propias del individuo y las variables ambientales del medio en el que dicho

individuo se desenvuelve (Vizcarro y Arévalo, 1990).

Dentro de este enfoque se utilizan cuestionarios S-R (situación-respuesta). En estos cuestionarios la tarea del sujeto consiste en valorar la frecuencia o intensidad de aparición de determinadas respuestas ante situaciones establecidas. Entre los cuestionarios más interesantes, estarían el "S-R Inventory of Anxiousness (Endler y cols., 1962); "S-R Inventory of General Trait Anxiousness" (Endler y Okada, 1975); "Inventario de actitudes ante situaciones diversas" (Bermúdez, 1983).

- Enfoque Conductual. Encontramos como más característico, los autorregistros (self-monitoring). En éstos, el sujeto registra información sobre una determinada conducta justo después que ésta ha ocurrido. Podemos destacar como instrumento más frecuente el "termómetro de miedos" (Walk, 1956).

Dentro de este enfoque conductual, encontramos tres categorías o tipos de autoinformes dirigidos a evaluar la ansiedad (Carroble y Díez-Chamizo, 1988):

1. Instrumentos generales. Suelen ser cuestionarios en los que aparece reflejado un listado más o menos extenso de objetos, estímulos, etc..., que el individuo autoevalúa a través de una escala de Likert. Estos listados generales hacen referencia a objetos y/o estímulos temidos por la mayoría de las personas, con lo cual, su objetivo va a ser

determinar el área o áreas en las que el individuo muestra problemas para a partir de ello hacer una evaluación más específica de dichas áreas.

Un ejemplo característico de instrumentos generales, serían los "Inventarios generales de miedos" (Fear Survey Schedules", FSS), de los cuales hay distintas versiones.

2. Instrumentos específicos. Se centran en un área concreta de estímulos que provocan las respuestas de ansiedad. Estos autoinformes, en general, evidencian en su diseño la asumida teoría tridimensional de la ansiedad, y por lo tanto, suelen incluir la evaluación de estos tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) ante dichos estímulos específicos.

Encontramos una infinidad de autoinformes de tipo específico para evaluar la ansiedad, como ejemplos podemos hablar del "Fear of negative evaluation" ("Miedo a la evaluación negativa"; Watson y Friend, 1969) y del "Social anxiety inventory" ("Inventario de ansiedad social"; Richardson y Tasto, 1969).

3. Escalas para la evaluación de la ansiedad situacional. Están dirigidas fundamentalmente a evaluar el componente cognitivo de la ansiedad que manifiesta un individuo al ser expuesto de manera directa a la situación estimular específica elicitadora de la ansiedad.

Como ejemplo más conocido de este tipo de autoinformes, tenemos el "Termómetro de miedos" ("Fear Thermometer"; Walk, 1956) y el "Inventario de ansiedad estado-rasgo: escala estado" ("State-trait anxiety inventory: state scale"; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).

El que los autoinformes sea la única forma posible (y directa) de evaluar la reactividad cognitiva de los individuos, posiblemente, ha animado a los investigadores que se encuadran dentro del enfoque tridimensional de la ansiedad, a diseñar inventarios o cuestionarios que permitan recoger, no sólo, dicha reactividad cognitiva, sino también, la reactividad fisiológica y motora (de forma indirecta) en un solo inventario.

Sobre estas formas de evaluación indirecta de la reactividad fisiológica y motora, a través de los autoinformes, no encontramos resultados concluyentes, pero sí encontramos una tendencia, en los últimos resultados, al ver que, posiblemente, la falta de correlación encontrada entre diferentes métodos de evaluación, se deben a que se han empleado métodos diferentes y contenidos diferentes, es decir, la baja correlación obtenida en muchos estudios, se debe a problemas metodológicos y deficiencias en los instrumentos empleados (Cone, 1976, 1977 y 1979; Tamaren y cols., 1985; Martín-Javato, 1986; Miguel Tobal, 1987 y 1990).

En el método de los autoinformes, encontramos distintos inconvenientes a la hora

de evaluar. Se trata de una serie de sesgos que vamos a encontrar en cualquiera de este tipo de instrumentos y que por lo tanto hemos de tener en cuenta. Se pueden distinguir los siguientes (Vizcarro y Arévalo, 1990):

1. La claridad con que estén formuladas las respuestas va a ser determinante a la hora de obtener una información objetiva.

2. Las distorsiones en la información obtenida van a estar en función de lo alejada que esté en el tiempo dicha información que se pide al individuo.

3. Otro tipo de distorsión, va a estar en función de que pidamos al individuo información sobre hechos (ej: si algo ha ocurrido o no) o se pida dicha información de una manera excesivamente elaborada (frecuencia, gradación de la intensidad, etc...).

Otro tipo de inconvenientes del método de los autoinformes, son los que se denominan genéricamente "distorsiones de respuesta", y básicamente serían los siguientes (Vizcarro y Arévalo, 1990; Miguel Tobal, 1987 y 1990):

1. Simulación. Se produce cuando el individuo falsea de forma consciente el resultado de la evaluación, ofreciendo una imagen sesgada de sí mismo.

2. Deseabilidad Social. Cuando el individuo emite de forma involuntaria respuestas que le hagan aparecer con una imagen socialmente aceptable o positiva.

3. Tendencias de Respuesta. Van a estar en función del formato de respuesta que presente la prueba, es decir, se produce cuando el individuo contesta en función del tipo de respuesta que le demanda la prueba y no del contenido de la misma. Así, el individuo establece una tendencia de respuesta relativamente estable o fija, esta puede ser:

a) Aquiescente. Cuando el individuo tiende a contestar SI o VERDADERO, en pruebas diseñadas con dos alternativas de respuesta posibles.

b) Con errores sistemáticos escalares. En pruebas diseñadas para responder en escalas discretas de cuatro o más alternativas, el individuo tiende a emitir respuestas en el centro de dichas escalas (tendencia central) o en los extremos de las mismas (severidad).

Una vez revisado el método de autoinformes, vamos a centrarnos a lo largo de los dos apartados siguientes, en la prueba que tiene un mayor peso específico en este trabajo, nos referimos al "Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad" (ISRA; Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986,1988 y 1994).



### 3.4. INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD.

Puesto que buena parte de los objetivos de la presente investigación van a girar en torno al Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986, 1988b y 1994), vamos a dedicar este apartado a describir brevemente sus características generales y como se encuentra enmarcado dentro de los métodos de evaluación de la ansiedad, siendo en el apartado destinado a la descripción de instrumentos donde se exponga detalladamente.

El objetivo de sus autores, es que el ISRA sea un instrumento preciso de evaluación de las respuestas cognitivas de ansiedad y, al menos, un primer detector de las respuestas psicofisiológicas y motoras ante unas situaciones determinadas (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986, 1988b y 1994). Así, como señala Miguel Tobal (1990), con el ISRA, se van a intentar fundir las principales aportaciones de los modelos interactivo y conductual.

El ISRA, es un inventario de tipo S-R, es decir, en su contenido se incluyen tanto situaciones como respuestas. Respecto a las *respuestas*, el inventario contiene 24 respuestas de ansiedad, en las cuales aparecen representados los tres sistemas de respuesta que se conciben a partir de la teoría tridimensional de la ansiedad y que fueron posteriormente refrendados mediante análisis factorial, es decir, son respuestas que hacen alusión a los sistemas de respuesta cognitivo, fisiológico y motor.

En cuanto a las *situaciones* que recoge el instrumento, podemos definir en el ISRA, cuatro factores situacionales que harían referencia a situaciones de evaluación, situaciones de interacción social y heterosocial, situaciones fóbicas, y situaciones habituales o de la vida cotidiana. Respecto a estos factores situacionales o rasgos específicos, en el trabajo de Sanz (1991) se demuestra una gran consistencia interna y un aceptable poder discriminativo entre los mencionados rasgos específicos.

Por lo tanto, se van a obtener ocho puntuaciones a partir de los datos que nos ofrece el ISRA: reactividad cognitiva, fisiológica y motora, nivel general de ansiedad, ansiedad ante la evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica, y ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana.

Por último, hay que destacar la importancia que tiene el ISRA tanto para la evaluación como para el tratamiento.

En cuanto a la evaluación, este inventario nos va a permitir evaluar situaciones, respuestas, la interacción entre ambas, y la obtención de perfiles tanto de respuesta, como situacionales para cada individuo.

El obtener perfiles de respuesta y situacionales para cada individuo, nos va a permitir conocer cuales son las situaciones que resultan más problemáticas para dicho

individuo y las técnicas terapéuticas a emplear, en función de la reactividad predominante (cognitiva, fisiológica y motora).

### **3.5. PERFILES DE RESPUESTA Y SITUACIONALES OBTENIDOS A TRAVES DEL ISRA.**

Teniendo en cuenta lo señalado en el apartado anterior respecto a las distintas puntuaciones y perfiles que podemos obtener a través del ISRA, en este apartado vamos a señalar algunos estudios que se han llevado a cabo dentro de una línea de trabajo dirigida a detectar perfiles diferenciales en distintos trastornos psicopatológicos, y por lo tanto probar la capacidad del ISRA a la hora de diferenciar de forma característica cada uno de estos trastornos.

Cano Vindel y Miguel Tobal (1991) llevaron a cabo un trabajo a cerca de la valoración y afrontamiento en sujetos normales y psicósomáticos. El objetivo de su trabajo, era estudiar si los perfiles diferenciales de reactividad, estaban relacionados con la valoración (appraisal) de las situaciones y las estrategias de afrontamiento (coping) ante las mismas. En este trabajo, además del ISRA, se utilizó el Cuestionario de Valoración y Afrontamiento (CVA; Cano Vindel, 1989). Los autores encuentran unos resultados que evidencian que los sujetos con trastornos psicósomáticos presentan más ansiedad que los sujetos normales ante las situaciones establecidas. Además, lo que más diferencia a los psicósomáticos de los normales en cada una de las situaciones, es su reactividad fisiológica, siendo dicha reactividad fisiológica más elevada aún cuando estén ante situaciones que no valoran como amenazantes para ellos.

Espada y Cols. (1992) evaluaron con el ISRA, una muestra formada por pacientes diagnosticados de agorafobia y ansiedad generalizada con la intención de detectar perfiles diferenciales de respuesta y situacionales. En sus resultados encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos respecto a la reactividad cognitiva ( $p < 0.05$ ), y al factor situacional definido como "ansiedad fóbica" ( $p < 0.001$ ). En las demás variables evaluadas, no se encontraron diferencias significativas, incluyendo la variable "nivel general de ansiedad". Esto evidencia que si bien estos trastornos (agorafobia y ansiedad generalizada) presentan un nivel general de ansiedad similar, aparecen diferencias significativas a nivel de sistemas de respuesta y áreas situacionales.

En el estudio que llevaron a cabo Miguel Tobal y Cano Vindel (1992), de forma totalmente independiente al anterior (Espada y cols., 1992) evaluaron con el ISRA a una muestra formada por pacientes diagnosticados de: fobia simple, agorafobia, ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo y depresión. Mediante este estudio se obtuvieron perfiles característicos de cada uno de los trastornos señalados tanto a nivel de sistemas de respuesta como de factores situacionales y se obtuvieron igualmente diferencias significativas entre algunos de los trastornos respecto a algunas de las variables evaluadas.

Comparando los dos trabajos anteriores (Espada y cols., 1992; y Miguel Tobal y Cano Vindel, 1992), encontramos que en ambos estudios, se obtienen perfiles tanto de

respuesta como a nivel situacional muy similares, aunque las diferencias estadísticamente significativas que se hallaron en el primero, no se encontraron en el segundo.

Otros trabajos que tienen como objeto la evaluación mediante el ISRA, y que se presentan en estudios sobre perfiles tanto a nivel de sistemas de respuesta como de rasgos específicos, son los realizados para estudiar diferencias situacionales e individuales (Cano Vindel y Miguel Tobal, 1990a), perfiles de ansiedad en sujetos psicósomáticos (Cano Vindel y Miguel Tobal, 1990b), perfiles de ansiedad en pacientes hipertensos y con úlcera péptica (Casado, 1994) y factores emocionales en hipertensión e infarto de miocardio (Miguel Tobal, 1994).

#### **4. RELACIONES ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESION.**

#### 4. RELACIONES ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESION.

Como señalan Vázquez y Sanz (1992), la ansiedad subjetiva o la inquietud coexiste con la depresión en un 70-80% de los casos, siendo, en algunas ocasiones, complicado hacer un diagnóstico diferencial claro entre los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo.

De trabajos como los de Dubovsky (1990) y Riskind y cols. (1987), se concluye que en algunos casos, un mismo paciente puede cumplir los criterios diagnósticos completos de ansiedad y depresión, con lo cual, en estos casos se suele establecer el diagnóstico en función de los síntomas más prominentes que manifieste el paciente. Con esta manera de proceder se hace implícita el que exista una sintomatología primaria y otra secundaria, estando esta última condicionada a la evolución de la primera. Esta forma de establecer el diagnóstico y, por lo tanto, de abordar el proceso de intervención terapéutica, obviamente puede llevarnos a errores diagnósticos y fracasos terapéuticos.

Por los motivos apuntados anteriormente, en los últimos años, encontramos una gran polémica referida a la diferenciación entre depresión y ansiedad, llegando algunos autores (Goldberg y cols., 1980 y 1987) a posturas extremas como es señalar que la distinción o diferencias entre depresión y ansiedad son artificiales.



A lo largo de este capítulo, y a través de distintos trabajos de investigación, vamos a hacer una aproximación al estudio de las diferencias y similitudes entre la ansiedad y la depresión.

Respecto a esta controversia, como señalan Stavrakaki y Vargo (1986), en general se mantienen tres posiciones:

1) Se trata de un **modelo unitario** en el que se considera que ambos trastornos difieren cuantitativamente.

2) Encontramos un **modelo pluralista** en el que señala que la diferencia entre ansiedad y depresión es sólo cualitativa.

3) Por último encontramos un **modelo mixto** que se inclina por la existencia de un síndrome independiente ansiedad-depresión, que se diferencia de la presentación "pura" de ambos trastornos.

Habiendo señalado las diferentes posiciones que se adoptan ante este problema, vamos a recoger distintos trabajos que argumentan en favor de cada uno de los modelos señalados.

#### **4.1. MODELO UNITARIO**

Partiendo de la posición de Foulds (1976) en la que presenta la necesidad de tener en cuenta una jerarquía de enfermedad y que todos los trastornos que aparecen en los niveles altos de la jerarquía incluyen también trastornos por debajo de ese nivel, autores como, por ejemplo, Prusoff y Klerman (1974), observaron que aunque la depresión menos grave y la ansiedad podían ser diferenciadas, dichas diferencias se establecían debido a que los pacientes deprimidos tenían más síntomas que los ansiosos, es decir se establecían unas diferencias aditivas o cuantitativas más que cualitativas. Estos datos son apoyados por trabajos más recientes como el de Tyrer y col. (1987).

#### **4.2. MODELO PLURALISTA**

Hay quienes mantienen que los trastornos por ansiedad y los depresivos se pueden distinguir sin excesiva dificultad y con sólo un mínimo solapamiento entre ellos.

Es el grupo de Newcastle, encabezado por Roth, quienes han trabajado en la dirección de poder explicar y concluir la diferenciación entre ansiedad y depresión.

Las conclusiones a sus trabajos (Roth y col., 1982) señalan que a pesar que los síndromes de ansiedad y depresión se solapan, son síndromes diagnósticos diferentes.

Los trabajos más importantes de este grupo de Newcastle se llevaron a cabo y fueron publicados en 1972 (Gurney y cols., 1972; Roth y cols., 1972; Kerr y cols., 1972; Schapira y cols., 1972). Este grupo evaluó una muestra de pacientes (n=169) hospitalizados por trastornos de ansiedad y trastornos depresivos y utilizaron un análisis funcional discriminante para estudiar las características clínicas principales de dicha muestra (Tyrer, 1992).

Algo que aparece extraño a simple vista es que en este trabajo realizado por el grupo de Newcastle, toda la muestra estaba integrada por pacientes hospitalizados, y como señala Tyrer (1982), es poco frecuente el ingreso de pacientes con trastornos de ansiedad (Tyrer, 1992).

#### **4.3. MODELO MIXTO**

Ya la CIE-10, pero no el DSM-III-R, incluye el trastorno mixto ansiedad-depresión para aquellas personas que no pueden ser incluidos en las definiciones existentes de cada uno de los trastornos por separado, pero presentan una sintomatología que corresponde a ambos.

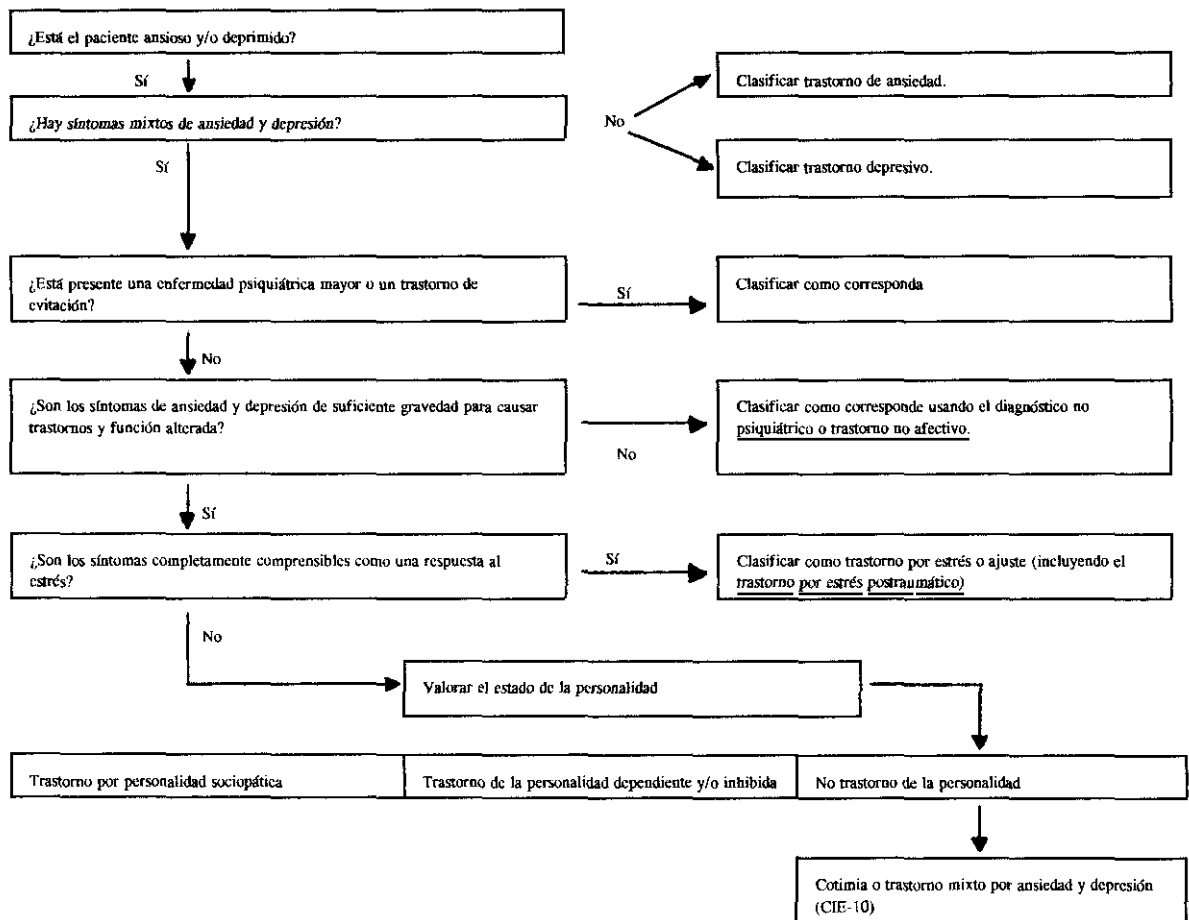
Pero aunque la CIE-10 incluye este síndrome de ansiedad-depresión, también denominado "cotimia", sólo permite esta categoría diagnóstica a un nivel leve de patología,

es decir, se especifica que no se ha de usar el diagnóstico mixto de ansiedad y depresión cuando los síntomas de cada tipo sobrepasen los grados de leve o moderado. Así, el árbol de decisión diagnóstica quedaría como aparece en la Figura 1.

Por lo tanto, aunque como señalan algunos autores (Paykel, 1971), el trastorno mixto de ansiedad-depresión es muy común, sólo, y según lo que nos señala la CIE-10, vamos a encontrar un pequeño grupo de pacientes agrupados bajo esta categoría (Tyrer, 1992).

Apoyando la necesidad de establecer una alternativa de clasificación mixta, encontramos distintos trabajos acerca de la estabilidad diagnóstica en los trastornos de ansiedad y depresivos, y en algunos de ellos se exponen datos que evidencian la evolución de algunos de los diagnósticos "puros", bien de ansiedad, bien de depresión, hacia una categoría mixta.

Figura 1. Arbol de decisión para el trastorno mixto de ansiedad-depresión.



Adaptado de Tyrer (1992)

Woodruff, Guze y Clayton (1972) señalaron que la mitad de su muestra de pacientes ansiosos, habían sido diagnosticados de depresión secundaria. Igualmente Breier, Charney y Heninger (1986) encuentran que el 70% de sus pacientes que padecen un

trastorno de ansiedad (agorafobia y/o trastorno de pánico) han presentado al menos un episodio de depresión mayor.

Ambos estudios nos vienen a indicar que existe un gran grupo de pacientes mixtos, ansiosos-depresivos, que han de ser distinguidos de aquellos que presentan formas puras de ansiedad y depresión (Akiskal, 1985; Gersh y Fowles, 1979).

De la revisión que hace Clark (1989) de distintos estudios en los que se compara ansiedad y depresión, se extrae, entre otras, la conclusión que si se ignoran los criterios de exclusión en cuanto al diagnóstico, aproximadamente la mitad de los pacientes diagnosticados de un trastorno de ansiedad cumple criterios de un trastorno depresivo y viceversa. Aunque esto es así, hemos de tener en cuenta que en la mayoría de los pacientes uno de los dos síndromes se va a presentar como dominante.

Según Wittchen y cols. (1991), la estabilidad de los trastornos de ansiedad "puros" a través del tiempo, es baja. A lo largo del tiempo, buena parte de los casos de trastornos de ansiedad, desarrollan una depresión secundaria, tienden al abuso de sustancias o desarrollan un síndrome mixto de ansiedad y depresión (Eaton y Ritter, 1988; Blazer y cols., 1988).

Angst y Vollrath (1991) hacen un seguimiento durante nueve años de una muestra

de sujetos diagnosticados de trastornos por ansiedad (trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de pánico). En dicho seguimiento la estabilidad del diagnóstico fue muy pobre. La mayoría desarrolló un síndrome mixto de ansiedad y depresión o de depresión pura después de 7 y 9 años. En contraste con esto, el diagnóstico de depresión aparece como más estable. Sólo un pequeño grupo de casos cambia a un diagnóstico de ansiedad pura o a condiciones mixtas.

En el estudio que llevan a cabo Pincus y cols. (1992) se revisan distintos trabajos (p.e.: Wells y cols., 1989) que muestran que en consulta ambulatoria, se encuentran pacientes que no presentan la totalidad de los criterios de depresión, aunque sí presentan síntomas depresivos, en muchas ocasiones combinados con síntomas de ansiedad. De dicho estudio, Pincus y sus colaboradores concluyen que la ausencia de estos trastornos en la nomenclatura actual, puede hacer que cometamos errores a la hora de identificar a personas que manifiesten estos síndromes, principalmente cuando se trata de pacientes de atención primaria y, en consecuencia, demos un diagnóstico incompleto y un tratamiento poco eficaz.

#### **4.4. PROBLEMAS DE DIFERENCIACION EN LA PRACTICA.**

Entre las medidas de autoinformes que se utilizan para evaluar ansiedad y depresión, se han encontrado grandes correlaciones (coeficientes de correlación que van de

.50 a .80), en distintas investigaciones que han utilizado una gran variedad de muestras distintas de población clínica y normal (Gotlib, 1984; Blumberg e Izard, 1986; Orme, Reis y Herz, 1986).

Encontramos diferentes estudios en los que se muestra como los cuestionarios y autoinformes tienen una limitada validez discriminante entre ansiedad y depresión. Estos estudios señalan que las escalas de ansiedad tienen la misma capacidad para valorar depresión que para valorar ansiedad, y lo mismo ocurre, pero a la inversa, con las escalas diseñadas para evaluar depresión, respecto a la evaluación de la ansiedad que éstas mismas hacen (Watson y Kendall, 1989).

Como excepción encontramos el trabajo de Beck (1967) en el que se señala que la prueba que él diseña para evaluar depresión (BDI), estaba altamente relacionada con otras medidas clínicas de depresión pero estaba especialmente no relacionada con medidas de ansiedad. Es importante que tengamos en cuenta que en este estudio de Beck no se utilizó ninguna escala de ansiedad para poder establecer comparaciones.

En la revisión que hacen Gotlib y Cane (1989) de distintos estudios sobre las pruebas de evaluación de ansiedad y depresión, en los que se utilizan análisis factoriales, encuentran que en ninguno de ellos se identifican dos factores diferentes de depresión y ansiedad. Gotlib y Cane (1989) estiman que los constructos de ansiedad y depresión no



pueden ser diferenciados a través de pruebas de autoinforme y dan para tal aseveración tres explicaciones posibles:

1. La primera y más probable explicación, puede ser que los autoinformes diseñados para evaluar depresión y ansiedad, en gran medida, evalúan síntomas que son comunes a ambos trastornos o constructos. En la tabla 5 se presentan diferentes pruebas diseñadas para evaluar ansiedad y depresión, y la distribución de sus items respecto al tipo de sintomatología que evalúan, en función de los criterios de diagnóstico del DSM-III-R (APA, 1987).

2. Las respuestas a estas medidas de autoinforme pueden estar alteradas por cuestiones de deseabilidad social.

3. Encontramos frecuentemente síntomas depresivos que cursan de manera secundaria en trastornos de ansiedad y los autoinformes lo que hacen, simplemente, es reflejar esta co-ocurrencia.

**TABLA 5**

**CONTENIDO DE LAS PRUEBAS DE EVALUACION DE ANSIEDAD Y DEPRESION**

| <b>PRUEBAS</b>   | <b>A</b> | <b>B</b> | <b>C</b> | <b>D</b> | <b>E</b> | <b>F</b> |
|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| <i>DEPRESION</i> |          |          |          |          |          |          |
| BDI              | 12       | 4        | 1        | 4        | 76       | 24       |
| MMPI-D           | 13       | 12       | 12       | 2        | 42       | 40       |
| SCL-90-D         | 8        | 1        | 1        | 3        | 69       | 15       |
| <i>ANSIEDAD</i>  |          |          |          |          |          |          |
| STAI-T           | 5        | 4        | 4        | 7        | 40       | 45       |
| STAI-S           | 1        | 4        | 8        | 7        | 60       | 20       |
| SCL-90-A         | 0        | 1        | 6        | 3        | 70       | 10       |

- 
- A > N° de Items que miden Depresión.
  - B > N° de Items que miden Ansiedad y Depresión.
  - C > N° de Items que miden Ansiedad.
  - D > N° de Items que no miden Ansiedad ni Depresión.
  - E > % de Items que miden el constructo propuesto.
  - F > % de Items que miden el constructo no propuesto.

Adaptado de Tyrer (1992)

Por último, es importante señalar los resultados que aporta Sanz (1991) en el trabajo que realiza poniendo a prueba la capacidad del ISRA (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986, 1988 y 1994) para diferenciar ansiedad y depresión. El autor establece, entre otras conclusiones, que los rasgos específicos de ansiedad del ISRA permiten diferenciar con mayor precisión los constructos de ansiedad y depresión, pudiéndose éstos tomar como alternativas a las medidas de rasgo general de ansiedad cuando pretendemos discriminar entre pacientes ansiosos y depresivos.

**5. DEFINICION Y DIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS  
PSICOPATOLOGICOS ESTUDIADOS.**

## 5. DEFINICION Y DIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS PSICOPATOLOGICOS ESTUDIADOS.

En este apartado vamos a hacer una breve aproximación al concepto, epidemiología, criterios de diagnóstico y causas etiológicas y de mantenimiento de los trastornos que van a ser objeto de estudio en el presente trabajo.

Respecto al concepto, no existen diferencias apreciables entre distintos autores y sistemas psicopatológicos de clasificación. No ocurre lo mismo respecto a los criterios de diagnóstico y los factores etiológicos y mantenedores de los distintos trastornos.

En cuanto al diagnóstico, hemos de señalar que en el transcurso del presente trabajo fueron publicados: "*CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios de diagnóstico para la investigación*" (OMS, 1993) y *DSM-IV* (APA, 1994). Por este motivo presentamos en tablas comparativas los criterios de diagnóstico utilizados en el presente trabajo (*DSM-III-R*; APA, 1987) con los que se derivan de las publicaciones anteriormente señaladas.

Finalmente, las causas etiológicas y mantenedoras de los trastornos estudiados, van a variar en mayor medida, en función de cada autor, trabajos de investigación y corrientes teóricas en que estos se encuadren.

## 5.1. FOBIA SOCIAL.

La fobia social es una categoría diagnóstica relativamente nueva. El primero que la describió fue Marks en 1970, pero no ha formado parte de la nomenclatura psiquiátrica hasta que fue introducida como tal en la tercera edición de la APA (DSM-III; APA, 1980).

La sintomatología esencial de este trastorno (DSM-III-R; APA, 1987) es el miedo persistente a una o más situaciones (las situaciones fóbicas sociales) en las cuales el individuo se vea expuesto a un posible escrutinio de los demás, junto con la presencia de hacer algo o de actuar de forma humillante o embarazosa. Se hace una subcategorización del trastorno, así, encontramos dos subtipos: específico y generalizado. Según esta subclasificación, el miedo del fóbico social puede ser circunscrito (subtipo específico), como ocurre con el miedo a no poder hablar en público, temor a atragantarse cuando se está comiendo en presencia de otros, ser incapaz de orinar en un urinario público, o de presentar temblor en la mano cuando se escribe en presencia de otros. En otros casos, los miedos del fóbico social pueden abarcar prácticamente todas las situaciones sociales (subtipo generalizado), Mattick y Peters (1988) señalan que, exceptuando los casos en los que la sintomatología fóbica se centra en la situación de hablar en público, la fobia social se presenta de manera multifóbica (ansiedad ante situaciones sociales de forma generalizada) y no se limita exclusivamente a situaciones específicas.

Aunque la fobia social puede ser diferenciada del resto de los trastornos, especialmente, de los de ansiedad (Amies, Gelder y Shaw, 1983; Turner y Beidel, 1989), a menudo coexiste con otros trastornos, particularmente con los de ansiedad (Rapee, Sanderson y Barlow, 1988), y especialmente con el trastorno por ansiedad generalizada y con la fobia simple (Turner, Beidel, Borden, Stanley y Jacob, 1991).

Algo que también caracteriza al trastorno, es que de forma invariable, en alguna fase de su curso clínico, la exposición al estímulo o estímulos fóbicos específicos provoca en el individuo una respuesta inmediata de ansiedad. Además, cuando el individuo se ve obligado a enfrentarse a una situación fóbica social, se presenta una ansiedad anticipatoria muy notable y probablemente a partir de ahí se produce la evitación de estas situaciones (DSM-III-R, APA, 1987).

En ocasiones, las evitaciones van a ser selectivas, por lo tanto, las limitaciones o restricciones a las que se vea sometido el individuo, van a depender de la diversidad de situaciones que evite, mostrándose asintomático en todas aquellas situaciones sociales que no le produzcan ansiedad

El diagnóstico de fobia social según los criterios del DSM-III-R (APA, 1987) que veremos a continuación, posee un alto grado de fiabilidad (Echeburúa y Salaberría, 1992), ya que se ha obtenido un coeficiente *kappa* de 0.90 con la utilización del "Anxiety

Disorders Interview Schedule-Revised" (ADIS-R; Barlow, 1988; Rapee, Sanderson y Barlow, 1988). Por otro lado, la validez discriminante (Echeburúa y Salaberría, 1992) de la fobia social, se ha demostrado en distintos estudios comparativos de este trastorno con la agorafobia y el trastorno de pánico (Amies, Gelder y Shaw, 1983; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989).

Pero algo a tener en cuenta, es que encontramos casos en los que son determinantes los ataques de pánico en la adquisición y mantenimiento de la fobia social (Barlow, 1988). Por este motivo, parece contradictorio el que no se pueda establecer un diagnóstico de "fobia social con pánico", cuando si se hace en el caso de la agorafobia. La única explicación posible a este hecho, es que el curso natural del trastorno de pánico incluye el desarrollo de la agorafobia, y si se desarrollan otras fobias tras la aparición del trastorno de pánico, dichas fobias aparecen como asociadas, no guardando una relación causal con el trastorno de pánico (Tyrer, 1992).

Antes de centrarnos en los criterios de diagnóstico, hemos de señalar respecto a la epidemiología del trastorno que los datos apuntan a que la fobia social puede afectar al 2% de la población general (Robins y cols., 1984; Turner y Beidel, 1989), sin distinciones entre ambos sexos (Marks, 1986) y es el segundo trastorno fóbico más frecuente visto en la clínica (el 25% del total de las fobias) y el tercero respecto a todos los trastornos de ansiedad (Taylor y Arnou, 1988).



### 5.5.1. Criterios Diagnósticos.

En nuestro trabajo de investigación hemos utilizado como criterios para la selección de la muestra los que vienen especificados por el DSM-III-R (APA, 1987). En el transcurso de la presente investigación han sido publicadas las actualizaciones de los criterios de diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10; OMS, 1992 y 1993), así como los de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV; APA, 1994).

Los criterios de clasificación de ambas entidades (OMS y APA) definen la fobia social de una forma similar, caracterizando el trastorno como un temor a situaciones que impliquen exponerse a la evaluación, examen o escrutinio por parte de los demás.

Como se señala, igualmente, en ambas clasificaciones, encontramos dos subtipos de fobia social; hace referencia al tipo "circunscrito" o "restringido" (p.e.: comer en público, hablar en público, etc...) y el otro sería de carácter generalizado o difuso y abarcarían casi todas las situaciones sociales.

En la siguiente tabla, y complementando las definiciones anteriormente señaladas, hemos creído importante exponer los criterios de diagnóstico utilizados en nuestro trabajo junto con los referentes a las nuevas publicaciones anteriormente mencionadas (DSM-III-R, CIE-10 y DSM-IV, respectivamente).

Criterios de Diagnóstico para la Fobia SocialDSM-III-R (APA, 1987)

- A. Miedo persistente a una o más situaciones (situaciones sociales fóbicas) en las que el individuo se expone a ser observado por los demás y teme que pueda hacer alguna cosa o actuar de tal manera que pueda resultar humillante o embarazoso para él.
- B. Cuando coexiste otro trastorno del Eje III o del Eje I, el miedo correspondiente al párrafo A es totalmente independiente de esta última alteración.
- C. Durante alguna de las fases del trastorno la exposición a los estímulos fóbicos específicos provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata.
- D. Las situaciones fóbicas se evitan o bien se resisten con gran ansiedad.
- E. La conducta de evitación interfiere la actividad profesional, las actividades sociales habituales y las relaciones con los demás, o bien produce un intenso malestar en relación con el miedo.
- F. El individuo reconoce que su miedo es excesivo o irrazonable.
- G. Cuando el individuo tiene menos de 18 años, el trastorno no cumple los criterios de trastorno por evitación en la infancia o la adolescencia.

CIE-10 (OMS, 1993)

- A. Alguno de los siguientes síntomas deben darse:
1. Miedo marcado a ser el foco de atención o miedo a comportarse de forma embarazosa o humillante.
  2. Evitación marcada de ser el foco de atención, o las situaciones en las cuales hay miedo a comportarse de forma embarazosa o humillante.
- B. Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación (síntomas autonómicos, síntomas en el pecho y abdomen, síntomas relacionados con el estado mental) tienen que presentarse conjuntamente, en una ocasión al menos desde el comienzo de los trastornos, y uno de los siguientes síntomas:
1. Ruboración.
  2. Miedo a vomitar.
  3. Necesidad imperiosa o temor a orinar o defecar.
- C. Malestar emocional significativo secundario a la conducta de evitación o a los síntomas excesivos o carecen de sentido.
- D. Los síntomas se limitan o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas.
- E. Los criterios A y B no son debidos a ideas delirantes, alucinaciones u otros síntomas de trastornos tales como trastornos mentales orgánicos, la esquizofrenia o trastornos relacionados, trastornos del humor (afectivos) o trastorno obsesivo compulsivo, ni tampoco son secundarios a creencias de la propia cultura.

DSM-IV (APA, 1994)

- A. Miedo persistente a una o más situaciones (situaciones sociales) en las que el individuo se expone ante desconocidos o al posible escrutinio de los demás. El individuo teme actuar (o mostrar síntomas de ansiedad) de forma humillante o embarazosa.
- B. La exposición a la situación social temida provoca casi invariablemente ansiedad, que se puede deber a la propia situación o a la anticipación de sufrir un ataque de pánico.
- C. El individuo reconoce que su miedo es excesivo o irracional.
- D. Las situaciones sociales temidas se evitan o bien se resisten con gran ansiedad.
- E. La evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que produce la situación social temida interfiere significativamente en la rutina habitual del individuo, su actividad profesional (académica), sus actividades sociales y las relaciones con los demás, o existe un gran malestar por padecer dicho temor.
- F. En individuos menores de 18 años la duración es al menos de seis meses.
- G. El miedo o la evitación no se debe a los efectos de sustancias (drogas, medicación) ni a un problema médico, ni puede ser explicado por otro trastorno mental.
- H. Si están presentes un trastorno físico u otro trastorno mental el temor al que se refiere el criterio A no tiene relación con los mismos.

### 5.1.2. Etiología y Mantenimiento.

Una conceptualización reciente sobre la etiología de la fobia social, es la que hacen Heimberg y cols. (1987), considerando, desde un enfoque tridimensional, la aparición de

tres componentes en el trastorno: cognitivo, fisiológico, y motor.

De los tres componentes señalados, es el fisiológico el que aparece como más característico en los fóbicos sociales. Según distintos autores (Beidel, Turner y Dancu, 1985; Nichols, 1974), esta actividad puede ser debida, bien a una reactividad fisiológica incrementada per se, o bien debido a la sobreatención del fóbico a sus cambios corporales durante la situación temida.

Aunque muchos de los síntomas somáticos que experimentan los fóbicos sociales son similares a los que aparecen en otros trastornos de ansiedad, parece ser característico, que los fóbicos sociales experimenten aquellos síntomas que son más fácilmente detectables por los demás, tales como temblores, rubor, etc... (Taylor y Arnou, 1988).

Bruch (1989) hace una revisión de distintas publicaciones en las que se estudia la posible implicación genética en la adquisición de la fobia social. Lo que vienen a decir los autores que defienden esta explicación etiológica, es que individuos que tengan una cierta predisposición genética, ante determinadas circunstancias ambientales, van a desarrollar un trastorno de fobia social.

Respecto al componente cognitivo del trastorno, se establece que la fobia social genera un temor a la evaluación negativa, que conlleva una generalización de esta ansiedad

a distintas situaciones. La amenaza percibida de una evaluación social, va a provocar en el individuo una percepción errónea de cómo él cree que los demás están pensando sobre su actuación (Beck y Emery, 1985). Esto hace que se produzcan errores de atribución causal que van a provocar expectativas irracionales de evaluación negativa y potencial humillación (Ricks y Zgourides, 1991).

Así, algo característico de los fóbicos sociales es su convencimiento de que los demás están evaluando su comportamiento, esto va a provocar que estos individuos mantengan unas expectativas personales de perfección totalmente irracionales, por lo tanto creen que una persona ha de actuar perfectamente para poder recibir la aprobación de los demás, así, cualquier error aunque mínimo, les parece terrible. Debido a la interpretación que hacen de imperfección de sus cualidades y actuaciones, se creen merecedores del rechazo de los demás (Ricks y Zgourides, 1991).

Otro factor cognitivo asociado a la fobia social, es la sobreestimación de las posibilidades de que ocurran acontecimientos sociales desagradables o que le vayan a provocar malestar (Hartman, 1984), acompañado de dudas sobre la habilidad de uno mismo para causar una buena impresión a los demás (Schlenker y Leary, 1982).

Respecto al componente conductual de la fobia social, la evitación es la respuesta más habitual, aunque algunos fóbicos son capaces de permanecer en las situaciones temidas

a costa de experimentar una elevada ansiedad (Heimberg y cols., 1987).

La evitación de situaciones temidas, puede generar sentimientos depresivos y una ansiedad adicional, dando lugar a una baja eficacia personal, una ansiedad de rendimiento y evitaciones futuras (Ricks y Zgourides, 1991).

Respecto a la capacidad que los fóbicos muestran en habilidades sociales, aunque hay estudios que no detectan déficits (Lucock y Salkovskis, 1988), algunos de los individuos que sufren este trastorno tienen unas habilidades sociales muy pobres (Heimberg y cols., 1987).

Barlow (1988) señala que algunos casos son determinantes los ataques de pánico en la adquisición y mantenimiento de la fobia social.

## 5.2. FOBIA SIMPLE.

En la fobia simple, tal como señala Ayuso (1988), existe un miedo a un único objeto que ocasiona una conducta de evitación. Este miedo es irracional y/o desmesurado pero no siempre compromete seriamente el bienestar del individuo, debido a que generalmente la situación temida está muy bien definida y tiene una tasa muy baja de ocurrencia.

Este tipo de fobias comienzan generalmente al inicio de la vida adulta y suelen estar presentes durante varios años sin que el individuo haga algo por remediarlas. Sólo van a ser las circunstancias las que provoquen la atención del individuo hacia la fobia, en el sentido de una mayor presencia de ésta por cualquier motivo (Tyrer, 1992).

Los individuos que padecen una fobia simple, no presentan niveles de ansiedad más elevados que quienes no la padecen, cuando no están expuestos al estímulo fóbico. Si bien, presentan una actividad fisiológica similar a la que aparece en otros trastornos de ansiedad, cuando están ante el estímulo fóbico (Taylor y Arnow, 1988), encontramos que, precisamente, lo que diferencia a los individuos que padecen fobia simple de aquellos que padecen otros trastornos de ansiedad, es que no presentan diferencias con las personas que no sufren ningún trastorno, en términos de línea base de actividad fisiológica (Barlow, 1988).

Es importante diferenciar lo que puede ser un miedo exagerado, de la fobia simple. Lo que caracteriza a esta última, es la persistencia del miedo fóbico, que conlleva conductas de evitación e interferencias funcionales en los individuos que la padecen (Ricks y Zgourides, 1991).

Taylor y Arnow (1988) justifican la conveniencia de distinguir la fobia simple según las siguientes categorías:

1. Fobias a los animales. Incluye el miedo a animales pequeños (p.e.: ratones) y/o insectos.
2. Miedo a la sangre y las heridas. Incluye el temor a tener heridas que sangren y alguna deformación corporal.
3. Fobias dentales.
4. Fobia a los insectos voladores.
5. Fobia a conducir. Incluye distintos tipos de conducción (p.e.: en autopistas).
6. Fobias Sexuales. Incluyen miedo o evitación a cualquier aspecto de la sexualidad.

7. Otras fobias. Incluirían miedos tales como, miedo a las alturas, miedo a espacios cerrados.

Es preciso señalar, que ciertas fobias que anteriormente se consideraban independientes, por ejemplo la fobia a volar, se considera en la actualidad una fobia compuesta por claustrofobia y por el miedo a sufrir un accidente (Freund, 1989).

Respecto a la epidemiología del trastorno, como se señala en el DSM-III-R (APA, 1987), las fobias simples son muy frecuentes entre la población general, pero dado que casi nunca producen un deterioro notable, las personas que la padecen rara vez acuden a la consulta de un especialista en búsqueda de tratamiento. Son diagnosticados un mayor número de mujeres que varones (APA, 1987; Thyer, Parrish, Curtis, Cameron y Nesse, 1985). Estudios de prevalencia (Myers y cols., 1984; Barlow, 1988) aportan una tasa que va desde un 4.5% a un 18.8% en la población general.

#### **5.2.1. Criterios de Diagnóstico.**

Tanto las clasificaciones diagnósticas propuestas por la Asociación Americana de Psiquiatría, como por la Organización Mundial de la Salud hacen una definición similar de la fobia simple, señalando que ésta se caracteriza por un miedo persistente a un estímulo



muy circunscrito o específico.

En la siguiente tabla aparecen reflejados los criterios de diagnóstico utilizados en nuestro trabajo (DSM-III-R; APA, 1987) junto a los que han aparecido en el transcurso de nuestro estudio (CIE-10; OMS, 1992 y 1993 ; DSM-IV; APA, 1994).

Criterios de Diagnóstico para la Fobia Simple.

**DSM-III-R (APA, 1987)**

A. Miedo persistente a un estímulo circunscrito (objeto o situación) distinto del miedo a una crisis de angustia (como el trastorno de pánico) o la humillación o embarazo ante determinadas situaciones sociales (como en fobia social).

NOTA: No debe incluirse aquellos miedos que constituyan parte del trastorno de pánico con agorafobia o de la agorafobia sin historia de trastorno de pánico.

B. Durante alguna de la fase de la exposición al estímulo o estímulos fóbico-específicos provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata.

C. El objeto o la situación tiende a evitarse o bien a resistirse a costa de ansiedad intensa.

D. El miedo o la conducta de evitación interfieren significativamente con la rutina normal del individuo, con las actividades sociales habituales y con las relaciones con los demás, o existe un intenso malestar debido al miedo.

E. El individuo reconoce que su miedo es excesivo o irrazonable.

F. El estímulo fóbico no tiene ninguna relación con el contenido de las obsesiones del trastorno obsesivo-compulsivo o con el trauma del trastorno por estrés posttraumático.

**CIE-10 (OMS, 1993)**

A. Algunos de los siguientes síntomas deben darse:

1. Miedo marcado ante un objeto o situación específica no incluida en agorafobia o en fobia social.

2. Evitación marcada ante un objeto o situación específica no incluida en agorafobia o en fobia social.

B. Síntomas de ansiedad (síntomas autonómicos, síntomas en el pecho y abdomen, síntomas relacionados con el estado mental) en la situación temida, en algún momento desde el inicio del trastorno.

C. Malestar emocional significativo secundario a la evitación o a los síntomas, pero reconociendo el sujeto que son excesivos o carecen de sentido.

D. Los síntomas se limitan o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas.

**DSM-IV (APA, 1994)**

A. Miedo persistente que es excesivo o irracional debido a la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos.

B. La exposición a los estímulos fóbicos provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata, que se puede deber a la propia situación o a la anticipación de sufrir un ataque de pánico.

C. El individuo reconoce que su miedo es excesivo o irracional.

D. La situación fóbica es evitada o resistida con malestar o ansiedad intensos.

E. La evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que produce la situación temida interfiere significativamente en la rutina habitual del individuo, su actividad profesional (académica), sus actividades sociales y relaciones con los demás o existe un gran malestar por padecer dicho temor.

F. En individuos menores de 18 años la duración es al menos de seis meses.

G. La ansiedad, ataques de pánico o la evitación fóbica asociada con el objeto o situación específicos no pueden ser explicados por otro trastorno mental.

### 5.2.2. Etiología y Mantenimiento.

En cuanto a la etiología o adquisición de la fobia simple, Barlow (1988) señala que la fobia simple podría ser adquirida por individuos biológica y psicológicamente vulnerables, a través de experiencias directas, aprendizaje vicario o por transmisión de información.

La evidencia sugiere que ciertos factores biológicos podrían hacer a los individuos más vulnerables a desarrollar un trastorno de ansiedad. Respecto a la fobia simple, esta vulnerabilidad podría interactuar con estímulos que biológicamente tienen más capacidad de suscitar miedo (Ricks y Zgourides, 1991).

Seligman (1971) en su teoría de la preparación ("Preparedness Theory") (McNally, 1987), señala que las fobias se desarrollan más fácilmente cuando los estímulos que las provocan pertenecen a clases de objetos o situaciones más biológicamente dañinos o peligrosos para los humanos (p.e.: abejas) que cualquier otro tipo de estímulo (p.e.: edificios).

Hemos de considerar las verdaderas y falsas alarmas determinantes en la adquisición y mantenimiento de la fobia (Ricks y Zgourides, 1991). Por ejemplo, Munjack (1984) en un estudio que lleva a cabo con una muestra de 30 personas con fobia a conducir, señala

que el 20% de ellos desarrollaron la fobia tras un accidente (alarma verdadera), mientras que el 40% la desarrollaron tras un ataque de pánico mientras iban conduciendo (falsa alarma).

### 5.3. TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA.

El trastorno por ansiedad generalizada fue definido originalmente en 1980 con la publicación del DSM-III (APA, 1980), aunque encontramos estudios sobre "ansiedad crónica" o "ansiedad flotante" muchos años antes (Wolpe, 1958; Marks y Lader, 1973).

Si bien, respecto a los criterios de validez de diagnóstico no parece haber problemas (Rapee, 1991), lo que si podemos encontrar, es que un factor muy importante va a ser la habilidad que tenga el clínico o el investigador respecto a la fiabilidad de diagnóstico del trastorno.

Estudios sobre la fiabilidad del diagnóstico del trastorno por ansiedad generalizada, basados en los criterios de diagnóstico del DSM-III (APA, 1980), ofrecen resultados en cierto modo contradictorios (Di Nardo, O'Brien, Barlow, Waddel, y Blanchard, 1983; Riskind, Beck, Berchick, Brown, y Steer, 1987). Di Nardo y cols. (1983) encontraron una fiabilidad interjueces respecto al trastorno de ansiedad generalizada de 0.47, que es el más bajo en comparación con el resto de los trastornos de ansiedad. En cambio, Riskind y cols. (1987) obtuvieron como resultado un coeficiente kappa de 0.79 en su estudio, lo que indica una alto nivel de acuerdo.

Rapee (1991) hace una revisión teórica sobre el trastorno por ansiedad generalizada, y concluye tras considerar diversos estudios respecto a la fiabilidad y validez del diagnóstico, que en principio, el trastorno por ansiedad generalizada puede ser diagnosticado con una fiabilidad adecuada. Pero dicha fiabilidad se podría mejorar, si se mejorase en la operativización de los criterios de diagnóstico.

Respecto a la epidemiología del trastorno, hemos de señalar que las tasas de prevalencia varían según los estudios que se revisan. En el estudio de Weissman y cols. (1978) las tasas son de un 2.5% mientras que en el estudio de Uhlenhuth y cols. (1983) son de un 6.4%. En un trabajo presentado por Von Korff y cols. (1987) se establece una tasa de prevalencia de un 4.6% de casos sobre una muestra de 809 pacientes que acudieron a un centro de atención primaria. Por último Barlow (1988) señala que el 11% de 125 pacientes remitidos al Centro de Trastornos de Ansiedad y Estrés fueron diagnosticados de trastorno por ansiedad generalizada.

### **5.3.1. Criterios de Diagnóstico.**

Las clasificaciones propuestas por la OMS y la APA hacen una definición similar del trastorno por ansiedad generalizada.

A continuación presentamos la tabla en la que se hayan contenidos los criterios de diagnóstico que hemos utilizado en nuestro estudio (DSM-III-R; APA, 1987), junto con los aparecidos en el transcurso del mismo (CIE-10; OMS, 1992 y 1993; DSM-IV; APA, 1994).

---

Criterios de Diagnóstico para Trastornos por Ansiedad Generalizada.

DSM-III-R (APA, 1987)

A. Ansiedad y preocupación no realistas o excesivas (expectación aprensiva) en torno a dos o más circunstancias vitales. El trastorno ha durado por lo menos seis meses o más, durante los que el individuo ha estado preocupado por estos problemas la mayor parte de los días. En los niños y adolescentes el trastorno puede tomar la forma de ansiedad por el rendimiento académico, deportivo y social.

B. Para efectuar el diagnóstico, cuando también hay otro trastorno del eje I, el foco de la ansiedad y preocupación en A no se encuentra relacionado con él.

C. El trastorno no debe presentarse sólo en el curso de un trastorno del estado de ánimo o de un trastorno psicótico.

D. Por lo menos, hay seis de los dieciocho síntomas siguientes cuando el individuo está ansioso (no deben incluirse aquellos síntomas que sólo se presentan durante una crisis de angustia):

Tensión motora

- 1) Temblor, contracciones o sacudidas;
- 2) Tensión o dolor muscular;
- 3) Inquietud;
- 4) Fatigabilidad excesiva.

Hiperactividad vegetativa

- 5) Falta de aliento o sensación de ahogo;
- 6) Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia);
- 7) Sudoración o manos frías y húmedas;
- 8) Boca seca;
- 9) Mareo o sensación de inestabilidad;
- 10) Náusea, diarrea u otros trastornos abdominales;
- 11) Sofocaciones o escalofríos;
- 12) Micción frecuente;
- 13) Dificultades para tragar o sensación de tener "un nudo en la garganta".

Hipervigilancia

- 14) Sentirse atrapado o al borde de un peligro;
- 15) Exageración de la respuesta de alarma;
- 16) Dificultad para concentrarse o episodios

CIE-10 (OMS, 1993)

A. Un período de al menos seis meses de notable ansiedad, preocupación o sentimientos de aprensión (justificados o no), en relación con acontecimientos y problemas de la vida cotidiana.

B. Por lo menos cuatro de los síntomas listados abajo deben estar presentes, y al menos uno de entre los grupos (1) al (4):

Síntomas autonómicos

1. Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas de los miembros.
4. Sequedad de boca (no debida a la medicación o la deshidratación).

Síntomas en el pecho y el abdomen.

5. Dificultad para respirar.
6. Sensación de ahogo.
7. Dolor o malestar en el pecho.
8. Náusea o malestar abdominal (p.e.: estómago revuelto)

Síntomas relacionados con el estado mental.

9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de sentirse lejos de la situación o "fuera" de ella (despersonalización).
11. Sensación de perder el control, "volverse loco" o de muerte inminente.
12. Miedo a morir.

Síntomas generales

13. Sofocos o escalofríos.
14. Sensación de entumecimiento u hormigueo.

Síntomas de tensión.

15. Tensión muscular o dolores y parestesias.
16. Inquietud y dificultad para relajarse.
17. Sentimiento de estar "al límite" o bajo presión o de tensión mental.
18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

Otros síntomas no específicos

20. Dificultad para concentrarse o sensación

DSM-IV (APA, 1994)

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) que ocurre la mayor parte de los días al menos durante seis meses, sobre distintos acontecimientos o actividades.

B. El individuo encuentra dificultad para controlar su preocupación.

C. La ansiedad y preocupación están asociadas con tres (o más) de los siguientes seis síntomas (que están presentes la mayor parte de los días durante los últimos seis meses):

1. Nerviosismo o sentimientos de excitación o impaciencia.
2. Fatiga excesiva.
3. Dificultades de concentración o quedarse la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño.

D. El foco de la preocupación o la ansiedad no está relacionado con los que caracterizan a los trastornos del Eje I.

E. La ansiedad, preocupación o síntomas físicos, causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro del funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas importantes.

F. La alteración no se debe al uso de sustancias (drogas, medicación) ni a un problema médico, ni ocurre exclusivamente durante un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno del desarrollo.

---

|  |   |
|--|---|
| en los que la mente se queda en blanco debido a la ansiedad;                                 | de tener la mente en blanco, debido a la preocupación o ansiedad.   |
| 17) Dificultades en dormir o en mantener el sueño;   | 21. Irritabilidad persistente.  |
| 18) Irritabilidad.   | 22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.   |
| F. No se ha podido demostrar que un factor orgánico haya iniciado o mantenido la alteración. | C. El trastorno no satisface todos los criterios para trastorno de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno hipocondríaco.   |
|  | D. El trastorno no se debe a un trastorno orgánico específico, tal como hipertiroidismo, un trastorno mental orgánico, o trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, tales como un consumo excesivo de sustancias de efectos anfetamínicos o abstinencia a benzodiazepinas. |

---

### 5.3.2. Etiología y Mantenimiento.

En cuanto a la etiología del trastorno, y en contraste con el trastorno de pánico, no ha sido establecida una clara evidencia de predisposición genética para el trastorno por ansiedad generalizada (Torgersen, 1983).

Como señala Ilfeld en su trabajo de 1979 (Hoehn-Saric y McLeod, 1988), una gran variedad de estresores ambientales en la infancia, particularmente altos niveles de ansiedad en la madre o la muerte de algún familiar muy cercano, y estresores ya en la vida adulta, principalmente problemas en las relaciones interpersonales, podrían actuar como precipitantes y mantenedores de la ansiedad.

Deffenbacher y Suinn (1987) señalan que el desarrollo y mantenimiento del trastorno implica diversos factores. La combinación de estresores característicos, variables personales

y procedentes del medio ambiente, llevan al desarrollo de una respuesta de ansiedad aprendida. Al ser dichas variables estresoras imprevisibles, pueden crear, en el individuo, un sentimiento de incontrolabilidad.

En el desarrollo del trastorno por ansiedad generalizada pueden estar implicados dos procesos (Deffenbacher y Suinn, 1987):

1. Se trataría de un condicionamiento emocional directo, donde apenas vamos a encontrar procesos cognitivos. A través de su experiencia el individuo adquiere una vulnerabilidad a la activación emocional y fisiológica, pero no es consciente de las condiciones de dicha adquisición. Así, la presentación de estos estímulos o similares, provocarían de una forma más o menos marcada la respuesta de ansiedad, pero el individuo puede que no sepa reconocer los estímulos que provocan dicha ansiedad.

2. En este segundo proceso aparece una mayor mediación cognitiva. Los individuos se vuelven particularmente sensibles o temerosos tras experiencias de condicionamiento directo o vicario, lo que provoca que su valoración cognitiva del peligro que implica cada situación y/o sus capacidades para afrontarlas se distorsione. Es decir, valoran el peligro que implica la situación como mayor que el que realmente es, y evalúan su capacidad para afrontarlo como inferior a la que realmente tienen.



Lo que más diferencia el trastorno por ansiedad generalizada del resto de los trastornos de ansiedad, es que no se encuentran estímulos claros que eliciten dicha ansiedad y, además, tampoco existen conductas claras de evitación y escape típico de las fobias (Deffenbacher y Suinn, 1987).

#### **5.4. TRASTORNO DE PANICO CON AGORAFOBIA.**

Como en el resto de los trastornos evaluados, se han tomado como criterios de diagnóstico los del DSM-III-R (APA, 1987). Como exponemos en el siguiente apartado, el DSM-III-R explica la agorafobia como un subtipo del trastorno de pánico, lo que hace imprescindible que desarrollemos brevemente la conceptualización nosológica del trastorno de pánico y la asociación de la agorafobia con el mismo.

La sintomatología esencial del trastorno de pánico consiste en la aparición de ataques de pánico recurrentes que se caracterizan por su carácter inesperado, es decir, al menos en un principio no aparecen asociados a ninguna situación o situaciones específicas evocadoras de ansiedad.

Los ataques de pánico empiezan generalmente con la aparición súbita de miedo y temor intensos, estado en el que se presenta una gran cantidad de sintomatología asociada: disnea, mareos, palpitaciones, náuseas, sequedad de boca, temblores, temor a morir, volverse loco...(Basoglu y cols., 1992).

En el curso del trastorno, generalmente se asocian a los ataques de pánico determinadas situaciones en las que el individuo teme sufrir una crisis, apareciendo así una sintomatología agorafóbica.

El término agorafobia fue acuñado por Westphal en 1871 a partir de los términos griegos "agora" (lugar del mercado) y "phobos" (dios griego del pánico). En la actualidad el término agorafobia se utiliza con un sentido más amplio que el original, haciéndose referencia a un conjunto indeterminado de temores a lugares públicos, estar fuera de casa, utilizar transportes públicos (tren, avión, autobús, metro, barco), hallarse entre multitudes (cines, teatros, estadios), espacios cerrados (túneles, ascensores). El denominador común a esta sintomatología y que caracteriza a la agorafobia, es el temor a encontrarse en lugares o en situaciones de las cuales pueda ser difícil escapar o en los que no sería fácil obtener ayuda si se sufre un ataque de pánico. Los miedos se acentúan cuando el individuo está solo (incluso en su propia casa) y se reducen cuando se encuentran en compañía de personas de máxima confianza (Marks, 1987a).

El síndrome agorafóbico se inicia, en la mayoría de los casos, con una crisis de pánico en un lugar público (Lelliot, Marks, Monteiro y Tsakiris, 1987) y se reduce cuando el paciente escapa de la situación. La evitación del individuo se generaliza a otros lugares públicos donde no ha sufrido crisis, experimentando incluso ansiedad anticipatoria al pensar en tales lugares o situaciones. Esta conducta de evitación es el núcleo de la incapacidad de estos individuos, llegando en los casos más severos a quedar reclusos en su hogar (Echeburúa y Corral, 1992).

Respecto a la epidemiología, la APA (1987) señala que se trata de un trastorno

frecuentemente diagnosticado, y en las muestras clínicas es casi dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. Según Telch, Lucas y Nelson (1989), cuando la agorafobia se describe como un subtipo de trastorno de pánico la prevalencia se mueve en rangos que van desde un 5.4% (ECA; Karno y cols., 1987) a un 8.1% (MFS; Wittchen, 1986). La prevalencia en población general que ha tenido ataques de pánico tiene un rango que va desde un 9.3% para aquellos que han tenido al menos un ataque de pánico tal y como los define el DSM-III a un 34.4% para quienes han tenido al menos un ataque de pánico en el último año (Norton, Harrison, Hauch y Rhodes, 1985). Finalmente, señalar que el 95% de los casos de trastorno de pánico presentan agorafobia (Lesser, 1988).

#### **5.4.1. Criterios de Diagnóstico.**

Las clasificaciones presentadas por la OMS y la APA son contradictorios a la hora de ubicar nosológicamente la agorafobia y los ataques de pánico.

Tanto el DSM-III-R como el DSM-IV presentan el trastorno de pánico como el eje al que se puede asociar o no la agorafobia, siendo ésta un subtipo del primero. Según Echeburúa (1992) dicha referencia obligatoria de la agorafobia al trastorno de pánico no se justifica en la actualidad, presuponiendo una relaciones etiológicas que aún no están suficientemente claras. Por ejemplo, es difícil establecer si los ataques de pánico son espontaneos o inducidos, puesto que dichos ataques de pánico no solamente pueden estar

provocados por estímulos externos, sino que también vienen provocados por la representación mental de tales estímulos o situaciones inductoras (Gelder, 1989; Marks, 1987a y 1987b).

En la siguiente tabla, se exponen los criterios de diagnóstico empleados en nuestro trabajo (DSM-III-R; APA, 1987), junto con los aparecidos en el transcurso del mismo (CIE-10; OMS, 1992 y 1993; DSM-IV; APA, 1994).

Criterios de Diagnóstico para el Trastorno de pánico con Agorafobia.

DSM-III-R (APA, 1987)

Trastorno de Pánico

- A. En algún momento durante la alteración se ha presentado un ataque de pánico (períodos concretos de miedo o molestias intensas) que han sido (1) inesperados, es decir, que no se han presentado inmediatamente antes o durante la exposición a una situación que casi siempre causa ansiedad, y (2) no han sido desencadenados por situaciones en las cuales el individuo ha sido el foco de la atención de los demás.
- B. Por lo menos cuatro crisis tal y como se definen en el criterio A durante un período de cuatro semanas, o bien una o más crisis seguidas de miedo persistente a presentar otro ataque por lo menos durante un mes.
- C. Por lo menos cuatro de los síntomas siguientes:
1. Falta de aliento (disnea) o sensaciones de ahogo;
  2. Marco, sensación de inestabilidad, sensación de pérdida de conciencia;
  3. Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia);
  4. Temblor o sacudidas;
  5. Sudoración;
  6. Sofocación;
  7. Náuseas o molestias abdominales;
  8. Despersonalización o desrealización;
  9. Adormecimiento o sensación de cosquilleo en diversas partes del cuerpo;
  10. Escalofríos;
  11. Dolor o molestias precordiales;
  12. Miedo a morir;
  13. Miedo a volverse loco o perder el control.
- D. En alguna de estas crisis, por lo menos cuatro de los síntomas C han aparecido rápidamente y han aumentado en intensidad durante los diez minutos siguientes al comienzo del primer síntoma.
- E. No es posible establecer la presencia de algún

CIE-10 (OMS, 1993)

Agorafobia

- A. Miedo manifiesto o conducta de evitación ante por lo menos dos de las siguientes situaciones:
1. Multitudes.
  2. Lugares públicos.
  3. Viajar solo.
  4. Viajar lejos de casa.
- B. Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación temida, tienen que presentarse conjuntamente, en una ocasión al menos desde el comienzo de los trastornos, y uno de los síntomas tienen que estar entre los síntomas listados entre 1 y 4:
- Síntomas autonómicos
1. Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
  2. Sudoración.
  3. Temblores o sacudidas de los miembros.
  4. Sequedad de boca (no debida a la medicación o deshidratación).
- Síntomas en el pecho y abdomen
5. Dificultad para respirar.
  6. Sensación de ahogo.
  7. Dolor o malestar en el pecho.
  8. Náuseas o malestar abdominal (p.e.: estómago revuelto).
- Síntomas relacionados con el estado mental
9. Sensación de marco, inestabilidad, o desvanecimiento.
  10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización), o de sentirse lejos de la situación o "fuera" de ella (despersonalización).
  11. Sensación de perder el control, "volverse loco" o de muerte inminente.
  12. Miedo a morir.
- Síntomas generales
13. Sofocos o escalofríos.
  14. Sensación de entumecimiento u hormigueo.

DSM-IV (APA, 1994)

Trastorno de Pánico con Agorafobia

- A. Ambos 1 y 2
1. Ataques de pánico recurrentes e inesperados que se definen como un período discreto de miedo intenso o malestar, en el cual cuatro (o más) de los síntomas siguientes se desarrollan de forma repentina y durante un máximo de 10 minutos:
    1. Palpitaciones o tasa cardíaca acelerada.
    2. Sudoración.
    3. Temblor.
    4. Sensaciones de falta de falta de aliento o ahogo.
    5. Sofoco.
    6. Dolor en el pecho.
    7. Náuseas o malestar abdominal.
    8. Sensaciones de vértigo, inestabilidad, mareo, debilidad.
    9. Desrealización o despersonalización.
    10. Miedo a perder el control o volverse loco.
    11. Miedo a morir.
    12. Parestesias
    13. Escalofríos.
  2. Al menos a uno de los ataques le han seguido durante un mes (o más) uno de los siguientes:
    - a. Preocupación persistente por tener más ataques.
    - b. Preocupación por las implicaciones de los ataques o sus consecuencias (p.e.: perder el control, sufrir un infarto, volverse loco).
    - c. Un cambio significativo en el comportamiento tras sufrir la crisis.
- B. Presencia de agorafobia
1. Miedo a estar en lugares o situaciones de las cuales sería difícil (o embarazoso) escapar o en las cuales no se podría obtener ayuda en el

factor orgánico que haya iniciado o mantenido la alteración, por ejemplo, intoxicación por anfetamina o cafeína, o hipertiroidismo.

#### Trastorno de pánico con Agorafobia.

A. Se cumplen los criterios de trastorno de pánico.  
 B. Agorafobia: miedo a encontrarse en lugares o situaciones de las que pueda ser difícil (o embarazoso) escapar, o en las que no es fácil obtener ayuda en el caso de tener un ataque de pánico. (Se incluyen aquí aquellos casos en los que la conducta de evitación persistente se ha originado durante una fase activa del trastorno de pánico, aún cuando el individuo no atribuya la conducta de evitación al miedo a tener otra crisis). Como resultado de este miedo, el individuo o bien restringe su capacidad de desplazamiento, o necesita algún tipo de compañía cuando se encuentra fuera de casa. La tercera posibilidad es que resista las situaciones agorafóbicas a pesar de la intensa ansiedad. Las situaciones agorafóbicas más frecuentes son el hallarse solo fuera de casa, encontrarse entre una multitud o haciendo cola, pasar por encima de un puente y viajar en autobús, en tren o en coche.

C. Malestar emocional significativo, secundario a la conducta de evitación o a los síntomas de ansiedad, pero reconociendo el sujeto que son excesivos o carecen de sentido.

D. Los síntomas se limitan o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas.

E. El criterio A no es debido a ideas delirantes, alucinaciones u otros síntomas de trastornos tales como la esquizofrenia o trastornos relacionados, trastornos del humor (afectivos) o trastorno obsesivo-compulsivo, ni tampoco son secundarios a creencias de la propia cultura.

#### Trastorno de pánico

A. Ataques de pánico recurrentes que no se asocian de modo constante a una situación u objetos específicos, y que a menudo se presentan de forma espontánea (es decir, de un modo imprevisible). Los ataques de pánico no se deben a un ejercicio intenso o a la exposición a situaciones peligrosas o a amenazas para la vida.

B. Un ataque de pánico se caracteriza por lo siguiente:

1. Es un discreto episodio de temor o de malestar.
2. Se inicia bruscamente.
3. Alcanza su máxima intensidad en pocos segundos y dura algunos minutos.
4. Deben hallarse presentes por lo menos cuatro de los síntomas listados a continuación, uno de los cuales debe ser de los grupos 1 a 4:

##### Síntomas autonómicos

1. Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
2. Escalofríos.
3. Temblores o sacudidas.
4. Sequedad de boca (no debida a la medicación o deshidratación).

##### Síntomas relacionados en el pecho o abdomen

5. Dificultad para respirar.
6. Sensación de ahogo.
7. Dolor o malestar en el pecho.
8. Náuseas o malestar abdominal (p.e.: estómago revuelto).

##### Síntomas relacionados con el estado mental

9. Sensación de marco, inestabilidad o desvanecimiento.
10. Sensación de irrealidad (desrealización), o de sentirse fuera de la situación (despersonalización).
11. Sensación de ir a perder el control, de volverse loco o ir a perder el conocimiento.
12. Miedo a morir.

##### Síntomas generales

13. Oleadas de calor o escalofríos.
14. Adormecimiento o sensación de hormigueo.

C. El trastorno no es debido a trastorno somático, trastorno orgánico, ni a otros trastornos relacionados, trastornos del humor (afectivos), o trastorno somatomorfo.

caso de sufrir un ataque de pánico inesperado o síntomas de pánico. El miedo agorafóbico se refiere a aquellas situaciones tales como estar solo fuera de casa, estar en una multitud o haciendo cola, estar en un puente, viajar en autobús, tren o automóvil.

2. Las situaciones son evitadas o soportadas con un intenso malestar o con el temor de sufrir un ataque de pánico o síntomas que le caracterizan, o se requiere la presencia de un acompañante.

3. La ansiedad y la evitación fóbica no son debidas a ningún otro trastorno mental.

C. Los ataques de pánico no se deben a los efectos de sustancias (drogas o medicación) o a un problema médico.

D. Los ataques de pánico no se deben a ningún otro trastorno mental.

#### 5.4.2. Etiología y mantenimiento.

Aún no es fácil establecer si los ataques de pánico aparecen de forma espontánea o inducidos por estímulos o estresores que funcionan como precipitantes. Dicha dificultad se debe principalmente a que las atribuciones de causalidad que se intentan establecer, se hacen generalmente de forma retrospectiva, además los ataques de pánico pueden ser provocados no sólo por estímulos externos identificables con mayor o menor facilidad, sino también por la representación mental de tales estímulos (Gelder, 1989; Marks, 1987a y 1987b).

Si bien es cierto que los ataques de ansiedad se presentan, en muchos casos, por primera vez durante períodos de estrés en individuos biológicamente vulnerables (Faravelli, 1985), no es menos cierto que otros muchos casos surgen cuando el individuo se haya tranquilo y no es capaz de identificar ningún estresor concomitante.

La investigación sobre marcadores biológicos (p.e.: fusiones de lactato sódico) manifestaciones clínicas asociadas (p.e.: el prolapso de la válvula mitral) y la respuesta terapéutica a los tratamientos farmacológicos (p.e: antidepresivos), apoyan las hipótesis etiológicas de tipo biológico para la crisis de angustia (Agras, 1989; Klein, 1981)), dicho origen biológico estaría asociado a una vulnerabilidad genética, de aparición precoz y con antecedentes de ansiedad de separación en la infancia (Echeburúa, 1992).

Respecto al curso del trastorno, y en concreto a la adquisición y mantenimiento tanto de las crisis de angustia como de las conductas de evitación agorafóbicas, es importante señalar que tras la primera crisis surgen otras que no se ajustan a ningún patrón identificable. la repetición de las crisis de angustia provocan una ansiedad anticipatoria en el individuo que le lleva en buena parte de los casos a la evitación fóbica de todas aquellas situaciones en las que le resultaría difícil encontrar salida o una ayuda de confianza si apareciese una nueva crisis de angustia, estableciéndose así la agorafobia (Ayuso, 1988).



### **5.5. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (episodio único, grave, sin síntomas psicóticos).**

La sintomatología esencial que encontramos en el trastorno depresivo mayor, podemos clasificarla de la siguiente manera (Vázquez, 1990; Vázquez y Sanz, 1992):

1. Síntomas anímicos. El síntoma característico va a ser la disforia. Los síntomas anímicos se manifiestan, principalmente, a través de sentimientos de abatimiento, pesadumbre e infelicidad. Es frecuente que en algunos casos de depresión grave el paciente haga una negación de este tipo de sintomatología.

2. Síntomas motivacionales. Dentro de este grupo de síntomas, van a ser característicos la apatía, la indiferencia, la anhedonia. Cuando esta sintomatología incrementa su severidad encontramos lo que se denomina "retardo psicomotor" (enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, habla, gesto e inhibición motivacional casi absoluta). Este retardo, en algunos casos, llega a ser tan extremo que se viene a denominar "estupor depresivo" (mutismo e inactividad casi totales).

3. Síntomas cognitivos. Dentro de esta categoría van a ser característicos los síntomas de autodepreciación, autoculpación, pérdida de autoestima. Es igualmente

característica la conocida "triada cognitiva negativa" de Beck (1983 y 1987), según la cual el individuo deprimido hace una valoración negativa de sí mismo, de su entorno y de su futuro.

4. Síntomas físicos. Son característicos la pérdida de sueño o la hipersomnia, la fatiga, la pérdida de apetito, disminución de la actividad y deseo sexuales, síntomas somáticos difusos (nauseas, vómitos, dolores de cabeza).

5. Síntomas interpersonales. Existe un deterioro acusado de las relaciones sociales y ausencia o disminución del interés por los demás.

Respecto al diagnóstico diferencial del trastorno depresivo mayor, hemos de poner especial atención en la diferenciación con los siguientes trastornos:

1. Síndromes orgánicos afectivos. Cuando la etiología del trastorno es claramente orgánica, aunque haya síntomas que constituyan claros síndromes afectivos, estos trastornos no han de ser diagnosticados como trastornos del estado de ánimo, sino como síndromes orgánicos afectivos (Vázquez, 1990).

2. Esquizofrenias. Puede haber confusiones diagnósticas debido a que en los

primeros estadios de las esquizofrenias, en algunas ocasiones la sintomatología más obvia es de tipo afectivo. Lo más correcto es hacer una exploración minuciosa de antecedentes familiares y el ajuste premórbido del individuo; por ejemplo, una historia familiar de trastornos del estado de ánimo, una ajuste premórbido adecuado y algunas alteraciones previas (no diagnosticables) del estado de ánimo, nos pueden ayudar a inclinarnos por el diagnóstico de trastorno depresivo.

3. Trastorno Esquizoafectivo. Aunque en este trastorno se den concurrentemente síntomas característicos de esquizofrenia y de trastornos depresivos, se van a diferenciar el trastorno esquizoafectivo de los anteriormente mencionados, por que en el primero aparecen durante dos semanas como mínimo síntomas positivos estando ausente cualquier síntoma afectivo significativo.

Respecto a la epidemiología del trastorno, los estudios que han utilizado criterios similares a los del DSM-III-R (APA, 1987), señalan una alta proporción de adultos que ha presentado este trastorno. La proporción para las mujeres es de un 9% a un 26% y para los hombres, de un 5% a un 12%. Los estudios que revisó la APA en 1987, señalaban que la población adulta que presentaba el trastorno en esos momentos oscilaba entre un 4.5% y un 9.3% en el caso de las mujeres y entre un 2.3% y un 3.2% en el caso de hombres.

### 5.5.1. Criterios de Diagnóstico.

En la siguiente tabla, se presentan junto con los criterios de diagnóstico que hemos utilizado en nuestra investigación (DSM-III-R; APA, 1987), los publicados en el transcurso de la misma por la Organización Mundial de la Salud y por la Asociación Americana de Psiquiatría (CIE-10; OMS, 1992 y 1993; DSM-IV; APA, 1994).

#### Criterios de Diagnóstico para el Trastorno Depresivo Mayor, episodio único, sin síntomas psicóticos.

##### DSM-III-R (APA, 1987)

##### ESTADO DEPRESIVO MAYOR

A. Como mínimo, cinco de los síntomas siguientes han estado presentes diaria o casi diariamente durante un mismo período de dos semanas y representan un cambio de la conducta previa y, al menos, uno de los síntomas es ó 1) ó 2).

- 1) estado de ánimo deprimido (o irritable en niños y adolescentes);
- 2) notable disminución de placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales;
- 3) aumento o pérdida significativa de peso sin hacer ningún régimen;
- 4) insomnio o hipersomnia;
- 5) agitación o entrecimiento psicomotor;
- 6) fatiga o pérdida de energía;
- 7) sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa;
- 8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión;
- 9) ideas de muerte recurrentes.

B. 1) No puede establecerse que una causa orgánica inició y mantiene la alteración.  
2) La alteración no es una reacción normal a la muerte de un ser querido.

C. Fuera de la alteración anímica no ha habido ideas delirantes ni alucinaciones.

D. No está superpuesto a una esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado.

##### CIE-10 (OMS, 1993)

##### EPISODIOS DEPRESIVOS

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

B. Ausencia de síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes como para haber satisfecho los criterios diagnósticos de episodio hipomaniaco o maniaco en cualquier momento de la vida del individuo.

C. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

##### Episodio depresivo leve

A. Se satisfacen los criterios generales de episodio depresivo.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de fatigabilidad.

C. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas adicionales:

4. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
5. Reproches hacia el mismo

##### DSM-IV (APA, 1994)

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

1. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante las últimas dos semanas y han supuesto un cambio en el funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es 1 ó 2.

- 1) estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día, que viene indicado por el propio sujeto o por los demás.
- 2) notable disminución de placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales;
- 3) aumento o pérdida significativa de peso sin hacer ningún régimen;
- 4) insomnio o hipersomnia;
- 5) agitación o entrecimiento psicomotor;
- 6) fatiga o pérdida de energía;
- 7) sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa;
- 8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión;
- 9) ideas de muerte recurrentes.

2. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.

3. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes.

4. Los síntomas no se deben a los efectos del consumo de sustancias (drogas, medicación) o a una enfermedad física.

5. Los síntomas no pueden explicarse por la pérdida de un ser querido, o los síntomas persisten por más de dos meses o se

**TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (episodio único, grave, sin síntomas psicóticos)**

- A. Un solo episodio depresivo mayor.
- B. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco inequívoco.
- C. Varios síntomas además de los requeridos para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente en la vida laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.

- desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- 6. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
- 7. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- 8. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- 9. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- 10. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

- caracterizan por una severa interferencia funcional, preocupación morbosa, ideación suicida, síntomas psicóticos o retardo psicomotor.
- B. El episodio depresivo mayor no se debe a un trastorno esquizoafectivo, ni está superpuesto a: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca ha existido un episodio maniaco, mixto o hipomaniaco.

**Episodio depresivo grave, sin síntomas psicóticos.**

- A. Se satisfacen los criterios generales de episodio depresivo.
- B. Presencia de los tres síntomas del criterio B de episodio depresivo leve.
- C. Síntomas adicionales del criterio C de episodio depresivo leve hasta completar en total al menos ocho.
- D. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

### 5.5.2. Etiología y Mantenimiento.

En este apartado se van a revisar algunos de los modelos explicativos actuales más relevantes sobre los trastornos depresivos. Hacemos una revisión más extensa que en los apartados anteriores correspondientes a los distintos trastornos de ansiedad, puesto que de éstos, ya nos ocupamos en los primeros capítulos de nuestro trabajo.

### **Modelos psicodinámicos.**

Como viene recogido en el trabajo de Vázquez y Sanz (1992), en general la aproximación psicoanalítica al estudio de la depresión afirma que los depresivos serían individuos que desde la niñez son sensibles a la sensación de abandono, dicho abandono va a provocar que su autoestima y autovaloración sean dependientes de la deseabilidad social y del afecto de los demás. Por lo tanto, estos individuos son incapaces de superar la sensación de ser rechazados criticados o abandonados por lo demás (Mendelson, 1985; Avila, 1990).

### **Modelos Conductuales.**

#### Modelo de Fester (1965).

Para Fester, la depresión se va a caracterizar por la reducida frecuencia de conductas reforzadas positivamente que ayuden al individuo en su control sobre el medio, al mismo tiempo que se produce una tasa elevada de conductas de evitación ante estímulos percibidos como aversivos. Dicha evitación de consecuencias negativas (Fester, 1973) funcionaría como reforzamiento negativo, manteniendo el repertorio conductual (la evitación) del

individuo (Vázquez y Sanz, 1992).

#### Modelo de Lewinsohn (1974).

Según Lewinsohn, la depresión vendría como consecuencia de la ausencia de reforzamiento positivo contingente a la conducta del individuo. Como mantenedores de la depresión habría un refuerzo social positivo a corto plazo (atención, etc.) y una reducción de dicho reforzamiento a largo plazo, pues el medio social, con el paso del tiempo, termina evitando al individuo deprimido. Esto provocaría un "circulo vicioso patológico" que mantendría la sintomatología depresiva (Vázquez y Sanz, 1992).

#### **Modelos Cognitivos.**

##### Modelo de Beck (1983, 1987).

En líneas generales, de la aproximación que hace Beck al estudio de la depresión, se deriva que los individuos deprimidos poseen una visión errónea de la realidad. Es decir, poseen esquemas distorsionados de la realidad que permanecen latentes en memoria hasta

que son activados por algún acontecimiento o suceso estresante para el individuo. Una vez activados dichos esquemas, estos van a actuar como filtros que median la percepción, interpretación y valoración de la realidad actual y de la que estaba almacenada en memoria.

Los esquemas ("depresivos") ya mencionados, van a provocar errores en el procesamiento de la información, lo que origina en el individuo una "triada cognitiva negativa" que conlleva una valoración negativa, por parte del individuo, de sí mismo, del medio que le rodea y del futuro.

#### Modelo de Desesperanza (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989).

El actual modelo de desesperanza parte del modelo animal de indefensión aprendida de Seligman (1975). Abramson, Seligman y Teasdale (1978) reformulan el modelo anterior de Seligman al adaptarlo al comportamiento humano, y fruto de la revisión de esta reformulación hecha en 1978, surge el modelo actual que presentan Abramson, Metalsky y Alloy (1989).

En este modelo, se presenta una nueva categoría dentro de los trastornos del estado de ánimo, la "depresión por desesperanza". La desesperanza sería la causa necesaria y



suficiente para el desarrollo de este tipo de depresión. Las causas por las que se puede adquirir esta desesperanza y por tanto esta depresión por desesperanza serían las siguientes (Vázquez y Sanz, 1992):

1. La desesperanza vendría motivada por las expectativas negativas que tiene el individuo acerca de la ocurrencia de un acontecimiento que percibe como crucial, y que va asociada con sentimientos de indefensión ante la capacidad que éste tiene para modificar la posibilidad de que ocurra dicho acontecimiento.

2. Las atribuciones de "estabilidad" y "globalidad" que hace el individuo acerca de los acontecimientos que considera importantes, van a ejercer una influencia crucial en el desarrollo de la depresión por desesperanza.

3. Cuando el individuo confiere al acontecimiento o situación en la que se encuentra propiedades de bajo "consenso" ("somos pocos a quienes nos ocurre esto"), elevada "consistencia" ("esto me ocurre muy amenudo"), y baja "distintividad" ("esto me ocurre en buena parte de las situaciones") favorece el desarrollo de depresión por desesperanza.

### **Modelos Interpersonales**

Coyne (1976) explica la depresión como una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales, y su mantenimiento y exacerbación estaría condicionada a las respuestas que reciben los individuos deprimidos de las personas significativas de su entorno. Tras dicha ruptura, los depresivos buscan apoyo social en las personas de su entorno a través de demandas persistentes que acaban siendo aversivas para los demás. La persona deprimida incrementa sus demandas según se da cuenta que el resultado de éstas es negativo, esto provoca un círculo vicioso que termina provocando el ser evitado por aquellos que forman su entorno social.

Para Gotlib y Colby (1978), una vez que se ha iniciado la depresión, convergen dos factores en su mantenimiento y exacerbación. el primero de ellos es un factor interpersonal que hace referencia a la interacción entre el depresivo y quienes le rodean, desarrollándose un proceso tal y como describía Coyne (1976). El segundo de los factores se refiere a estilo cognitivo del propio individuo.

Una vez finalizado este apartado, damos también por concluida la revisión teórica de nuestro trabajo, pasando a continuación a la exposición de la investigación realizada en nuestro estudio sobre las características de los perfiles de ansiedad en cada uno de los

trastornos psicopatológicos que hemos descrito anteriormente.

## **PARTE II: ESTUDIO EMPIRICO**

## **6. OBJETIVOS**

## 6. OBJETIVOS.

En el presente trabajo se lleva a cabo una doble tarea, de psicodiagnóstico y de evaluación psicológica, donde por un lado se clasifica a los sujetos en grupos diagnósticos siguiendo los criterios del DSM-III-R (APA, 1987), y por otro lado se lleva a cabo un estudio de evaluación psicológica, mediante inventarios, de los diferentes grupos diagnósticos, para compararlos entre sí y encontrar perfiles diferenciales.

Se han seleccionado algunos trastornos de ansiedad (fobia social, fobia simple, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno de pánico con agorafobia) y el trastorno depresivo mayor.

Los inventarios con los que se estudian las características de los grupos diagnósticos recogen distintos aspectos de la ansiedad y la depresión.

Los modelos teóricos de la ansiedad revisados en la primera parte han evolucionado desde una concepción unitaria hacia un enfoque interactivo y multidimensional que ha permitido el desarrollo de instrumentos de evaluación que miden aspectos diferentes de la ansiedad. Dos facetas fundamentales son: los tres sistemas de respuesta y las áreas situacionales o rasgos específicos.

En este trabajo pretendemos estudiar si existen características diferenciales entre los grupos diagnósticos en las dos facetas fundamentales de la ansiedad (los sistemas de respuesta y las áreas situacionales).

Son varios los objetivos que nos hemos planteado con esta investigación:

1. Verificar la capacidad del I.S.R.A., para detectar perfiles característicos de ansiedad, tanto a nivel de sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico, motor), como a nivel de factores situacionales o rasgos específicos, entre distintos trastornos de ansiedad (trastorno por ansiedad generalizada, fobia social, fobia simple y trastorno de pánico con agorafobia) y el trastorno depresivo mayor (episodio único), previamente diagnosticados según los criterios DSM-III-R (APA, 1987).
2. Estudiar las diferencias entre los trastornos evaluados mediante la aplicación de instrumentos específicos para cada uno de los trastornos (un cuestionario de agorafobia , otro de fobia social, etc...).
3. Debido a la dificultad en la práctica clínica para establecer diagnósticos diferenciales entre trastornos de ansiedad y trastornos depresivos, pretendemos aportar datos que ayuden a diferenciar entre ambos.

## **7. HIPOTESIS**



## 7. HIPOTESIS

En el presente capítulo se desarrollan en detalle cada una de las hipótesis que hemos formulado en nuestro trabajo. Al final del mismo se presenta una tabla en la que se resumen dichas hipótesis.

1.- En las conclusiones de los trabajos de Lacey (1969); Pribram y McGuiness (1975); Fowles (1986); Vanderwolf y Robinson (1981) y Vila (1985) se desecha la conceptualización de la ansiedad como unidimensional o como constructo unitario. Por otro lado, según el enfoque interactivo existen diferencias en el rasgo general de ansiedad ante algunos tipos de situaciones (rasgos específicos), pudiendo cada individuo presentar distintos niveles de ansiedad en cada rasgo específico, y pudiendo así diferir distintos individuos en uno o más rasgos específicos aunque tengan un mismo nivel de ansiedad en el rasgo general. Según lo anteriormente expuesto, formulamos la siguiente hipótesis:

Distintos grupos diagnosticados según el DSM-III-R (APA, 1987) que no difieran a nivel general de ansiedad, sí lo harán en los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) y en los cuatro rasgos específicos (ansiedad ante situaciones de evaluación, ansiedad ante situaciones de interacción social, ansiedad ante situaciones fóbicas y ansiedad ante situaciones habituales o cotidianas) evaluados por el I.S.R.A.

2.- Lo que diferencia, principalmente, al trastorno por ansiedad generalizada del trastorno de pánico con agorafobia, es que en el primero no se pueden identificar claramente estímulos específicos que eliciten dichas respuestas de ansiedad (Deffenbacher y Suinn, 1987), mientras que en el segundo, son dichas situaciones fóbicas las que se identifican como elicitadoras de las respuestas de ansiedad (Michelson, 1987; Emmelkamp, 1988). En base a lo anteriormente expuesto, formulamos como hipótesis la siguiente:

2.1. Los sujetos diagnosticados de trastorno de pánico con agorafobia presentarán una puntuación mayor en el Inventario de Movilidad para la Agorafobia (MI; Chambless y cols., 1985) que los sujetos diagnosticados de trastorno por ansiedad generalizada.

2.2. El grupo diagnóstico de trastorno por ansiedad generalizada, presentará una puntuación menor que el trastorno de pánico con agorafobia en el rasgo específico de "ansiedad ante situaciones fóbicas (F3)" evaluado por el I.S.R.A.

3.- El DSM-III-R (APA, 1987) y la CIE-10 (OMS, 1992 y 1993) coinciden en definir la fobia social como "...un miedo persistente a una o más situaciones (sociales) en las cuales el individuo se vea expuesto a un posible escrutinio de los demás, junto con la presencia de hacer algo o de actuar de forma embarazosa...". Además, tal y como señalan Beck y Emery (1985) y Ricks y Zgourides (1991), en el fóbico social aparece un temor a la

evaluación social negativa que va a provocar una percepción errónea de como cree que los demás están pensando sobre su actuación. Según lo expuesto anteriormente, podemos formular las siguientes hipótesis:

3.1. Los fóbicos sociales presentarán una mayor puntuación que el resto de los sujetos que componen la muestra en la Escala Abreviada de Temor a la Evaluación Negativa (B-FNE; Leary, 1983).

3.2. La evaluación que llevamos a cabo mediante el I.S.R.A. del grupo diagnosticado de fobia social dará como resultados una mayor puntuación en los rasgos específicos de "ansiedad ante situaciones de evaluación (F1)" y "ansiedad ante situaciones de interacción social (F2)", que en los de "ansiedad ante situaciones fóbicas (F3)" y "ansiedad ante situaciones habituales o cotidianas (F4)". Además, entre los rasgos específicos F1 y F2, existirá una mayor puntuación en el segundo respecto al primero, puesto que la evaluación a la que es sometido un individuo provocará una mayor respuesta de ansiedad cuando es llevada a cabo en una situación de interacción social.

3.3. El grupo diagnóstico de fobia social presentará una puntuación mayor en la variable que evalúa el I.S.R.A. de "Ansiedad ante situaciones de interacción social (F2)" que los otros dos grupos clínicos que presentan trastornos de ansiedad más

severos, es decir, el trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de pánico con agorafobia.

3.4. En la literatura revisada (Beidel, Turner y Dancu, 1985; Nichols, 1974; Taylor y Arnow, 1989) se establece que, respecto al triple sistema de respuestas, es la reactividad fisiológica la que caracteriza a los fóbicos sociales. Por lo tanto, la evaluación que llevamos a cabo mediante el I.S.R.A. del grupo diagnóstico de fobia social, nos ofrecerá, entre otros resultados, un perfil de sistemas de respuesta caracterizado por una reactividad fisiológica superior a la reactividad cognitiva y motora.

4.- Los individuos diagnosticados de fobia simple, cuando están ante el estímulo fóbico, presentan una reactividad fisiológica similar a la que presentan los individuos que padecen otros trastornos de ansiedad (Taylor y Arnow, 1988). Pero dicha reactividad fisiológica, en situaciones no fóbicas, es similar a la que presentan las personas de la población normal en términos de línea base (Barlow, 1988). Según lo anteriormente expuesto, formulamos las siguientes hipótesis:

4.1. Los individuos diagnosticados de fobia simple presentarán una puntuación similar a las del resto de los trastornos de ansiedad evaluados, con excepción del trastorno de pánico con agorafobia, en la reactividad fisiológica mostrada en el

rasgo específico de "situaciones fóbicas" (F3F) medida por el I.S.R.A.

4.2. El grupo diagnóstico de fobia simple presentará una puntuación más elevada que el grupo control en el rasgo específico de "ansiedad ante situaciones fóbicas" y en "reactividad fisiológica", pero no existirán diferencias en el resto de los otros sistemas de respuesta y rasgos específicos.

5.- Respecto al grupo diagnóstico de trastorno depresivo mayor (episodio único):

5.1. El grupo de sujetos diagnosticado de trastorno depresivo mayor, presentarán una puntuación mayor en el Inventario para la Depresión de Beck (Beck y cols., 1979) que el resto de los grupos que forman la muestra.

5.2. Algunos de los modelos explicativos de la depresión que ponen su énfasis en la interacción entre el individuo y las personas que les rodean (Lewinsohn, 1974; Coyne, 1976; Gotlib y Colby, 1987) vienen a señalar como mantenedores y exacerbadores de los episodios depresivos un espiral negativo que se produce entre las demandas persistentes del depresivo en su búsqueda de apoyo social y la progresiva aversión que producen dichas demandas en quienes le rodean, llegando éstos, en última instancia a evitar con el paso del tiempo al individuo depresivo. Es decir, se pone de manifiesto la alteración de las relaciones sociales que van a

afectar a la vida cotidiana del individuo. Según lo expuesto, podemos formular como hipótesis que el grupo diagnóstico de trastorno depresivo mayor (episodio único) presentará en el perfil de rasgos específicos del I.S.R.A. un predominio de "ansiedad ante situaciones de interacción social" (F2) frente al resto de rasgos específicos ("ansiedad ante situaciones de evaluación" -F1-, "ansiedad ante situaciones fóbicas" -F3- y "ansiedad ante situaciones habituales o cotidianas" -F4).

**6.-** Respecto a la relación existente entre el trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad que presentan una mayor severidad (trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de pánico con agorafobia), podemos establecer las siguientes hipótesis:

6.1. Los errores de atribución causal han sido puestos de manifiesto tanto en los trastornos depresivos (Seligman y Teasdale, 1978; Abramson, Metalsky y Alloy, 1989) como en los trastornos de ansiedad, concretamente en la agorafobia (Emmelkamp, 1982). Así mismo, también se han encontrado otros déficits cognitivos como baja autoeficacia percibida, baja autoestima, pensamientos irracionales e ideas negativas, etc... Basándonos en esta explicación de tipo cognitivo para ambos tipos de trastornos, formulamos como hipótesis que el trastorno depresivo mayor (episodio único) y el trastorno de pánico con agorafobia presentarán una puntuación elevada y similar en la variable de reactividad cognitiva del I.S.R.A., pero diferirán al presentar el trastorno de pánico con agorafobia una

puntuación más elevada en la variable de "ansiedad ante situaciones fóbicas" (F3) evaluada por el I.S.R.A. (puesto que son dichos estímulos fóbicos los que elicitán de forma característica sus respuestas de ansiedad -Michelson, 1987; Emmelkamp, 1988).

6.2. Al revisar los criterios de diagnóstico establecidos por la OMS y la APA (CIE-10 Y DSM-III-R, respectivamente) encontramos un mayor predominio de síntomas de tipo cognitivo en el trastorno depresivo mayor (episodio único) que en el trastorno por ansiedad generalizada. Por otro lado, la diferencia entre estos dos trastornos parece depender más del nivel de depresión que de la severidad en la ansiedad que presentan ante situaciones cotidianas (Hoehn-Saric, 1983; Lipman, 1982). Recogiendo todo lo apuntado anteriormente, formulamos como hipótesis que dichos trastornos presentarán una puntuación similar en la variable de "ansiedad ante situaciones habituales o cotidianas" (F4) evaluada por el I.S.R.A., pero diferirán en la variable de "reactividad cognitiva", en la que el trastorno depresivo mayor (episodio único) presentará una mayor puntuación.

TABLA-RESUMEN DE HIPOTESIS

| HIP. | DEFINICION DE LA HIPOTESIS   | INSTRUMENTO |
|------|--|-------------|
| 1    | Distintos grupos con el mismo N.G.A. presentarán diferencias a nivel de sistemas de respuesta y rasgos específicos.  | I.S.R.A.    |
| 2.1. | Tr. Pánico con Agorafobia presentará mayor puntuación que Tr. Ansiedad Generalizada.   | M.I.        |
| 2.2. | Tr. Ansiedad Generalizada presentará menor puntuación que Tr. Pánico con Agorafobia en el rasgo específico de "situaciones fóbicas"(F3).   | I.S.R.A.    |
| 3.1. | Fobia Social presentará mayor puntuación que el resto de los grupos.   | B-FNE.      |
| 3.2. | Fobia Social presentará una mayor puntuación en los rasgos específicos de "situaciones de evaluación"(F1) y "situaciones de interacción social" (F2) que en "situaciones fóbicas"(F3) y "situaciones habituales" (F4). Además entre F1 y F2 presentará mayor puntuación en F2. | I.S.R.A.    |
| 3.3. | Fobia Social presentará mayor puntuación en el rasgo específico de "situaciones de interacción social" (F2) que Tr. Ansiedad Generalizada y Tr. Pánico con Agorafobia.   | I.S.R.A.    |
| 3.4. | Fobia Social presentará una reactividad fisiológica superior a la reactividad cognitiva y motora.  | I.S.R.A.    |
| 4.1. | Fobia Simple presentará una puntuación similar al resto de trastornos de ansiedad evaluados excepto al Tr. Pánico con Agorafobia a nivel de la reactividad fisiológica mostrada en el rasgo específico "situaciones fóbicas"(F3F).   | I.S.R.A.    |
| 4.2. | Fobia Simple presentará mayor puntuación en reactividad fisiológica y en el rasgo específico de "situaciones fóbicas" (F3) que el Grupo Control, pero no diferirán en el resto de las variables.   | I.S.R.A.    |
| 5.1. | Tr. Depresivo Mayor presentará una puntuación mayor que el resto de los grupos evaluados.  | BDI         |
| 5.2. | Tr. Depresivo Mayor presentará una puntuación mayor en el rasgo específico de "situaciones de interacción social" (F2), que en el resto de los rasgos específicos evaluados.   | I.S.R.A.    |
| 6.1. | Tr. Depresivo Mayor y Tr. Pánico con Agorafobia, presentarán una reactividad cognitiva elevada y similar, pero el segundo presentará una puntuación superior al primero en el rasgo específico de "situaciones fóbicas" (F3).  | I.S.R.A.    |
| 6.2. | Tr. Depresivo Mayor y Tr. Ansiedad Generalizada, presentarán una puntuación similar en el rasgo específico de "situaciones habituales o cotidianas" (F4), pero el primero presentará una reactividad cognitiva superior a la que presenta el segundo.                          | I.S.R.A.    |



## **8. METODO.**

## **8. METODO.**

En este capítulo se describe en detalle la muestra utilizada en el presente trabajo, el procedimiento utilizado, la descripción de los instrumentos empleados en función de los objetivos planteados y los análisis de datos que han sido necesarios para poner a prueba nuestras hipótesis.

### 8.1. MUESTRA.

La muestra está formada por 192 sujetos que se distribuyen según los siguientes grupos:

1. Fobia social (n=20).
2. Fobia simple (n=20).
3. Trastorno por ansiedad generalizada (n=20).
4. Trastorno de pánico con agorafobia (n=20).
5. Trastorno depresivo mayor (episodio único, grave, sin síntomas psicóticos) (n=20).
6. Grupo control (población normal) (n=92).

Los criterios de clasificación han sido los del DSM-III-R (APA, 1987) para todos los grupos clínicos, y el grupo control ha sido seleccionado siguiendo como criterio el que no padeciesen o hubiesen padecido en el pasado cualquier tipo de trastorno psicopatológico.

Antes de centrarnos en la descripción de cada uno de los grupos, vamos a referirnos a las variables edad y sexo dentro de la muestra.

Respecto a la variable edad, hay que señalar que equiparar los grupos en dicha variable hubiese supuesto una reducción muy significativa de cada uno de los grupos

clínicos. Teniendo en cuenta que trabajábamos con grupos muy pequeños, reducirlos habría dificultado aún más extraer de este trabajo conclusiones significativas. En las tablas 1 y 2, se reflejan las medias y desviaciones típicas de cada uno de los grupos, en la variable edad, y los resultados del análisis de varianza realizado para establecer la significación estadística en dicha variable.

TABLA 1

| GRUPOS |                   |                    |                       |                       |                  |                   |                |
|--------|-------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|-------------------|----------------|
|        | FOB. SOC.<br>n=20 | FOB. SIMP.<br>n=20 | TR. ANS. GEN.<br>n=20 | TR. PAN. AGO.<br>n=20 | TR. DEP.<br>n=20 | GR. CONT.<br>n=92 | TOTAL<br>n=192 |
| MEDIA  | 22.450            | 32.800             | 31.800                | 33.500                | 34.100           | 30.217            | 30.589         |
| DESV.  | 6.894             | 15.966             | 9.323                 | 10.511                | 14.286           | 10.234            | 11.392         |

TABLA 2

| ANALISIS DE VARIANZA |                   |      |                  |      |        |
|----------------------|-------------------|------|------------------|------|--------|
| FUENTE               | SUMA DE CUADRADOS | G.L. | MEDIA CUADRATICA | F    | P      |
| GRUPO                | 1880.9266         | 5    | 376.1385         | 3.05 | 0.0113 |

Como podemos apreciar, en la tabla 2, existen diferencias significativas en la variable edad, pero es importante matizar que dichas diferencias son solamente significativas entre el grupo diagnosticado de fobia social y el resto de los grupos que forman la muestra, tal y como reflejan los resultados de la prueba de Newman Keuls, con un nivel de confianza de un 95%.

Respecto a la variable sexo, hemos de señalar que no existían diferencias significativas entre los grupos que forman la muestra utilizada ( $X^2 = 3.675$ ;  $p < .5971$ ). En la tabla 3 se presentan en que porcentaje aparecen representados cada uno de los sexos en cada uno de los grupos evaluados.

TABLA 3

| GRUPO         | % VARONES | % MUJERES | GRUPO          | % VARONES | % MUJERES |
|---------------|-----------|-----------|----------------|-----------|-----------|
| FOBIA SOCIAL  | 25        | 75        | TR. PAN. AGO.  | 15        | 85        |
| FOBIA SIMPLE  | 35        | 65        | TR. DEPR. MAY. | 35        | 65        |
| TR. ANS. GEN. | 25        | 75        | GR. CONTROL    | 33.6      | 66.3      |

A continuación, describimos cada uno de los grupos que forman la muestra y sus características más importantes.

#### 1. Fobia social (DSM-III-R: 300.23).

El grupo está formado por 20 sujetos, de los cuales 5 (25%) son varones y 15 (75%) son mujeres. Respecto a la edad, la media del grupo es de 22.45 años, con un rango que va desde los 18 a los 43 años.

Las fuentes de procedencia de los sujetos son la clínica (6 sujetos) y los alumnos del primer curso de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Los alumnos de la facultad fueron clasificados como fóbicos sociales tras realizar una entrevista personal, y completar un cuestionario que recogía los criterios de diagnóstico del DSM-III-R (Véase anexo). El hecho de que hubiese dos fuentes muy diferentes de procedencia de los sujetos, nos hizo pensar cuál podría ser la influencia de dichas fuentes de procedencia. Aunque no se pueden obtener resultados muy concluyentes debido al reducido número de sujetos que conformarían los dos subgrupos correspondientes atendiendo a su fuente de procedencia, analizamos los datos mediante una prueba no paramétrica (Mann-Whitney), para estudiar las diferencias de cada subgrupo en cada uno de los instrumentos utilizados en el presente trabajo. En las tablas 4 y 5 aparecen las medias, desviaciones típicas y la significación estadística a través de las pruebas de t y

## Mann-Whitney.

TABLA 4

|       | FUENTE DE PROCEDENCIA |         |          |        |
|-------|-----------------------|---------|----------|--------|
|       | CONSULTA              |         | FACULTAD |        |
|       | MEDIA                 | DESV.   | MEDIA    | DESV.  |
| COG.  | 101.500               | 15.984  | 100.357  | 20.619 |
| FIS.  | 65.916                | 29.008  | 65.821   | 18.440 |
| MOTOR | 62.000                | 24.631  | 64.214   | 4.776  |
| TOTAL | 229.916               | 55.768  | 230.392  | 44.941 |
| F1    | 108.333               | 31.991  | 103.357  | 18.387 |
| F2    | 39.666                | 13.3816 | 39.071   | 9.392  |
| F3    | 53.000                | 27.313  | 53.357   | 16.036 |
| F4    | 22.666                | 16.033  | 25.428   | 13.551 |
| BECK  | 11.500                | 8.167   | 9.7857   | 4.458  |
| B-FNE | 43.166                | 8.681   | 40.785   | 8.059  |
| MI    | 84.666                | 23.988  | 95.285   | 32.077 |

TABLA 5

|       | SIGNIFICACION ESTADISTICA |       |              |       |
|-------|---------------------------|-------|--------------|-------|
|       | PRUEBA DE t               |       | MANN-WHITNEY |       |
|       | t                         | p     | U            | p     |
| COG.  | 0.12                      | 0.905 | 45.0         | 0.804 |
| FIS.  | 0.01                      | 0.993 | 46.5         | 0.710 |
| MOTOR | -0.18                     | 0.862 | 37.0         | 0.679 |
| TOTAL | -0.02                     | 0.984 | 44.0         | 0.869 |
| F1    | 0.44                      | 0.662 | 46.5         | 0.709 |
| F2    | 0.11                      | 0.910 | 41.5         | 0.967 |
| F3    | -0.04                     | 0.971 | 41.0         | 0.934 |
| F4    | -0.40                     | 0.696 | 40.0         | 0.868 |
| BECK  | 0.61                      | 0.547 | 43.0         | 0.934 |
| B-FNE | 0.59                      | 0.560 | 50.5         | 0.482 |
| MI    | -0.72                     | 0.478 | 36.5         | 0.649 |

Como podemos comprobar, no existen diferencias entre ambos subgrupos respecto a cada una de las variables evaluadas y los instrumentos empleados, aunque como apuntábamos anteriormente dichos resultados sólo nos van a permitir utilizar dichos subgrupos como un solo grupo, sin que puedan derivarse más conclusiones.

Cuando se lleva a cabo la evaluación, ninguno de los sujetos seguía tratamiento farmacológico.

## 2. Fobia Simple (DSM-III-R: 300.29).

El grupo está formado por 20 sujetos, de los cuales 7 (35%) son varones y 13 (65%) son mujeres. Respecto a la edad, la media del grupo es de 32.8 años, con un rango que va desde los 18 a los 69 años.

Cuando se lleva a cabo la evaluación, ninguno de los sujetos seguía tratamiento farmacológico.

Los estímulos fóbicos que aparecen representados en este grupo son: alturas (10 sujetos), alturas y espacios cerrados (1 sujeto), alturas y sangre (1 sujeto), alturas y viajar en avión (1 sujeto), sangre (5 sujetos), multitudes (1 sujeto) y espacios cerrados (1 sujeto).



TABLA 6

|       | FUENTE DE PROCEDENCIA |        |          |        |
|-------|-----------------------|--------|----------|--------|
|       | CONSULTA              |        | FACULTAD |        |
|       | MEDIA                 | DESV.  | MEDIA    | DESV.  |
| COG.  | 77.800                | 23.941 | 66.400   | 12.915 |
| FIS.  | 47.700                | 20.869 | 33.700   | 12.442 |
| MOTOR | 51.266                | 19.177 | 33.200   | 13.479 |
| TOTAL | 176.766               | 54.224 | 133.300  | 30.254 |
| F1    | 73.600                | 31.132 | 57.600   | 16.040 |
| F2    | 11.333                | 7.715  | 13.600   | 7.536  |
| F3    | 65.800                | 35.043 | 42.600   | 11.781 |
| F4    | 18.066                | 10.700 | 14.200   | 12.397 |
| BECK  | 6.466                 | 4.564  | 7.200    | 3.768  |
| B-FNE | 33.466                | 5.780  | 35.000   | 11.269 |
| MI    | 98.066                | 37.308 | 98.000   | 27.459 |

TABLA 7

|       | SIGNIFICACION ESTADISTICA |       |              |       |
|-------|---------------------------|-------|--------------|-------|
|       | PRUEBA DE t               |       | MANN-WHITNEY |       |
|       | t                         | p     | U            | p     |
| COG.  | 1.00                      | 0.328 | 49.5         | 0.294 |
| FIS.  | 1.40                      | 0.177 | 51.5         | 0.221 |
| MOTOR | 1.94                      | 0.068 | 60.5         | 0.044 |
| TOTAL | 2.23                      | 0.043 | 58.5         | 0.066 |
| F1    | 1.49                      | 0.291 | 46.0         | 0.458 |
| F2    | -0.57                     | 0.574 | 28.5         | 0.430 |
| F3    | 2.22                      | 0.039 | 50.5         | 0.256 |
| F4    | 0.67                      | 0.508 | 47.5         | 0.381 |
| BECK  | -0.32                     | 0.750 | 32.5         | 0.658 |
| B-FNE | -0.29                     | 0.782 | 35.5         | 0.860 |
| MI    | 0.00                      | 0.997 | 34.5         | 0.793 |

Como en el caso del grupo diagnóstico de fobia social, las fuentes de procedencia de los sujetos eran la clínica (15 sujetos) y los alumnos del primer curso de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (5 sujetos). Por este motivo comparamos ambos subgrupos para establecer si existían diferencias significativas entre ellos. Los resultados de los análisis estadísticos aparecen reflejados en las tablas 6 y 7.

Como podemos apreciar en la tabla 7, la prueba de Mann-Whitney sólo arroja diferencias en la variable de "reactividad motora" evaluada por el I.S.R.A., no existiendo diferencias en el resto de las variables e instrumentos.

### 3. Trastorno por ansiedad generalizada (DSM-III-R: 300.02).

El grupo esta formado por 20 sujetos de los cuales 5 (25%) son varones y 15 (75%) son mujeres. Respecto a la edad, la media del grupo es de 31.8 años, con un rango que va desde los 14 a los 55 años.

La fuente de procedencia de todos los sujetos es la clínica.

Cuando se lleva a cabo la evaluación de los sujetos, 5 siguen tratamiento farmacológico (4 con ansiolíticos y 1 con ansiolíticos y antidepresivos) y 14 no tomaban medicación.

TABLA 8

|       | SIN MEDICACION |        | CON MEDICACION |        |
|-------|----------------|--------|----------------|--------|
|       | MEDIA          | DESV.  | MEDIA          | DESV.  |
| COG.  | 109.933        | 26.464 | 127.400        | 25.793 |
| FIS.  | 83.233         | 26.184 | 84.000         | 27.879 |
| MOTOR | 98.066         | 21.228 | 80.000         | 27.486 |
| TOTAL | 291.233        | 59.438 | 291.400        | 64.583 |
| F1    | 137.800        | 35.545 | 131.000        | 13.435 |
| F2    | 34.800         | 8.487  | 35.000         | 13.057 |
| F3    | 50.000         | 24.287 | 57.000         | 40.926 |
| F4    | 46.000         | 18.169 | 46.200         | 14.973 |
| BECK  | 13.666         | 11.146 | 18.800         | 9.808  |
| B-FNE | 37.666         | 9.021  | 43.200         | 7.328  |
| MI    | 96.800         | 29.831 | 93.600         | 37.273 |

TABLA 9

|       | SIGNIFICACION ESTADISTICA |       |              |       |
|-------|---------------------------|-------|--------------|-------|
|       | PRUEBA DE t               |       | MANN-WHITNEY |       |
|       | t                         | p     | U            | P     |
| COG.  | -1.31                     | 0.240 | 21.0         | 0.149 |
| FIS.  | -0.04                     | 0.956 | 34.0         | 0.760 |
| MOTOR | 1.54                      | 0.141 | 52.5         | 0.162 |
| TOTAL | -0.01                     | 0.995 | 37.0         | 0.965 |
| F1    | 0.41                      | 0.685 | 32.5         | 0.662 |
| F2    | -0.04                     | 0.968 | 36.0         | 0.895 |
| F3    | -0.47                     | 0.643 | 36.0         | 0.895 |
| F4    | -0.02                     | 0.982 | 36.5         | 0.930 |
| BECK  | -0.92                     | 0.372 | 26.0         | 0.314 |
| B-FNE | -1.24                     | 0.232 | 26.0         | 0.314 |
| MI    | 0.20                      | 0.846 | 40.0         | 0.827 |

Hemos pretendido comprobar la influencia de la medicación en la evaluación. Por supuesto, los resultados obtenidos en el análisis de datos no pueden llevarnos a sacar conclusiones definitivas respecto a dicha influencia, pero sí nos informaron que no existían diferencias significativas entre los posibles subgrupos (medicados y no medicados) en los resultados de la evaluación psicológica llevada a cabo. En las tablas 8 y 9 podemos observar la influencia de la medicación en cada de los instrumentos y variables evaluadas en el presente trabajo. La prueba de t se acompaña de la no paramétrica de Mann-Whitney dado el escaso número de sujetos.

#### 4. Trastorno de pánico con agorafobia (DSM-III-R: 300.21).

El grupo está formado por 20 sujetos de los cuales 3 (15%) son varones y 17 (85%) son mujeres. Respecto a la edad, la media del grupo es de 33.5 años, con un rango que va desde los 19 a los 54 años.

La fuente de procedencia de todos los sujetos es la clínica.

En este grupo, no todos los sujetos fueron evaluados con todos los instrumentos. La totalidad de las pruebas empleadas fueron aplicadas a 8 sujetos, mientras que a los 12 restantes solamente se les aplicó el I.S.R.A.

Cuando se lleva a cabo la evaluación de los sujetos, 15 siguen tratamiento farmacológico (13 con ansiolíticos y 2 con antidepresivos) y 5 no tomaban medicación. La influencia de la medicación en la evaluación se presenta en las tablas 10 y 11. Como hemos podido observar en dichas tablas, el que tomen o no medicación no ha influido en la evaluación realizada.

TABLA 10

|       | SIN MEDICACION |        | CON MEDICACION |        |
|-------|----------------|--------|----------------|--------|
|       | MEDIA          | DESV.  | MEDIA          | DESV.  |
| COG.  | 139.400        | 27.153 | 143.733        | 26.716 |
| FIS.  | 81.400         | 25.547 | 90.866         | 32.525 |
| MOTOR | 84.800         | 52.447 | 82.333         | 33.574 |
| TOTAL | 305.600        | 27.978 | 126.133        | 37.115 |
| F1    | 133.600        | 27.978 | 126.133        | 37.115 |
| F2    | 33.200         | 17.782 | 33.266         | 13.760 |
| F3    | 98.800         | 32.530 | 112.266        | 25.310 |
| F4    | 38.600         | 15.076 | 36.266         | 16.250 |
| BECK  | 15.500         | 7.778  | 11.666         | 16.250 |
| B-FNE | 37.000         | 12.727 | 40.000         | 11.189 |
| MI    | 176.000        | 17.677 | 163.333        | 45.750 |

TABLA 11

|       | SIGNIFICACION ESTADISTICA |       |              |       |
|-------|---------------------------|-------|--------------|-------|
|       | PRUEBA DE t               |       | MANN-WHITNEY |       |
|       | t                         | p     | U            | p     |
| COG.  | -0.31                     | 0.757 | 35.5         | 0.861 |
| FIS.  | -0.59                     | 0.563 | 33.0         | 0.694 |
| MOTOR | 0.12                      | 0.902 | 33.5         | 0.726 |
| TOTAL | -0.28                     | 0.783 | 32.0         | 0.631 |
| F1    | -0.69                     | 0.500 | 30.0         | 0.512 |
| F2    | -0.01                     | 0.993 | 35.0         | 0.826 |
| F3    | -0.96                     | 0.348 | 26.0         | 0.315 |
| F4    | 0.28                      | 0.780 | 41.0         | 0.760 |
| BECK  | 0.65                      | 0.542 | 8.0          | 0.502 |
| B-FNE | -0.32                     | 0.759 | 5.0          | 0.738 |
| MI    | 0.38                      | 0.716 | 8.0          | 0.505 |

5. Trastorno depresivo mayor (episodio único, grave, sin síntomas psicóticos) (DSM-III-R: 296.23).

El grupo está formado por 20 sujetos de los cuales 7 (35%) son varones y 13 (65%) son mujeres. Respecto a la edad, la media del grupo es de 34.6 años, con un rango que

va desde los 18 a los 65 años.

La fuente de procedencia de todos los sujetos es la clínica.

De los sujetos que forman el grupo, 11 no estaban siguiendo tratamiento farmacológico y 9 si lo seguían (1 con antidepresivos y 8 con antidepresivos y ansiolíticos). En las tablas 12 y 13 se expresan los resultados obtenidos al comparar ambos subgrupos (medicados y no medicados). Como se puede apreciar, no existen diferencias entre ambos subgrupos.

TABLA 12

|       | SIN MEDICACION |        | CON MEDICACION |        |
|-------|----------------|--------|----------------|--------|
|       | MEDIA          | DESV.  | MEDIA          | DESV.  |
| COG.  | 150.181        | 30.413 | 158.777        | 26.831 |
| FIS.  | 104.818        | 36.664 | 106.166        | 43.255 |
| MOTOR | 96.727         | 34.988 | 101.666        | 34.128 |
| TOTAL | 351.727        | 92.483 | 366.611        | 26.986 |
| F1    | 157.363        | 30.897 | 154.222        | 27.657 |
| F2    | 54.909         | 21.672 | 48.555         | 16.941 |
| F3    | 75.363         | 43.582 | 80.888         | 33.658 |
| F4    | 49.818         | 18.616 | 53.777         | 21.294 |
| BECK  | 31.636         | 8.709  | 36.555         | 8.516  |
| B-FNE | 53.636         | 4.522  | 52.888         | 5.840  |
| MI    | 115.272        | 30.519 | 109.000        | 37.148 |

TABLA 13

|       | SIGNIFICACION ESTADISTICA |       |              |       |
|-------|---------------------------|-------|--------------|-------|
|       | PRUEBA DE t               |       | MANN-WHITNEY |       |
|       | t                         | p     | U            | p     |
| COG.  | -0.66                     | 0.516 | 40.5         | 0.493 |
| FIS.  | -0.08                     | 0.940 | 42.0         | 0.568 |
| MOTOR | -0.32                     | 0.754 | 43.0         | 0.621 |
| TOTAL | -0.38                     | 0.709 | 43.0         | 0.621 |
| F1    | 0.24                      | 0.815 | 54.5         | 0.703 |
| F2    | 0.72                      | 0.482 | 61.5         | 0.361 |
| F3    | -0.31                     | 0.759 | 43.0         | 0.621 |
| F4    | -0.44                     | 0.662 | 44.0         | 0.676 |
| BECK  | -1.27                     | 0.220 | 34.5         | 0.253 |
| B-FNE | 0.32                      | 0.750 | 47.0         | 0.848 |
| MI    | 0.42                      | 0.683 | 56.0         | 0.621 |

## 6. Grupo control.

El grupo está formado por 92 sujetos que cumplen como criterio único no padecer ni haber padecido algún trastorno psicopatológico. De los sujetos que forman el grupo, 31 (33.6%) son varones y 61 (66.3%) son mujeres. Respecto a la edad, la media del grupo es de 30.6 años, con un rango que va desde los 18 a los 62 años.

## 8.2. PROCEDIMIENTO.

Para los objetivos propuestos en el presente trabajo necesitábamos aplicar diferentes autoinformes que evaluaran de forma específica cada uno de los trastornos que formaban la muestra. Los instrumentos empleados fueron los siguientes (dichos instrumentos se describen detalladamente en el siguiente apartado de este capítulo):

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.; Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986, 1988 y 1994).
- Inventario para la Depresión de Beck (BDI; Beck y cols., 1979).
- Inventario de Movilidad para la Agorafobia (MI; Chambless y cols., 1985).
- Escala Abreviada de Temor a la Evaluación Negativa (B-FNE; Leary, 1983).

La aplicación de los instrumentos fue distinta en función de la fuente de procedencia de los sujetos (la clínica privada y el primer curso de la Facultad de Psicología U.C.M.). De la Facultad de Psicología sólo se obtuvo muestra para los grupos diagnósticos de Fobia Social y Fobia Simple, dada la escasez de este tipo de sujetos que padeciendo dichos trastornos acuden a la clínica privada en búsqueda de tratamiento.



Cuando la fuente de procedencia era la Facultad de Psicología, el procedimiento fue el siguiente:

La aplicación de las pruebas se desarrolló de forma colectiva en una única sesión. Los instrumentos que se aplicaron fueron los mismos que para el resto de los sujetos (los pertenecientes al grupo control y a los que procedían de la clínica) y además se construyó un cuestionario en el que se recogían de forma interrogativa los criterios de diagnóstico del DSM-III-R para la fobia social y la fobia simple (véase anexo).

Mediante el cuestionario adicional de criterios DSM-III-R para la fobia social y la fobia simple, se seleccionaron aquellos sujetos que podrían sufrir dichos trastornos. Todos los sujetos seleccionados fueron llamados a una entrevista personal para confirmarlos o desecharlos como componentes de los grupos diagnósticos de fobia social y fobia simple.

Cuando la fuente de procedencia era la clínica privada el procedimiento seguido fue el siguiente:

La aplicación de los cuestionarios se hizo de forma individual con el apoyo del evaluador, durante una única sesión y estableciéndose períodos de descanso, si era oportuno. La aplicación se realizaba tras la primera entrevista y una vez emitido el correspondiente diagnóstico según los criterios DSM-III-R. Una vez efectuado tal

diagnóstico se llevaba a cabo la evaluación. La duración del proceso desde que el paciente llegaba por primera vez a la consulta hasta que era evaluado, con los instrumentos señalados anteriormente, nunca fue superior a una semana.

Los pacientes que llegaban a la clínica con un tratamiento farmacológico ya administrado debían seguir cumpliendo los criterios de diagnóstico DSM-III-R para el trastorno del que se tratase, con lo cual entendíamos que o bien aún no había habido tiempo suficiente para que la medicación surtiese efecto o que dicha medicación no tenía los efectos terapéuticos deseados.

Todos los sujetos de la muestra completaron todos los instrumentos empleados, con las siguientes excepciones:

- El cuestionario desarrollado a partir de los criterios DSM-III-R para la fobia social y fobia simple, sólo se aplicó a los sujetos procedentes de la Facultad de Psicología, pues dicho instrumento se utilizó con fines de clasificación para pasar a una entrevista posterior.
- Doce de los veinte sujetos que componen el grupo diagnóstico de Trastorno de Pánico con Agorafobia, sólo completaron el I.S.R.A., pues dichos sujetos proceden de una muestra empleada en un trabajo de investigación previo. Puesto que la

mayor parte de los objetivos de nuestro trabajo tienen como eje el I.S.R.A., nos pareció de gran utilidad incluirlos.

Por último, señalar que el grupo control está formado por personas que no padecen ningún trastorno psicopatológico ni lo han padecido en el pasado. Esta condición se constataba en una entrevista previa a la aplicación de los instrumentos de evaluación.

### 8.3. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.

#### Inventario de Movilidad para la Agorafobia (MI).

El Inventario de Movilidad para la Agorafobia ("Self-Report-Mobility Inventory for Agoraphobia"; Chambless, Caputo, Jasin, Gracely y Williams, 1985) es una escala de 27 items, y cada uno de ellos es puntuado cuatro veces utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos. Los sujetos completan la escala según eviten las situaciones, y en función de que se encuentren solos o acompañados en las mismas. Además los pacientes evalúan cuanta ansiedad o malestar podrían experimentar, solos o acompañados, en las mismas situaciones. El MI también evalúa la frecuencia de la aparición de ataques de pánico que el paciente haya podido sufrir en los últimos siete días.

El MI fue diseñado como una medida de autoinforme sobre la severidad de la ansiedad y evitación en la agorafobia. El MI permite distinguir entre evitación fóbica y malestar en situaciones donde el agorafóbico está solo en contraposición a cuando se halla acompañado. La investigación desarrollada con este inventario, aporta datos sobre su validez y fiabilidad (Chambless y cols., 1985). Se ha encontrado que las cuatro subescalas tenían una distribución normal, alta consistencia interna, y alta fiabilidad durante un intervalo pretratamiento de 31 días. La fiabilidad de los items era también aceptable, con rangos de correlación desde .48 a .90 (media  $r = .76$ ). De igual modo los análisis revelaron

altas intercorrelaciones entre las tasas de evitación/solo y malestar/solo, aunque solamente las tasas de la escala de evitación han sido consideradas en siguientes análisis. Por último, señalar que el MI ha demostrado excelente sensibilidad clínica reflejando diferencias pre-postratamiento y unos buenos índices de validez.

En nuestro trabajo, solamente se ha utilizado la evaluación del grado de evitación del paciente, tanto solo como acompañado, y la frecuencia de aparición de ataques de pánico.

#### Inventario para la Depresión de Beck (BDI).

El Inventario para la Depresión de Beck ("Beck Depression Inventory"; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) recoge 21 síntomas y actitudes relevantes de la depresión que pueden ser valorados de 0 a 3 según su intensidad a partir de 84 ítems.

El BDI es posiblemente el autoinforme más utilizado en la evaluación de la depresión, tanto en clínica como en investigación (Gotlib y Cane, 1989), debido a su alta fiabilidad y validez (Vázquez, 1986 y 1991; Beck, Steer y Garbin, 1988).

El BDI abarca aceptablemente los síntomas que se incluyen como criterios en el diagnóstico de "episodio depresivo mayor" que hace el DSM-III-R (Vázquez y Sanz,

1992). Siendo dicha clasificación nosológica una de las más utilizadas en la actualidad, podemos entender la alta elección de este instrumento para la evaluación cuantitativa de los pacientes que han sido diagnosticados en base a los criterios señalados (Vázquez, 1991).

#### Escala Abreviada de Temor a la Evaluación Negativa (B-FNE).

La Escala Abreviada de Temor a la Evaluación Negativa ("Brief Version of the Fear of Negative Evaluation Scale"; Leary, 1983) está formada por 12 items extraídos de la originaria Escala de Temor a la Evaluación Negativa ("Fear of Negative Evaluation Scale"; Watson y Friend, 1969). Esta escala original ha sido muy utilizada en la evaluación de la ansiedad social (Glass y Arnkoff, 1988).

Actualmente, y de ello nos hacemos eco en nuestro trabajo, se ha preferido la utilización de la escala abreviada ya que entre ambas existe una correlación de .96, con lo cual sin disminuir sus propiedades psicométricas, sí disminuye el tiempo de aplicación y análisis, y además se evita el cansancio de los pacientes.

Como señalábamos anteriormente la B-FNE consta de 12 items que se contestan según una escala tipo Likert que va de 1 a 5 puntos.

---

### Cuestionario para el Diagnóstico de Fobia Social y Fobia Simple (CFSS).

Este cuestionario se construyó para la presente investigación y consta de seis ítems para cada uno de los trastornos evaluados. Dichos ítems son la formulación en interrogativa de los criterios de diagnóstico del DSM-III-R para la fobia simple y la fobia social. El sujeto ha de contestar SI/NO a cada una de las cuestiones. En el primero de los ítems, además de contestar SI/NO, se hace que el individuo especifique de forma concreta otro tipo de información relevante.

### Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA).

El I.S.R.A. (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986, 1988 y 1994) es un inventario de tipo S-R, es decir, que incluye tanto situaciones como respuestas. En concreto, 22 situaciones y 24 respuestas de ansiedad. El sujeto que responde evalúa la frecuencia con que en él se manifiestan una serie de respuestas y conductas de ansiedad (24 respuestas pertenecientes a los sistemas cognitivo, fisiológico y motor), ante cada una de las 22 situaciones que se le presentan. De las 24 respuestas de ansiedad, 7 pertenecen al sistema de respuestas cognitivo, 10 al sistema fisiológico y 7 al motor. Respecto a las situaciones y a partir del análisis factorial de las mismas, los autores obtuvieron cuatro factores o rasgos específicos: F-I: ansiedad ante la evaluación, F-II: ansiedad interpersonal, F-III: ansiedad fóbica, y F-IV: ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana. A

continuación se describen las respuestas que componen cada uno de los sistemas mencionados así como las situaciones que forman cada uno de los factores situacionales o rasgos específicos.

### Sistemas de Respuesta.

**Cognitivo:** las respuestas que forma el sistema cognitivo serían de preocupación, sentimientos negativos (inferioridad, torpeza), inseguridad, dificultades de decisión, miedo, dificultades de concentración, creencia que los demás perciben la propia torpeza.

**Fisiológico:** está formado por respuestas tales como molestias estomacales, sudoración, temblores, tensión, palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado, falta de aire y respiración agitada, náuseas o mareo, sequedad de boca y dificultades para tragar, escalofríos.

**Motor:** este sistema está formado por las respuestas de llanto, realizar movimientos repetitivos (rascarse, movimientos rítmicos de pies o manos, etc...), fumar, comer y/o beber en exceso, evitación de situaciones, movimientos o actividades sin finalidad concreta, paralización o movimientos torpes, tartamudeo o dificultades de expresión verbal.



Factores situacionales o Rasgos específicos.

A continuación se describen los items-situaciones que forman cada uno de los factores:

**Factor I (ansiedad ante la evaluación):**

- Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.
- A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.
- Cuando alguien me molesta o cuando discuto.
- Si tengo que hablar en público.
- Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.
- Después de haber cometido algún error.

**Factor II (ansiedad interpersonal):**

- Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.
  
- Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.
  
- Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.

**Factor III (ansiedad fóbica):**

- Cuando tengo que viajar en avión o en barco.
  
- Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.
  
- En medio de multitudes o en espacios cerrados.
  
- En lugares altos, o ante aguas profundas.

**Factor IV (ansiedad ante situaciones habituales):**

- En mi trabajo o cuando estudio.
  
- Por nada en concreto.
  
- A la hora de dormir.

En cuanto a las puntuaciones, las de cada uno de los sistemas de respuesta se obtienen sumando las puntuaciones de todas las respuestas que se dan a las situaciones con las que se corresponden. En el caso del sistema fisiológico, dicha puntuación se divide entre dos, debido a que en el inventario de este sistema hay el doble de items que en el resto. Respecto a la obtención de las puntuaciones de los rasgos específicos o factores situacionales, ésta se lleva a cabo sumando las puntuaciones de los items-situaciones que se describían anteriormente en los tres sistemas de respuesta.

#### 8.4. ANALISIS DE DATOS.

Una vez finalizada la evaluación de la muestra, todas las puntuaciones fueron informatizadas para poder ser analizadas estadísticamente.

Los análisis empleados en nuestro trabajo han sido los siguientes:

1. Cálculo de medias y desviaciones típicas de cada variable en cada uno de los grupos que forman la muestra.
2. Pruebas no paramétricas (Mann-Whitney) cuando se analizan subgrupos de los grupos estudiados.
3. Análisis de varianza paramétrico.
4. Análisis de varianza para contrastes intra e intergrupos (pruebas post-hoc).

Todos los análisis estadísticos han sido realizados por medio del paquete estadístico BMDP (Dixon, 1993), utilizándose los programas : 3D, 7D y 2V.

## **9. RESULTADOS Y DISCUSION**

## 9. RESULTADOS Y DISCUSION.

En el presente capítulo exponemos los resultados obtenidos para cada una de las hipótesis formuladas. Antes de centrarnos en la exposición de los resultados de cada una de dichas hipótesis, hemos de señalar que los resultados vienen expresados en puntuaciones directas, excepto en los casos en los que las comparaciones y contrastes que realizamos nos exigen la utilización de puntuaciones típicas, este es el caso de los análisis de varianza y contrastes de medidas intragrupo, donde tenemos que comparar dos o más variables entre sí.

En la tabla 1, se exponen las medias y desviaciones típicas de cada grupo en cada una de las variables evaluadas. En el caso del *I.S.R.A.*, obtenemos ocho puntuaciones, en cada una de las variables que evalúa dicho instrumento: reactividad cognitiva (COG), fisiológica (FIS) y motora (MOT); nivel general de ansiedad (NGA); ansiedad ante situaciones: de evaluación (F1), de interacción social (F2), fóbicas (F3) y habituales o cotidianas (F4). Posteriormente aparecen las puntuaciones obtenidas en el *Inventario para la Depresión de Beck* (BDI), en la *Escala Breve de Temor a la Evaluación Negativa* (B-FNE) y en el *Inventario de Movilidad para la Agorafobia* (MI). En los tres últimos autoinformes, solamente hemos considerado una puntuación global.

TABLA 1

**MEDIAS Y DESVIACIONES TIPICAS DE TODOS LOS GRUPOS EVALUADOS**  
 (FOBIA SOCIAL, FOBIA SIMPLE, TR. ANSIEDAD GENERALIZADA,  
 TR. PANICO CON AGORAFOBIA, TR. DEPRESIVO MAYOR, GRUPO CONTROL)

|       | FOB.SOC.          | FOB.SIM.          | ANS.GEN.          | PAN.AG.           | DEPRES.           | CONTROL           |
|-------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| COG.  | 100.700<br>18.932 | 74.950<br>21.980  | 114.300<br>28.236 | 142.650<br>26.170 | 154.050<br>28.447 | 56.098<br>20.315  |
| FIS.  | 65.850<br>21.339  | 44.200<br>19.804  | 83.425<br>25.864  | 88.500<br>30.571  | 105.425<br>38.676 | 25.630<br>16.069  |
| MOT.  | 63.700<br>19.464  | 46.750<br>19.331  | 93.550<br>23.570  | 82.950<br>37.562  | 98.950<br>33.780  | 34.826<br>20.458  |
| NGA   | 230.250<br>46.909 | 165.900<br>52.270 | 291.275<br>59.003 | 314.100<br>76.630 | 358.425<br>85.552 | 116.544<br>46.187 |
| F1    | 104.850<br>22.497 | 69.600<br>28.616  | 136.100<br>31.275 | 123.000<br>34.797 | 155.950<br>28.759 | 59.859<br>24.611  |
| F2    | 39.250<br>10.371  | 11.900<br>7.539   | 34.850<br>9.433   | 33.250<br>14.356  | 52.050<br>19.457  | 12.120<br>8.348   |
| F3    | 53.250<br>19.295  | 60.000<br>32.254  | 51.750<br>28.230  | 108.900<br>27.030 | 77.850<br>38.531  | 19.728<br>15.248  |
| F4    | 24.600<br>13.964  | 17.100<br>10.940  | 46.050<br>17.043  | 36.850<br>15.605  | 51.600<br>19.420  | 10.533<br>7.781   |
| BDI   | 10.300<br>5.639   | 6.650<br>4.295    | 14.950<br>10.817  | 12.625<br>6.968   | 33.850<br>8.762   | 5.109<br>3.696    |
| B-FNE | 41.500<br>8.095   | 33.850<br>7.199   | 39.050<br>8.793   | 39.250<br>10.700  | 53.300<br>5.027   | 32.076<br>7.564   |
| MI    | 92.100<br>29.672  | 98.050<br>34.415  | 96.000<br>30.825  | 166.625<br>39.709 | 112.450<br>32.887 | 78.707<br>19.541  |

**Resultados para la hipótesis 1 (véase pág.: 134)**

Para demostrar la presente hipótesis necesitábamos comparar dos grupos que al ser evaluados mediante el ISRA no presentaran diferencias en el nivel general de ansiedad, demostrándose que sí difieren, dichos grupos, a nivel de sistemas de respuesta y rasgos específicos.

Para conocer qué grupos de los que formaban la muestra no presentaban diferencias estadísticamente significativas en el *nivel general de ansiedad* evaluado por el ISRA, hicimos la prueba de Newman Keuls, y los resultados que nos ofreció dicha prueba, evidenciaron, con un nivel de confianza de un 95%, que los grupos diagnósticos de **trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de pánico con agorafobia no presentaban diferencias estadísticamente significativas en la variable *nivel general de ansiedad* del ISRA.**

Respecto a los sistemas de respuesta evaluados por el ISRA, en la tabla 2 se presentan las medias y desviaciones típicas (expresadas en puntuaciones típicas) de cada uno de los sistemas de respuesta en cada uno de los grupos diagnósticos evaluados (trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de pánico con agorafobia).



TABLA 2  
**MEDIAS Y DESVIACIONES TIPICAS. SISTEMAS DE RESPUESTA.  
 (EXPRESADO EN PUNTUACIONES TIPICAS)**

|             | TR. ANSIEDAD GENERALIZADA |              | TR. PANICO CON AGORAFOBIA |              |
|-------------|---------------------------|--------------|---------------------------|--------------|
|             | MEDIA                     | DESV. TIPIC. | MEDIA                     | DESV. TIPIC. |
| COGNITIVO   | 0.60762                   | 0.65210      | 1.26236                   | 0.60439      |
| FISIOLOGICO | 0.81771                   | 0.68677      | 0.95247                   | 0.81176      |
| MOTOR       | 1.04532                   | 0.67188      | 0.74316                   | 0.74316      |

TABLA 3  
**ANALISIS DE VARIANZA - INTERGRUPO (GRUPO)/INTRAGRUPO (SISTEMAS).  
 SISTEMAS DE RESPUESTA.**

| FUENTE   | SUMA DE CUADRADOS | G.L. | MEDIA CUADRATICA | F     | P      |
|----------|-------------------|------|------------------|-------|--------|
| MEDIA    | 98.23380          | 1    | 98.23380         | 91.63 | 0.0000 |
| GRUPO    | 0.79162           | 1    | 0.79162          | 0.74  | 0.3955 |
| ERROR    | 40.73680          | 38   | 1.07202          |       |        |
| SISTEMAS | 0.05645           | 2    | 0.02823          | 0.08  | 0.9213 |
| G. x S.  | 4.58979           | 2    | 2.29490          | 6.68  | 0.0021 |
| ERROR    | 26.12516          | 76   | 0.34375          |       |        |

En la tabla 3, se recogen los resultados del análisis de varianza (intergrupo -grupo- / intragrupo -sistemas-) que ha sido realizado para estudiar las diferencias entre los sistemas de respuesta de los grupos estudiados. Como podemos apreciar en dicha tabla, la interacción grupo x sistemas (G x S) pone de manifiesto que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos diagnosticados de trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de pánico con agorafobia a nivel de sistemas de respuesta ( $F(2,76)=6.68$ ,  $p<.0021$ ). Además, como podemos apreciar en la tabla 4 en la que se presentan los resultados de los contrastes intergrupo, aparecen diferencias significativas entre ambos grupos a nivel de reactividad cognitiva ( $F(1)=10.85$ ,  $p<.0021$ ).

En el gráfico 1 aparecen representadas las puntuaciones medias (expresadas en puntuaciones típicas) de cada uno de los grupos estudiados en cada uno de los tres sistemas de respuesta evaluados por el I.S.R.A. Además, se ofrece la significación estadística de las diferencias que existen entre ambos grupos a nivel de reactividad *cognitiva (COG.)*.

Respecto a los rasgos específicos evaluados por el ISRA, podemos observar en la tabla 5 las medias y desviaciones típicas (expresadas en puntuaciones típicas) de cada uno de los rasgos específicos en cada uno de los grupos diagnósticos evaluados.

En la tabla 6, se recogen los resultados del análisis de varianza (intergrupo -grupo- / intragrupo -rasgos-) realizado para estudiar las diferencias entre los rasgos específicos de

TABLA 4  
**ANALISIS DE VARIANZA PARA CONTRASTES INTERGRUPOS.  
 TR. ANSIEDAD GENERALIZADA vs. TR. PANICO CON AGORAFOBIA.  
 SISTEMAS DE RESPUESTA (ISRA)**

| VARIABLE | VALOR DEL CONTRASTE | G.L. | F     | P      |
|----------|---------------------|------|-------|--------|
| COG.     | 0.61                | 1    | 10.85 | 0.0021 |
| FIS.     | 0.13                | 1    | 0.32  | 0.5742 |
| MOT.     | 0.30                | 1    | 1.14  | 0.2918 |

GRAFICO 1  
**TR. ANSIEDAD GENERALIZADA vs. TR. PANICO AGORAFOBIA**

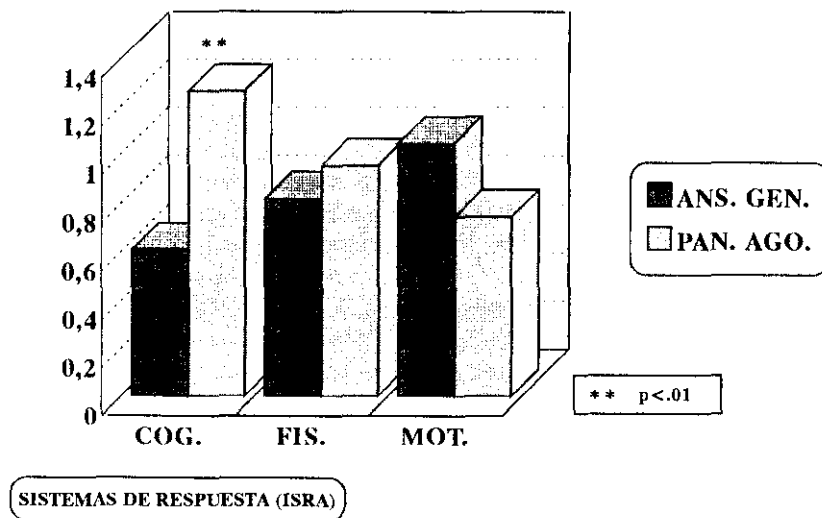


TABLA 5  
**MEDIAS Y DESVIACIONES TIPICAS. RASGOS ESPECIFICOS.  
 (EXPRESADO EN PUNTUACIONES TIPICAS)**

|    | TR. ANSIEDAD GENERALIZADA |              | TR. PANICO CON AGORAFOBIA |              |
|----|---------------------------|--------------|---------------------------|--------------|
|    | MEDIA                     | DESV. TIPIC. | MEDIA                     | DESV. TIPIC. |
| F1 | 1.02449                   | 0.69638      | 0.73280                   | 0.77482      |
| F2 | 0.61844                   | 0.52086      | 0.53009                   | 0.79271      |
| F3 | 0.14923                   | 0.74564      | 1.65874                   | 0.71395      |
| F4 | 1.14568                   | 0.86207      | 0.68032                   | 0.78931      |

TABLA 6  
**ANALISIS DE VARIANZA - INTERGRUPO (GRUPO)/INTRAGRUPO (RASGOS).  
 RASGOS ESPECIFICOS.**

| FUENTE  | SUMA DE CUADRADOS | G.L. | MEDIA CUADRATICA | F     | P      |
|---------|-------------------|------|------------------|-------|--------|
| MEDIA   | 106.92262         | 1    | 106.92262        | 89.52 | 0.0000 |
| GRUPO   | 1.10262           | 1    | 1.10262          | 0.92  | 0.3427 |
| ERROR   | 45.38912          | 38   | 1.19445          |       |        |
| RASGOS  | 3.18004           | 3    | 1.06001          | 3.14  | 0.0282 |
| G. x R. | 24.77798          | 3    | 8.25933          | 24.44 | 0.0000 |
| ERROR   | 38.53095          | 114  | 0.33799          |       |        |

los grupos estudiados. Como podemos apreciar, la interacción grupo x rasgos (G x R) pone de manifiesto las diferencias que existen entre los grupos diagnosticados de trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de pánico con agorafobia a nivel de rasgos específicos ( $F(3,114)=24.44, p<.0000$ ). Además, como podemos apreciar en la tabla 7 en la que se presentan los resultados de los contrastes intergrupo, encontramos diferencias significativas entre ambos grupos en el rasgo específico de *situaciones fóbicas "F3"* ( $F(1)=42.76, p<.0000$ ).

En el gráfico 2 aparecen representadas las puntuaciones medias (expresadas en puntuaciones típicas) de cada uno de los grupos estudiados en cada uno de los cuatro rasgos específicos evaluados por el ISRA. Además, se ofrece la significación estadística de las diferencias que existen entre ambos grupos en el rasgo específico de *situaciones fóbicas (F3)*.

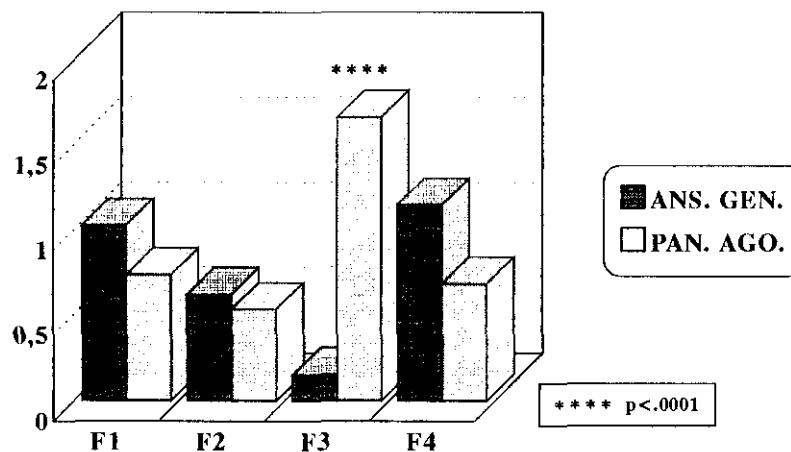
TABLA 7

**ANALISIS DE VARIANZA PARA CONTRASTES INTERGRUPOS.  
TR. ANSIEDAD GENERALIZADA vs. TR. PANICO CON AGORAFOBIA.  
RASGOS ESPECIFICOS (ISRA)**

| VARIABLE | VALOR DEL CONTRASTE | G.L. | F     | P      |
|----------|---------------------|------|-------|--------|
| F1       | 0.29                | 1    | 1.57  | 0.2182 |
| F2       | 0.09                | 1    | 0.17  | 0.6793 |
| F3       | 1.51                | 1    | 42.76 | 0.0000 |
| F4       | 0.47                | 1    | 3.17  | 0.0830 |

GRAFICO 2

**TR. ANSIEDAD GENERALIZADA vs. TR. PANICO CON AGORAFOBIA**



RASGOS ESPECIFICOS (ISRA)

**Resultados para la hipótesis 2 (véase pág.: 135)****Resultados para la hipótesis 2.1. (véase pág.: 135 )**

En la tabla 8, aparecen reflejadas las medias y desviaciones típicas (en puntuaciones directas) de los grupos diagnósticos de trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de pánico con agorafobia.

Para estudiar las diferencias existentes entre dichos grupos en el Inventario de Movilidad para la Agorafobia, se realizaron las pruebas de t y Mann-Whitney, esta última prueba no paramétrica se llevó a cabo puesto que del grupo de trastorno de pánico con agorafobia sólo a 8 de los 20 sujetos se les aplicó dicho inventario.

En la tabla 9, se exponen los resultados obtenidos en cada una de las pruebas realizadas. Como podemos apreciar en dicha tabla, tanto en la prueba de t, como en la prueba no paramétrica de Mann-Whitney, se obtienen diferencias significativas entre ambos grupos diagnósticos ( $t = -5.05$ ,  $p < .0000$  y  $U = 10.0$ ,  $p < .0004$ , respectivamente).

Podemos apreciar gráficamente dichas diferencias entre ambos grupos clínicos (gráfico 3).

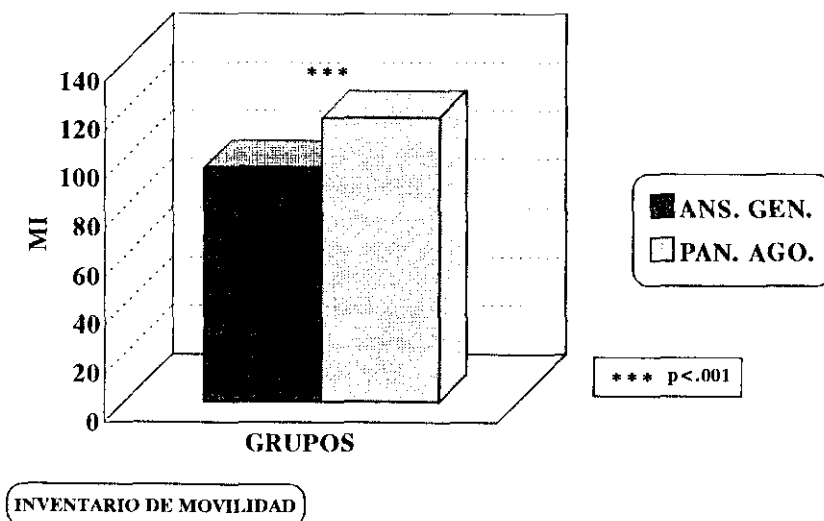
**TABLA 8**  
**MEDIAS Y DESVIACIONES TIPICAS. INVENTARIO DE MOVILIDAD.**  
**(EXPRESADO EN PUNTUACIONES DIRECTAS)**

|    | TR. ANSIEDAD GENERALIZADA |              | TR. PANICO CON AGORAFOBIA |              |
|----|---------------------------|--------------|---------------------------|--------------|
|    | MEDIA                     | DESV. TIPIC. | MEDIA                     | DESV. TIPIC. |
| MI | 96.000                    | 34.415       | 166.625                   | 39.709       |

**TABLA 9**  
**DIFERENCIAS DE MEDIAS. PRUEBAS DE t Y MANN-WHITNEY.**

|    | TR. ANS. GEN. vs. TR. PAN. AGO. |        |             |        |
|----|---------------------------------|--------|-------------|--------|
|    | PRUEBA DE t                     |        | MANN-WITNEY |        |
|    | t                               | p      | U           | p      |
| MI | -5.05                           | 0.0000 | 10.0        | 0.0004 |

**GRAFICO 3**  
**TR. ANSIEDAD GENERALIZADA vs. TR. PANICO CON AGORAFOBIA**





---

**Resultados para la hipótesis 2.2. (véase pág.: 135)**

En la tabla 10, aparecen reflejadas las medias y desviaciones típicas (en puntuaciones directas) de los grupos diagnosticados de trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de pánico con agorafobia en el *rasgo específico -F3-* evaluado por el ISRA.

En la tabla 11 se presentan los resultados del análisis de varianza en el que se demuestra la existencia de diferencias significativas entre los grupos que forman la muestra en la variable estudiada ( $F(5,186)=59.58, p < .0000$ ).

Estudiamos las diferencias existentes entre ambos grupos, respecto al rasgo específico F3 evaluado por el ISRA, mediante un análisis de varianza para contrastes intergrupo cuyos resultados podemos observar en la tabla 12. Como podemos apreciar, el contraste se presenta en la dirección que se apuntaba en la hipótesis que formulábamos. Dicho contraste arroja la existencia de diferencias significativas ( $F(1)=57.73, p < .0000$ ) entre los grupos clínicos de trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de pánico con agorafobia en el rasgo específico de "situaciones fóbicas" (F3), presentando el segundo una puntuación significativamente superior al primero.

Podemos apreciar las diferencias que se establecen entre los grupos estudiados en el gráfico 4.

TABLA 10  
**MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS. RASGO ESPECÍFICO -F3- (ISRA).**  
**(EXPRESADO EN PUNTUACIONES DIRECTAS)**

|    | TR. ANSIEDAD GENERALIZADA |              | TR. PANICO CON AGORAFOBIA |              |
|----|---------------------------|--------------|---------------------------|--------------|
|    | MEDIA                     | DESV. TÍPIC. | MEDIA                     | DESV. TÍPIC. |
| F3 | 51.750                    | 28.230       | 108.900                   | 27.030       |

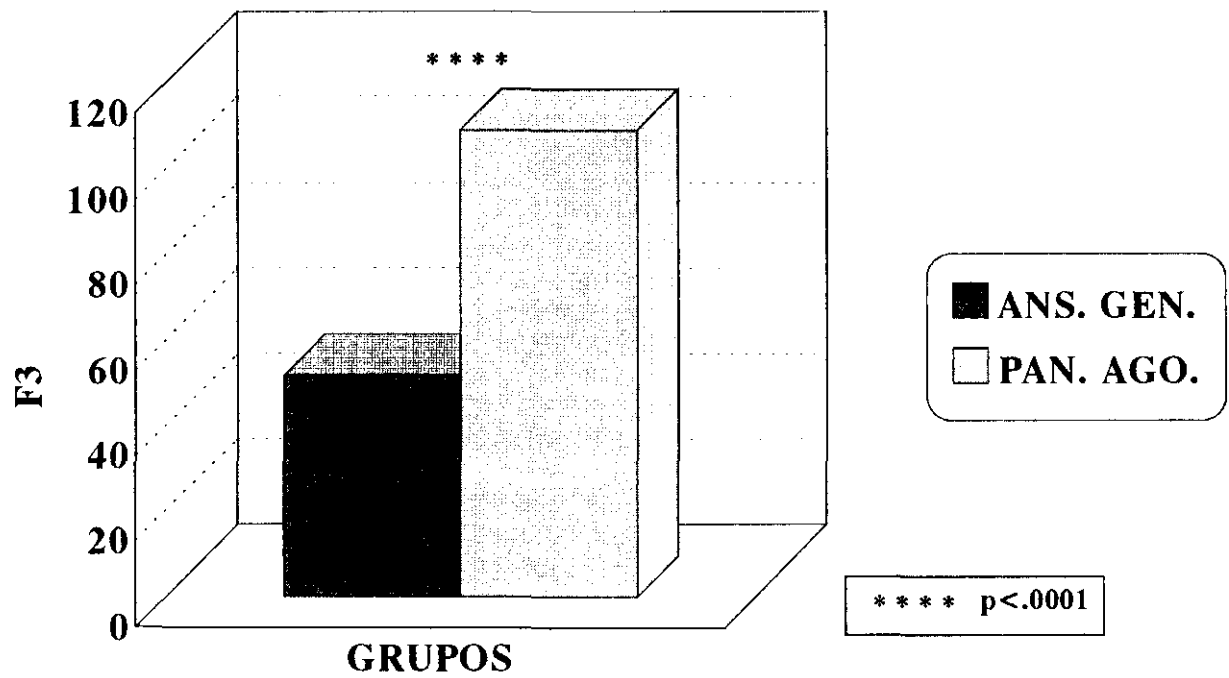
TABLA 11  
**ANÁLISIS DE VARIANZA INTERGRUPO. GRUPOS QUE FORMAN LA MUESTRA.**  
**RASGO ESPECÍFICO -F3- (ISRA).**

| FUENTE | SUMA DE CUADRADOS | G.L. | MEDIA CUADRÁTICA | F     | P      |
|--------|-------------------|------|------------------|-------|--------|
| GRUPO  | 168546.2656       | 5    | 33709.2539       | 59.58 | 0.0000 |
| ERROR  | 105230.0565       | 186  | 565.7530         |       |        |

TABLA 12  
**ANÁLISIS DE VARIANZA PARA CONTRASTES INTERGRUPO.**  
**RASGO ESPECÍFICO -F3- (ISRA).**

| VALOR DEL CONTRASTE | G.L. | F     | P      |
|---------------------|------|-------|--------|
| 57.15               | 1    | 57.73 | 0.0000 |

**GRAFICO 4**  
**TR. ANSIEDAD GENERALIZADA vs. TR. PANICO CON AGORAFOBIA**



RASGO ESPECIFICO F3 (ISRA)

**Resultados para la hipótesis 3 (véase pág.: 135)****Resultados para la hipótesis 3.1. (véase pág.: 136)**

En las tablas 13 y 14, aparecen reflejadas las medias y desviaciones típicas (en puntuaciones directas) de todos los grupos que forman la muestra en la *Escala Abreviada de Temor a la Evaluación Negativa (B-FNE)*.

En la tabla 15 se presentan los resultados del análisis de varianza en el que se demuestra la existencia de diferencias significativas entre los grupos que forman la muestra en la B-FNE ( $F(5,174)=28.23, p<.0000$ ). Para estudiar la capacidad de la B-FNE para diferenciar al grupo diagnosticado de fobia social del resto de los grupos que forman la muestra, hemos realizado un análisis de varianza para contrastes intergrupo. Como podemos apreciar en la tabla 16, los resultados obtenidos indican que no se puede distinguir al grupo diagnosticado de fobia social del resto de los grupos que forman la muestra mediante la B-FNE ( $F(1)=1.11, p<.2943$ ).

En el gráfico 5, se representan las medias de todos los grupos en la B-FNE. Es el grupo diagnosticado de trastorno depresivo mayor el que alcanza una mayor puntuación seguido por el grupo diagnosticado de fobia social, que presenta una puntuación similar al resto de los grupos clínicos evaluados.

TABLA 13

**MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS. B-FNE.  
(EXPRESADO EN PUNTUACIONES DIRECTAS)**

|       | FOBIA SOCIAL    | FOBIA SIMPLE    | TR. ANS. GEN.   |
|-------|-----------------|-----------------|-----------------|
| B-FNE | 41.500<br>8.095 | 33.850<br>7.199 | 39.050<br>8.793 |

TABLA 14

**MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS. B-FNE.  
(EXPRESADO EN PUNTUACIONES DIRECTAS)**

|       | TR. PAN. AGO.    | TR. DEPRES. MAY. | GR. CONTROL     |
|-------|------------------|------------------|-----------------|
| B-FNE | 39.250<br>10.700 | 53.300<br>5.027  | 32.076<br>7.564 |

TABLA 15

**ANALISIS DE VARIANZA INTERGRUPO. GRUPOS QUE FORMAN LA MUESTRA. B-FNE.**

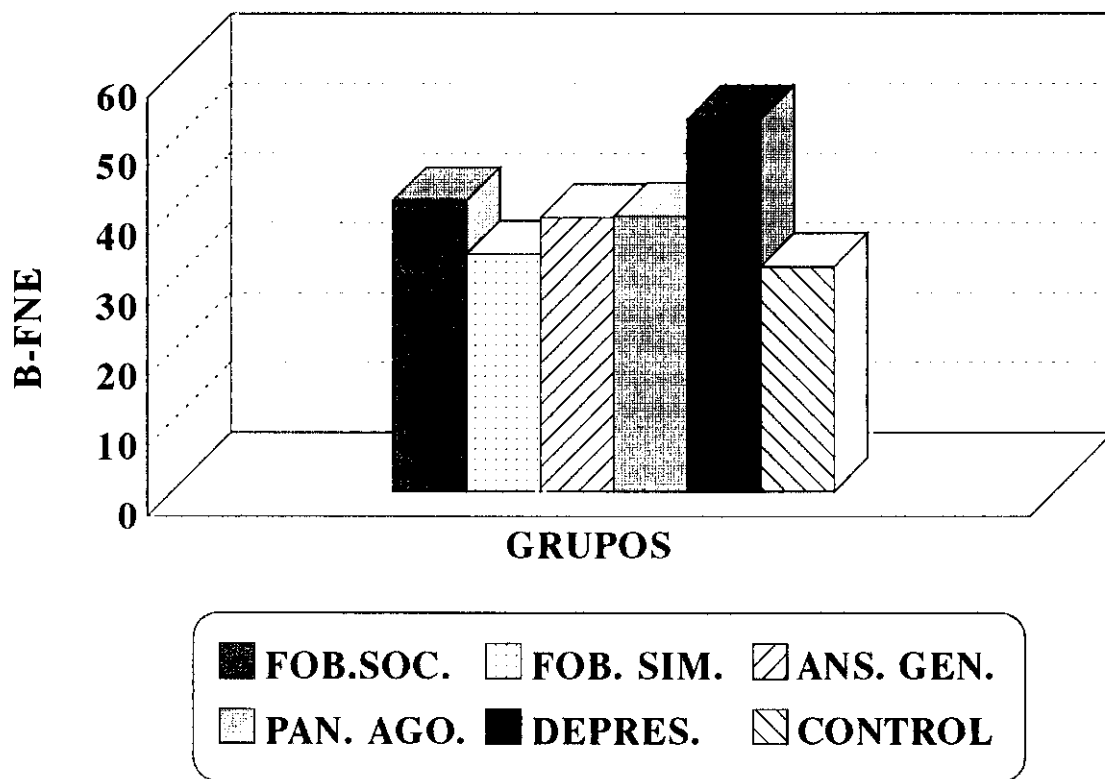
| FUENTE | SUMA DE CUADRADOS | G.L. | MEDIA CUADRATICA | F     | P      |
|--------|-------------------|------|------------------|-------|--------|
| GRUPO  | 8262.9941         | 5    | 1652.5989        | 28.23 | 0.0000 |
| ERROR  | 10186.6674        | 174  | 58.5441          |       |        |

TABLA 16

**ANALISIS DE VARIANZA PARA CONTRASTES INTERGRUPOS.  
FOBIA SOCIAL vs. RESTO DE GRUPOS EN B-FNE.**

| VALOR DEL CONTRASTE | G.L. | F    | P      |
|---------------------|------|------|--------|
| 1.99                | 1    | 1.11 | 0.2943 |

**GRAFICO 5**  
**GRUPOS QUE FORMAN LA MUESTRA**



**Resultados para la hipótesis 3.2. (véase pág.: 136)**

En la tabla 17 encontramos las medias y desviaciones típicas (en puntuaciones típicas) del grupo diagnosticado de fobia social en los *rasgos específicos* evaluados por el ISRA: *situaciones de evaluación (F1)*, *situaciones de interacción social (F2)*, *situaciones fóbicas (F3)* y *situaciones habituales o cotidianas (F4)*.

Para estudiar las diferencias existentes entre las puntuaciones alcanzadas por el grupo diagnosticado de fobia social en cada uno de los rasgos específicos evaluados, llevamos a cabo un análisis de varianza de medidas intragrupo.

Como podemos apreciar en la tabla 18, en la que se ofrecen los resultados de dicho análisis de varianza, se ponen en evidencia diferencias significativas entre las puntuaciones que este grupo alcanza en cada uno de los rasgos específicos evaluados por el ISRA ( $F(3,57)=8.41, p<.0001$ )

En el gráfico 6, podemos apreciar el perfil que presenta el grupo diagnosticado de fobia social a nivel de rasgos específicos evaluados por el ISRA.

TABLA 17  
**MEDIAS Y DESVIACIONES TIPICAS. FOBIA SOCIAL.  
 RASGOS ESPECIFICOS (ISRA).  
 (EXPRESADO EN PUNTUACIONES TIPICAS)**

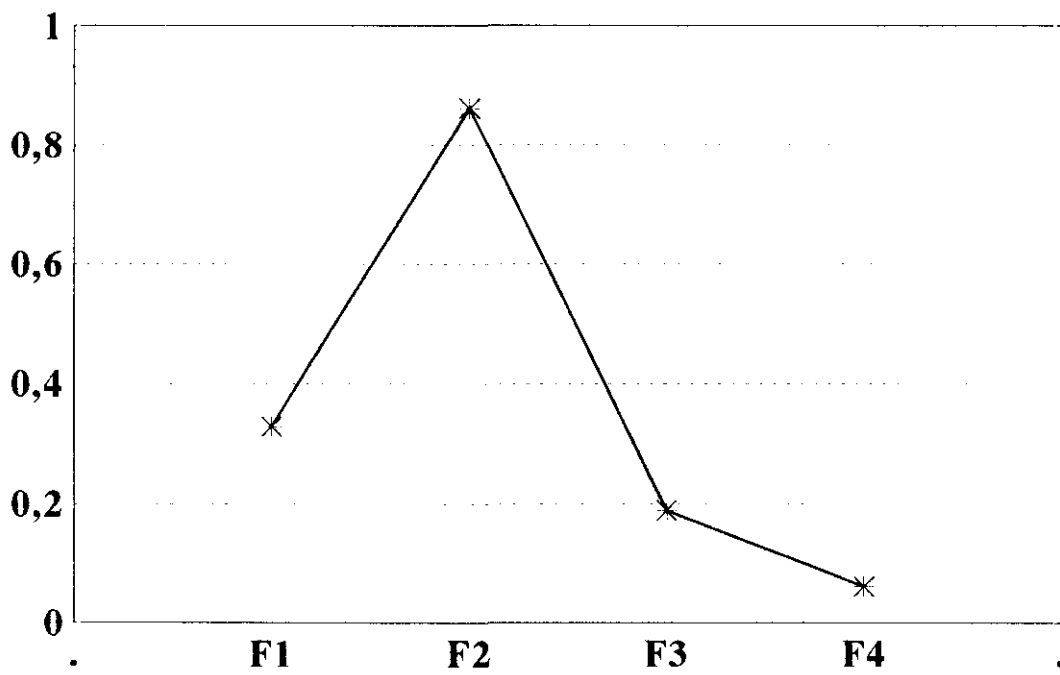
|    | FOBIA SOCIAL |              |
|----|--------------|--------------|
|    | MEDIA        | DESV. TIPIC. |
| F1 | 0.32866      | 0.50094      |
| F2 | 0.86140      | 0.57269      |
| F3 | 0.18885      | 0.50964      |
| F4 | 0.06070      | 0.70632      |

TABLA 18  
**ANALISIS DE VARIANZA INTRAGRUPO. FOBIA SOCIAL.  
 RASGOS ESPECIFICOS (ISRA).**

| FUENTE | SUMA DE CUADRADOS | G.L. | MEDIA CUADRATICA | F     | P      |
|--------|-------------------|------|------------------|-------|--------|
| MEDIA  | 10.36241          | 1    | 10.36241         | 22.81 | 0.0001 |
| ERROR  | 8.63030           | 19   | 0.45423          |       |        |
| RASGOS | 7.42519           | 3    | 2.47506          | 8.41  | 0.0001 |
| ERROR  | 16.78291          | 57   | 0.29444          |       |        |



**GRAFICO 6**  
**FOBIA SOCIAL**



RASGOS ESPECIFICOS (ISRA)

Para estudiar las diferencias que se pronostican en la presente hipótesis, hemos llevado a cabo un análisis de varianza para contrastes intragrupo.

En la tabla 19, se expresan los resultados obtenidos al contrastar los rasgos específicos F1 y F2 con los rasgos específicos F3 y F4. En dichos resultados encontramos diferencias significativas entre dichos pares de rasgos específicos ( $F(1,19)=13.53$ ,  $p<.0016$ ) en el sentido del pronóstico establecido en la presente hipótesis, es decir, se evidencia una puntuación mayor en el primero de los pares frente al segundo.

En la tabla 20, se expresan los resultados obtenidos al contrastar los rasgos específicos F1 y F2. En dichos resultados encontramos diferencias significativas ( $F(1,19)=10.45$ ,  $p<.0044$ ) entre dichos rasgos específicos en el sentido de los pronósticos establecidos en la presente hipótesis, es decir, el grupo diagnosticado de fobia social alcanza una puntuación significativamente más elevada en F2 que en F1.

En el gráfico anterior (gráfico 6), podemos apreciar las elevaciones que presentan cada una de las puntuaciones obtenidas por el grupo diagnosticado de fobia social en cada uno de los rasgos específicos evaluados por el ISRA.

TABLA 19

ANALISIS DE VARIANZA PARA CONTRASTES INTRAGRUPO. FOBIA SOCIAL.  
RASGOS ESPECIFICOS (ISRA).

| FUENTE        | SUMA DE CUADRADOS | G.L. | MEDIA CUADRATICA | F     | P      |
|---------------|-------------------|------|------------------|-------|--------|
| F1/F2 > F3/F4 | 4.42278           | 1    | 4.42278          | 13.53 | 0.0016 |
| ERROR         | 6.21208           | 19   | 0.32695          |       |        |

TABLA 20

ANALISIS DE VARIANZA PARA CONTRASTES INTRAGRUPO. FOBIA SOCIAL.  
RASGOS ESPECIFICOS (ISRA).

| FUENTE  | SUMA DE CUADRADOS | G.L. | MEDIA CUADRATICA | F     | P      |
|---------|-------------------|------|------------------|-------|--------|
| F2 > F1 | 2.83817           | 1    | 2.83817          | 10.45 | 0.0044 |
| ERROR   | 5.15822           | 19   | 0.27149          |       |        |

**Resultados para la hipótesis 3.3. (véase pág.: 136)**

En la tabla 21 encontramos las medias y desviaciones típicas (en puntuaciones directas) de los grupos diagnosticados de fobia social, trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de pánico con agorafobia en el rasgo específico "*situaciones de interacción social*" (F2) evaluado por el ISRA.

En la tabla 22 se presentan los resultados obtenidos del análisis de varianza en el que se demuestra la existencia de diferencias significativas entre los grupos que forman la muestra en la variable estudiada ( $F(5,186)=67.41, p < .0000$ ). Estudiamos las diferencias que se pronostican en la presente hipótesis, mediante un análisis de varianza para contrastes intergrupo. En la tabla 23 aparecen los resultados obtenidos de contrastar el grupo diagnosticado de fobia social con los grupos diagnosticados de trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de pánico con agorafobia en el rasgo específico de "*situaciones de interacción social*" (F2) evaluado por el ISRA. Como podemos apreciar en dicha tabla, el contraste realizado no ofrece diferencias significativas entre los grupos contrastados ( $F(1)=3.01, p < .0843$ ), aunque la significación estadística obtenida nos permite considerar que los resultados marcan una tendencia en el sentido pronosticado por nuestra hipótesis.

La representación gráfica de los grupos estudiados en el rasgo específico evaluado por el ISRA "*situaciones de interacción social*" (F2), aparece en el gráfico 7.

TABLA 21  
**MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS.  
 RASGO ESPECÍFICO -F2- (ISRA).  
 (EXPRESADO EN PUNTUACIONES DIRECTAS)**

|    | FOBIA SOCIAL | TR. ANS. GEN. | TR. PAN. AGO. |
|----|--------------|---------------|---------------|
| F2 | 39.250       | 34.850        | 33.250        |
|    | 10.371       | 9.433         | 14.356        |

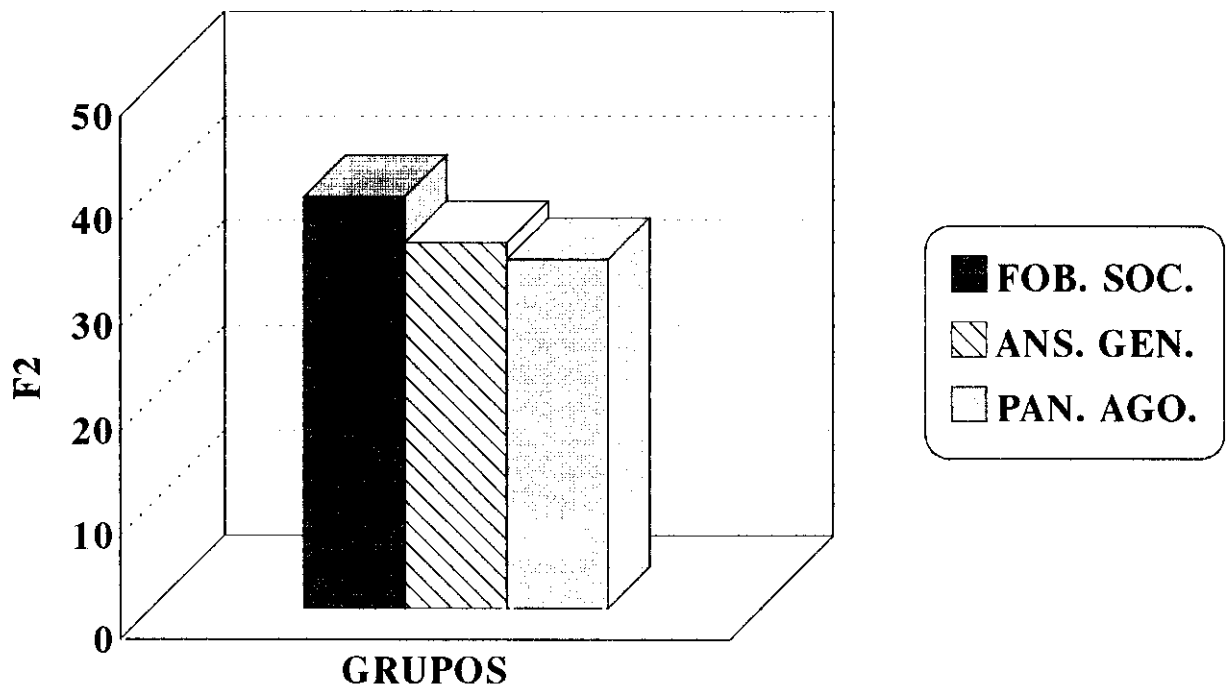
TABLA 22  
**ANÁLISIS DE VARIANZA INTERGRUPO. GRUPOS QUE FORMAN LA MUESTRA.  
 RASGO ESPECÍFICO -F2- (ISRA).**

| FUENTE | SUMA DE CUADRADOS | G.L. | MEDIA CUADRÁTICA | F     | P      |
|--------|-------------------|------|------------------|-------|--------|
| GRUPO  | 40343.1367        | 5    | 8068.6274        | 67.41 | 0.0000 |
| ERROR  | 22264.4848        | 186  | 119.7015         |       |        |

TABLA 23  
**ANÁLISIS DE VARIANZA PARA CONTRASTES INTERGRUPO.  
 FOBIA SOCIAL vs. TR. ANS. GEN./TR. PAN. AGO.  
 RASGO ESPECÍFICO -F2- (ISRA).**

| VALOR DEL CONTRASTE | G.L. | F    | P      |
|---------------------|------|------|--------|
| 5.20                | 1    | 3.01 | 0.0843 |

**GRAFICO 7**  
**FOB. SOCIAL, TR. ANSIEDAD GENERALIZADA Y TR. PANICO CON AGORAFOBIA**



**RASGO ESPECIFICO -F2- (ISRA)**

**Resultados para la hipótesis 3.4. (véase pág.: 137)**

En la tabla 24 encontramos las medias y desviaciones típicas (en puntuaciones típicas) del grupo diagnosticado de fobia social en los sistemas de respuesta evaluados por el ISRA de *reactividad cognitiva, fisiológica y motora*.

Para poner a prueba la presente hipótesis hemos llevado a cabo un análisis de varianza intragrupo.

En la tabla 25 presentamos los resultados obtenidos que demuestran que no existen diferencias significativas ( $F(2,38)=0.79$ ,  $p < .4608$ ) entre las puntuaciones alcanzadas por el grupo diagnóstico de fobia social en cada uno de los sistemas de respuesta evaluados por el ISRA. Por este motivo, no ha sido necesario realizar contrastes que permitiesen conocer posibles diferencias entre la puntuación alcanzada en el sistema de reactividad fisiológica frente a los sistemas cognitivo y motor como se pronosticaba en la presente hipótesis.

En el gráfico 8, se representan las puntuaciones del grupo diagnosticado de fobia social en el triple sistema de respuesta evaluado por el ISRA. Aunque no existen diferencias entre los tres sistemas de respuesta, la mayor elevación se produce en el sistema fisiológico tal y como pronostica nuestra hipótesis, marcando estos resultados una tendencia a considerar en próximos trabajos.

TABLA 24

**MEDIAS Y DESVIACIONES TIPICAS. FOBIA SOCIAL.  
SISTEMAS DE RESPUESTA (ISRA).  
(EXPRESADO EN PUNTUACIONES TIPICAS)**

|             | FOBIA SOCIAL |              |
|-------------|--------------|--------------|
|             | MEDIA        | DESV. TIPIC. |
| COGNITIVO   | 0.29353      | 0.43724      |
| FISIOLOGICO | 0.35104      | 0.56662      |
| MOTOR       | 0.19441      | 0.55485      |

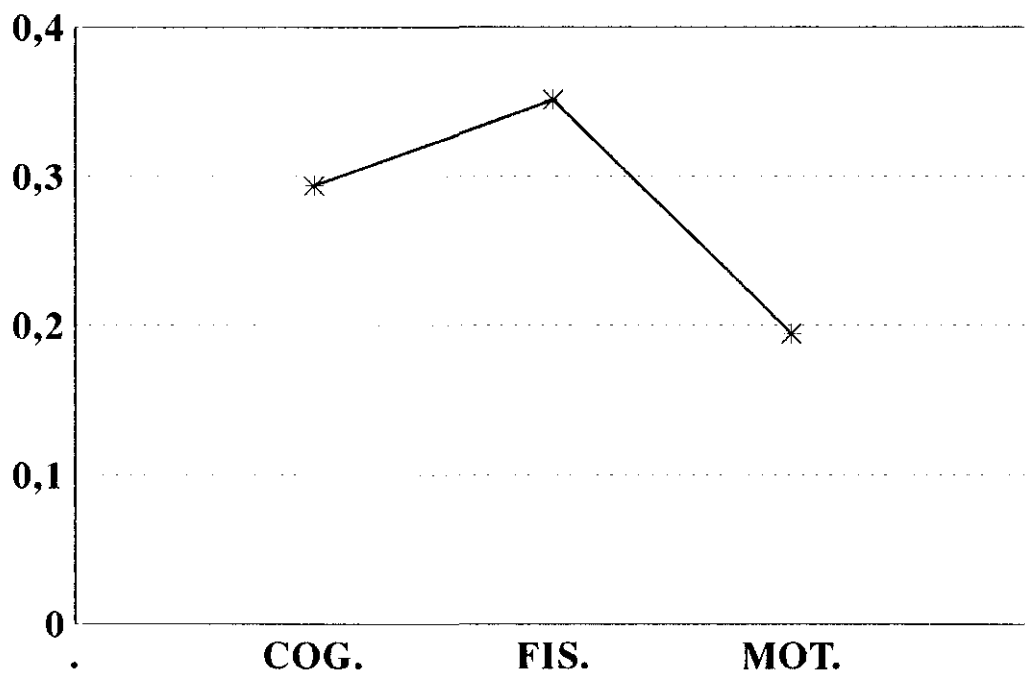
TABLA 25

**ANALISIS DE VARIANZA INTRAGRUPO. FOBIA SOCIAL.  
SISTEMAS DE RESPUESTA (ISRA).**

| FUENTE   | SUMA DE CUADRADOS | G.L. | MEDIA CUADRATICA | F    | P      |
|----------|-------------------|------|------------------|------|--------|
| MEDIA    | 4.69260           | 1    | 4.69260          | 9.34 | 0.0065 |
| ERROR    | 9.54993           | 19   | 0.50263          |      |        |
| SISTEMAS | 0.25108           | 2    | 0.12554          | 0.79 | 0.4608 |
| ERROR    | 6.03175           | 38   | 0.15873          |      |        |



**GRAFICO 8**  
**FOBIA SOCIAL**



SISTEMAS DE RESPUESTA (ISRA)

**Resultados para la hipótesis 4 (véase pág.: 137 )****Resultados para la hipótesis 4.1. (véase pág.: 137)**

En la tabla 26 se presentan las medias y desviaciones típicas (en puntuaciones directas) de los grupos estudiados en la presente hipótesis en la variable "situaciones fóbicas-reactividad fisiológica" (F3F) evaluada por el ISRA.

En la tabla 27 se presentan los resultados obtenidos del análisis de varianza en el que se demuestra la existencia de diferencias significativas entre los grupos que forman la muestra en las variable estudiada ( $F(5,186)=43.69$ ,  $p < .0000$ ). Para poner a prueba la presente hipótesis hemos realizado un análisis de varianza para contrastes intergrupo. En la tabla 28 se ofrecen los resultados obtenidos. Como podemos apreciar el contraste se presenta en el sentido pronosticado en la presente hipótesis, encontramos puntuaciones similares entre los grupos diagnosticados de fobia social, fobia simple y trastorno por ansiedad generalizada, existiendo diferencias significativas ( $F(1)=52.66$ ,  $p < .0000$ ) entre las puntuaciones alcanzadas por éstos y el grupo diagnosticado de trastorno de pánico con agorafobia que presenta una puntuación significativamente superior.

En el gráfico 9 se representan las puntuaciones alcanzadas por los grupos estudiados en la variable evaluada.

TABLA 26

MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS. VARIABLE -F3F- (ISRA).  
(EXPRESADO EN PUNTUACIONES DIRECTAS)

|     | FOB. SOC. | FOB. SIMP. | TR. ANS. GEN. | TR. PAN. AGO. | CONTROL |
|-----|-----------|------------|---------------|---------------|---------|
| F3F | 22.350    | 25.750     | 21.450        | 45.800        | 6.685   |
|     | 12.550    | 16.322     | 12.297        | 14.884        | 7.458   |

TABLA 27

ANALISIS DE VARIANZA INTERGRUPO. GRUPOS QUE FORMAN LA MUESTRA.  
VARIABLE -F3F- (ISRA).

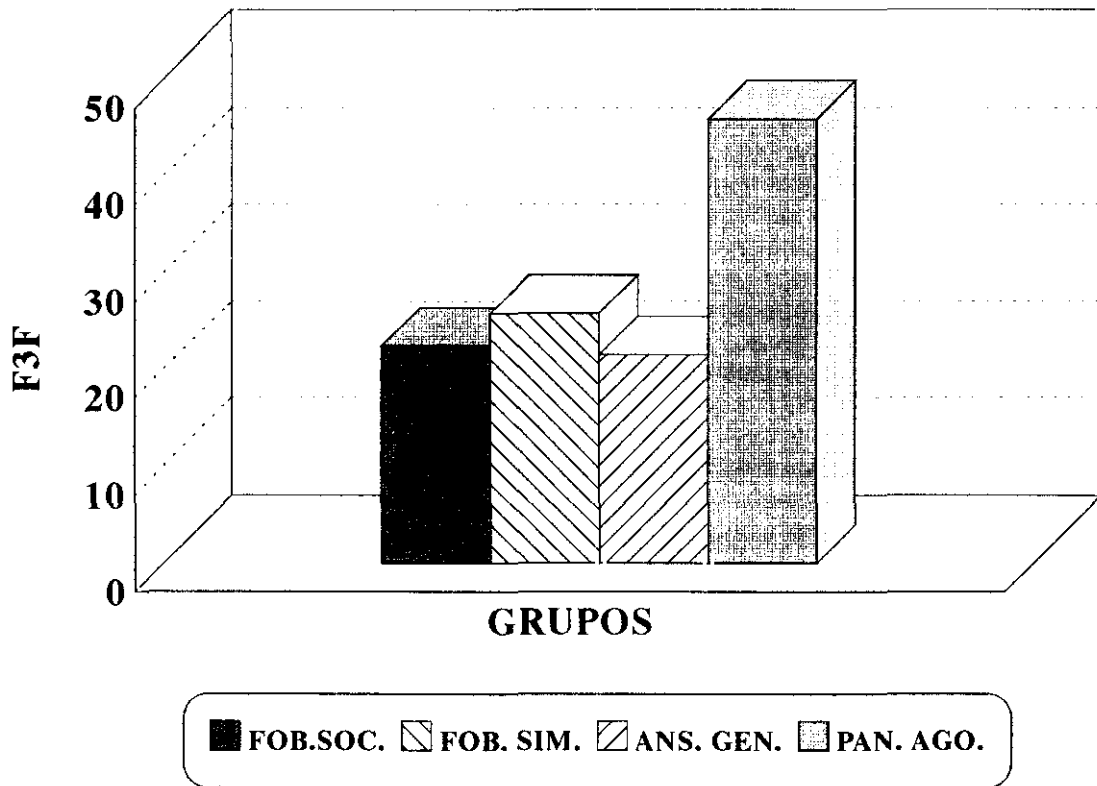
| FUENTE | SUMA DE CUADRADOS | G.L. | MEDIA CUADRATICA | F     | P      |
|--------|-------------------|------|------------------|-------|--------|
| GRUPO  | 32650.6895        | 5    | 6530.1377        | 43.69 | 0.0000 |
| ERROR  | 27799.3087        | 186  | 149.4586         |       |        |

TABLA 28

ANALISIS DE VARIANZA PARA CONTRASTES INTERGRUPO.  
(FOB. SOC./FOB.SIMP./TR. ANS. GEN.)vs.TR. PAN. AGO.  
VARIABLE -F3F- (ISRA).

| VALOR DEL CONTRASTE | G.L. | F     | P      |
|---------------------|------|-------|--------|
| 22.85               | 1    | 52.66 | 0.0000 |

**GRAFICO 9**  
**VARIABLE -F3F- (ISRA)**



**Resultados para la hipótesis 4.2. (véase pág.: 138 )**

En la tabla 29 presentamos las medias y desviaciones típicas (en puntuaciones directas) del grupo diagnosticado de fobia simple y del grupo control en los *sistemas de respuesta y rasgos específicos* evaluados por el ISRA.

En la tabla 30 se recogen los resultados del análisis de varianza en el que se demuestra la existencia de diferencias significativas entre los grupos que forman la muestra en las variables que evalúa el ISRA.

Para poner a prueba la presente hipótesis, hemos realizado una análisis de varianza para contrastes intergrupo. Como podemos apreciar en la tabla 31 las significaciones estadísticas que se obtienen al contrastar los grupos estudiados en cada uno de los sistemas de respuesta y rasgos específicos, no permiten confirmar la hipótesis que habíamos formulado. Para una mejor interpretación de dicha tabla, hemos de tener en cuenta que el sentido que se establece en todos los contrastes es que el grupo diagnosticado de fobia simple es "mayor" que el grupo control.

En los gráficos 10 y 11 aparecen representadas las puntuaciones que alcanzan los grupos estudiados en cada uno de los sistemas de respuesta y rasgos específicos evaluados por el ISRA, así como la significación estadística que alcanzan las diferencias entre ellos.

TABLA 29  
**MEDIAS Y DESVIACIONES TIPICAS. FOBIA SIMPLE Y GRUPO CONTROL.  
 SISTEMAS DE RESPUESTA Y RASGOS ESPECIFICOS (ISRA).  
 (EXPRESADO EN PUNTUACIONES DIRECTAS)**

|             | FOBIA SIMPLE |              | GRUPO CONTROL |              |
|-------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
|             | MEDIA        | DESV. TIPIC. | MEDIA         | DESV. TIPIC. |
| COGNITIVO   | 74.950       | 21.980       | 56.098        | 20.315       |
| FISIOLOGICO | 44.200       | 19.804       | 25.630        | 16.069       |
| MOTOR       | 46.750       | 19.331       | 34.826        | 20.458       |
| F1          | 69.600       | 28.616       | 59.859        | 24.611       |
| F2          | 11.900       | 7.539        | 12.120        | 8.348        |
| F3          | 60.000       | 32.254       | 19.728        | 15.248       |
| F4          | 17.100       | 10.940       | 10.533        | 7.781        |

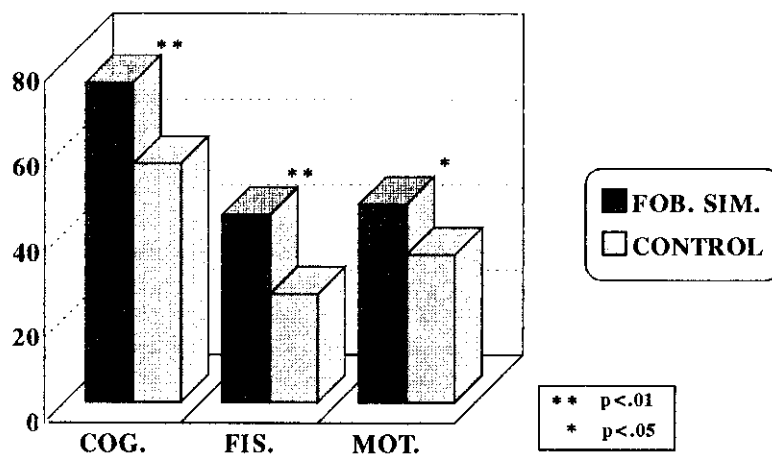
TABLA 30  
ANALISIS DE VARIANZA INTERGRUPO. GRUPOS QUE FORMAN LA MUESTRA.  
SISTEMAS DE RESPUESTA Y RASGOS ESPECIFICOS (ISRA).

| VARIABLE | FUENTE | S.DE CUADRADOS | G.L. | M.CUADRATICA | F      | P      |
|----------|--------|----------------|------|--------------|--------|--------|
| COG.     | GRUPO  | 261083.0156    | 5    | 52216.6016   | 100.04 | 0.0000 |
|          | ERROR  | 97080.9696     | 186  | 521.9407     |        |        |
| FIS.     | GRUPO  | 172428.5156    | 5    | 34485.7031   | 65.13  | 0.0000 |
|          | ERROR  | 98486.9598     | 186  | 529.498      |        |        |
| MOT.     | GRUPO  | 123613.4688    | 5    | 24722.6934   | 41.27  | 0.0000 |
|          | ERROR  | 111428.0174    | 186  | 599.0754     |        |        |
| F1       | GRUPO  | 247586.2188    | 5    | 49517.2422   | 66.94  | 0.0000 |
|          | ERROR  | 137599.2630    | 186  | 739.7810     |        |        |
| F2       | GRUPO  | 40343.1367     | 5    | 8068.6274    | 67.41  | 0.0000 |
|          | ERROR  | 22264.4848     | 186  | 119.7015     |        |        |
| F3       | GRUPO  | 168546.2656    | 5    | 33709        | 59.58  | 0.0000 |
|          | ERROR  | 105230.0565    | 186  | 565.7530     |        |        |
| F4       | GRUPO  | 45838.3125     | 5    | 9167.6621    | 59.20  | 0.0000 |
|          | ERROR  | 28803.8022     | 186  | 154.8592     |        |        |

TABLA 31  
ANALISIS DE VARIANZA PARA CONTRASTES INTERGRUPO.  
FOBIA SIMPLE vs. GRUPO CONTROL.  
SISTEMAS DE RESPUESTA Y RASGOS ESPECIFICOS (ISRA).

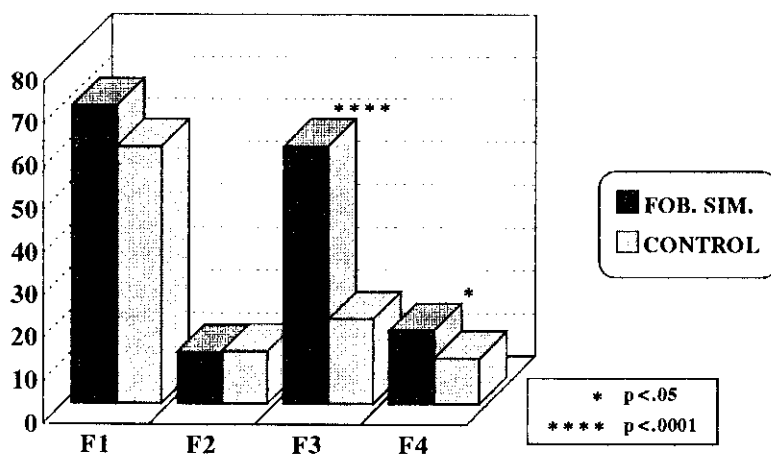
| VARIABLE    | VALOR DEL CONTRASTE | G.L. | F     | P      |
|-------------|---------------------|------|-------|--------|
| COGNITIVO   | 18.85               | 1    | 11.19 | 0.0010 |
| FISIOLOGICO | 18.57               | 1    | 10.70 | 0.0013 |
| MOTOR       | 11.92               | 1    | 3.90  | 0.0498 |
| F1          | 9.74                | 1    | 2.11  | 0.1483 |
| F2          | -0.22               | 1    | 0.01  | 0.9353 |
| F3          | 40.27               | 1    | 47.09 | 0.0000 |
| F4          | 6.57                | 1    | 4.58  | 0.0337 |

GRAFICO 10  
FOBIA SIMPLE vs. GRUPO CONTROL



SISTEMAS DE RESPUESTA (ISRA)

GRAFICO 11  
FOBIA SIMPLE vs. GRUPO CONTROL



RASGOS ESPECIFICOS (ISRA)



**Resultados para la hipótesis 5 (véase pág.: 138)****Resultados para la hipótesis 5.1. (véase pág.:138)**

En las tablas 32 y 33 se ofrecen las medias y desviaciones típicas (en puntuaciones directas) de todos los grupos que forman la muestra en el *Inventario para la Depresión de Beck (BDI)*.

En la tabla 34 se presentan los resultados obtenidos del análisis de varianza en el que se demuestra la existencia de diferencias significativas entre los grupos que forman la muestra en la variable estudiada ( $F(5,174)=80.6, p < .0000$ ). Para poner a prueba esta hipótesis hemos realizado un análisis de varianza para contrastes intergrupos. En la tabla 35 aparecen los resultados que obtenemos al contrastar el grupo diagnosticado de trastorno depresivo mayor con el resto de los grupos que forman la muestra. Como podemos apreciar, el contraste se presenta en el sentido que se pronosticaba en la formulación de la hipótesis. Las diferencias que se obtienen entre el grupo diagnosticado de trastorno depresivo mayor y el resto de los grupos son significativas ( $F(1)=99.99, p < .0000$ ).

En el gráfico 12 aparecen representadas las puntuaciones de cada uno de los grupos que forman la muestra en el *Inventario para la Depresión de Beck (BDI)*.

**TABLA 32**  
**MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS. BDI.**  
**(EXPRESADO EN PUNTUACIONES DIRECTAS)**

|     | FOBIA SOCIAL | FOBIA SIMPLE | TR. ANS. GEN. |
|-----|--------------|--------------|---------------|
| BDI | 10.300       | 6.650        | 14.950        |
|     | 5.639        | 4.295        | 10.817        |

**TABLA 33**  
**MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS. BDI.**  
**(EXPRESADO EN PUNTUACIONES DIRECTAS)**

|     | TR. PAN. AGO. | TR. DEPRES. MAY. | GR. CONTROL |
|-----|---------------|------------------|-------------|
| BDI | 12.625        | 33.850           | 5.109       |
|     | 6.968         | 8.762            | 3.968       |

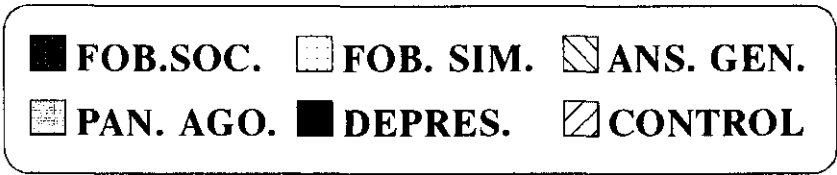
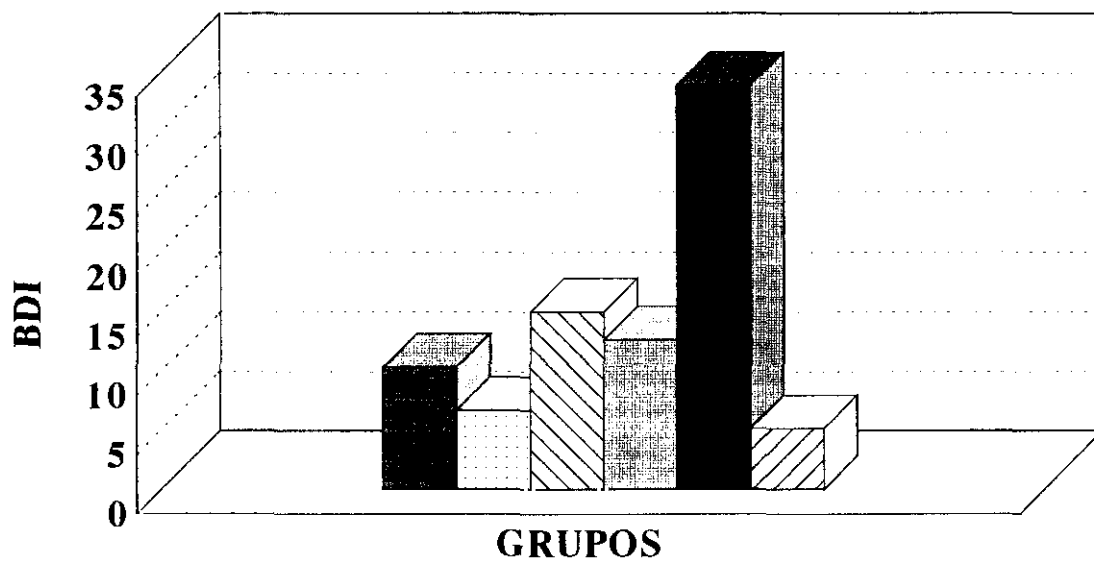
**TABLA 34**  
**ANÁLISIS DE VARIANZA INTERGRUPO. GRUPOS QUE FORMAN LA MUESTRA. BDI.**

| FUENTE | SUMA DE CUADRADOS | G.L. | MEDIA CUADRÁTICA | F     | P      |
|--------|-------------------|------|------------------|-------|--------|
| GRUPO  | 14307.8740        | 5    | 2861.5747        | 80.06 | 0.0000 |
| ERROR  | 6219.0380         | 174  | 35.7416          |       |        |

**TABLA 35**  
**ANÁLISIS DE VARIANZA PARA CONTRASTES INTERGRUPO.**  
**TR. DEPRESIVO MAYOR > RESTO DE GRUPOS. BDI.**

| VALOR DEL CONTRASTE | G.L. | F     | P      |
|---------------------|------|-------|--------|
| 23.92               | 1    | 99.99 | 0.0000 |

**GRAFICO 12**  
**GRUPOS QUE FORMAN LA MUESTRA**



**Resultados para la hipótesis 5.2. (véase pág.: 138)**

En la tabla 36 presentamos las medias y desviaciones típicas (en puntuaciones típicas) del grupo diagnosticado de trastorno depresivo mayor en los cuatro *rasgos específicos* evaluados por el ISRA.

Para poner a prueba esta hipótesis realizamos un análisis de varianza intragrupo.

En la tabla 37 podemos ver los resultados obtenidos que demuestran que existen diferencias significativas ( $F(3,57)=5.83$ ,  $p < .0025$ ) entre las puntuaciones que alcanza el grupo estudiado en cada uno de los rasgos específicos evaluados por el ISRA. Una vez conocidas dichas diferencias realizamos un contraste intragrupo para poner a prueba la hipótesis establecida. Los resultados de tal contraste aparecen reflejados en la tabla 38, demostrándose que existen diferencias ( $F(1,19)=7.98$ ,  $p < .0108$ ) entre el rasgo específico de *situaciones de interacción social (F2)* y el resto de los rasgos específicos evaluados por el ISRA en el grupo diagnosticado de trastorno depresivo mayor.

En el gráfico 13, podemos ver la representación de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los rasgos específicos por el grupo que estamos estudiando.

TABLA 36  
**MEDIAS Y DESVIACIONES TIPICAS. TR. DEPRESIVO MAYOR.  
 RASGOS ESPECIFICOS (ISRA).  
 (EXPRESADO EN PUNTUACIONES TIPICAS)**

|    | TR. DEPRESIVO MAYOR |              |
|----|---------------------|--------------|
|    | MEDIA               | DESV. TIPIC. |
| F1 | 1.46649             | 0.64038      |
| F2 | 1.56819             | 1.07438      |
| F3 | 0.83862             | 1.01773      |
| F4 | 1.42640             | 0.98265      |

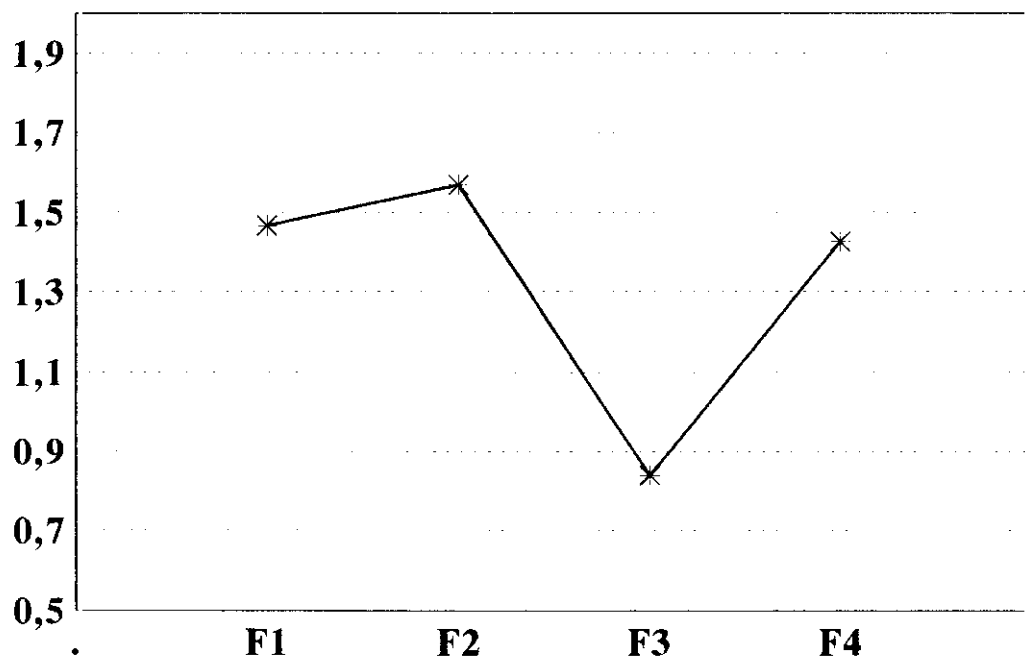
TABLA 37  
**ANALISIS DE VARIANZA INTRAGRUPO. TR. DEPRESIVO MAYOR.  
 RASGOS ESPECIFICOS (ISRA).**

| FUENTE | SUMA DE CUADRADOS | G.L. | MEDIA CUADRATICA | F     | P      |
|--------|-------------------|------|------------------|-------|--------|
| MEDIA  | 140.43423         | 1    | 140.43423        | 59.65 | 0.0000 |
| ERROR  | 44.73172          | 19   | 2.35430          |       |        |
| RASGOS | 6.52029           | 3    | 2.17343          | 5.38  | 0.0025 |
| ERROR  | 23.01776          | 57   | 0.40382          |       |        |

TABLA 38  
**ANALISIS DE VARIANZA PARA CONTRASTES INTRAGRUPO. TR. DEPRESIVO MAYOR.  
 RASGOS ESPECIFICOS (ISRA).**

| FUENTE        | SUMA DE CUADRADOS | G.L. | MEDIA CUADRATICA | F    | P      |
|---------------|-------------------|------|------------------|------|--------|
| F2 > F1/F3/F4 | 3.17117           | 1    | 3.17117          | 7.98 | 0.0108 |
| ERROR         | 7.54693           | 19   | 0.39721          |      |        |

**GRAFICO 13**  
**TR. DEPRESIVO MAYOR**



**RASGOS ESPECIFICOS (ISRA)**

**Resultados para la hipótesis 6 (véase pág.:139)****Resultados para la hipótesis 6.1. (véase pág.:139)**

En la tabla 39 se presentan la medias y desviaciones típicas (en puntuaciones directas) de los grupos diagnosticados de trastorno depresivo mayor y trastorno de pánico con agorafobia en el sistema de respuestas cognitivo que evalúa el ISRA.

En la tabla 40 se presentan los resultados obtenidos del análisis de varianza en el que se demuestra la existencia de diferencias significativas entre los grupos que forman la muestra en la variable estudiada ( $F(5,186)=100.04, p<.0000$ ). Para poner a prueba esta hipótesis realizamos una análisis de varianza para contrastes intergrupo. En la tabla 41 se exponen los resultados del contraste realizado entre los grupos diagnosticados de trastorno depresivo mayor y trastorno de pánico con agorafobia. Lo que se trataba de probar con esta hipótesis es que no existirían diferencias entre ambos grupos en reactividad cognitiva, y esto es lo que aparece reflejado en los resultados obtenidos en dicho contraste ( $F(1)=2.49, p<.1163$ ).

En el gráfico 14 aparecen representadas las puntuaciones medias de los grupos estudiados en el sistemas de respuestas de reactividad cognitiva que evaluamos mediante el ISRA.

TABLA 39

MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS. REACTIVIDAD COGNITIVA (ISRA).  
(EXPRESADO EN PUNTUACIONES DIRECTAS)

|           | TR. DEPRESIVO MAYOR |              | TR. PANICO CON AGORAFOBIA |              |
|-----------|---------------------|--------------|---------------------------|--------------|
|           | MEDIA               | DESV. TIPIC. | MEDIA                     | DESV. TIPIC. |
| COGNITIVO | 154.050             | 28.447       | 142.650                   | 26.170       |

TABLA 40

ANALISIS DE VARIANZA INTERGRUPO. GRUPOS QUE FORMAN LA MUESTRA.  
REACTIVIDAD COGNITIVA (ISRA).

| FUENTE | SUMA DE CUADRADOS | G.L. | MEDIA CUADRATICA | F      | P      |
|--------|-------------------|------|------------------|--------|--------|
| GRUPO  | 261083.0156       | 5    | 52216.6016       | 100.04 | 0.0000 |
| ERROR  | 97080.9696        | 186  | 521.9407         |        |        |

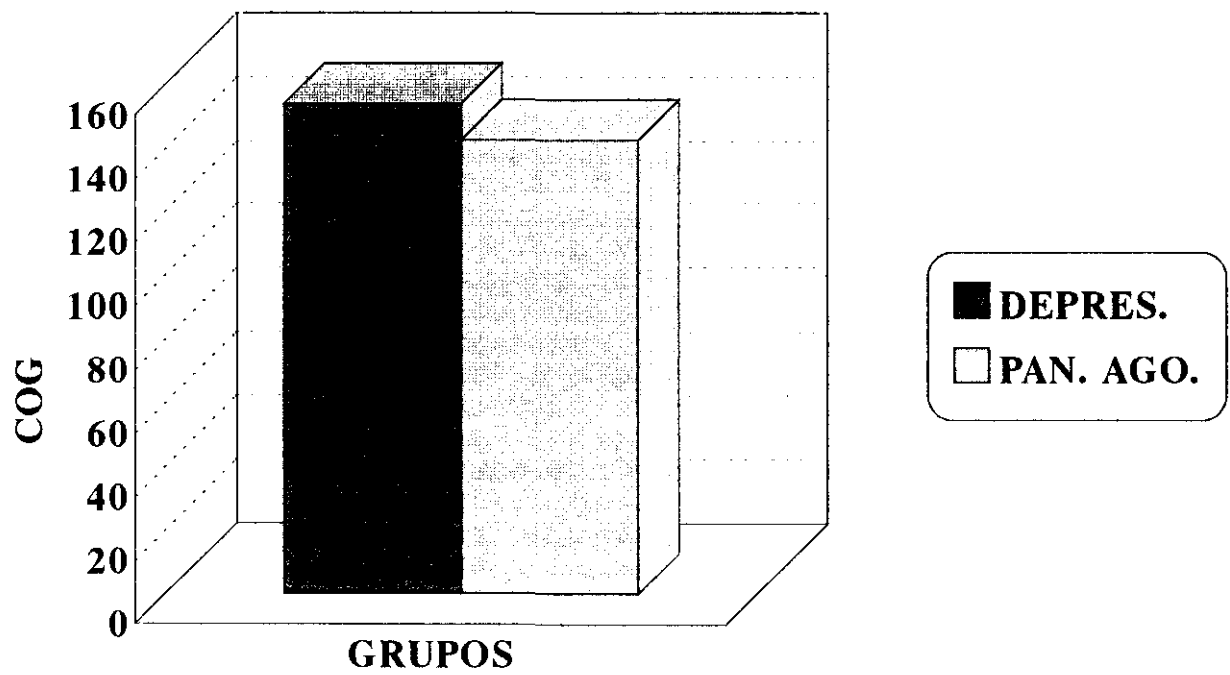
TABLA 41

ANALISIS DE VARIANZA PARA CONTRASTES INTERGRUPO.  
TR. DEPRESIVO MAYOR vs. TR. ANG. CON AGORAFOBIA.  
REACTIVIDAD COGNITIVA (ISRA).

| VALOR DEL CONTRASTE | G.L. | F    | P      |
|---------------------|------|------|--------|
| 11.40               | 1    | 2.49 | 0.1163 |



**GRAFICO 14**  
**TR. DEPRESIVO MAYOR vs. TR. PANICO CON AGORAFOBIA**



**REACTIVIDAD COGNITIVA (ISRA)**

En la tabla 42 aparecen reflejadas las medias y desviaciones típicas (en puntuaciones directas) de los grupos diagnosticados de trastorno depresivo mayor y trastorno de pánico con agorafobia en el rasgo específico de *situaciones fóbicas (F3)* evaluado por el ISRA.

En la tabla 43 presentamos los resultados obtenidos del análisis de varianza en el que se demuestra la existencia de diferencias significativas entre los grupos que forman la muestra en la variable estudiada ( $F(5,186)=59.58, p < .0000$ ).

Para poner a prueba este segundo apartado de la presente hipótesis realizamos igualmente un análisis de varianza para contrastes intergrupo.

En la tabla 44, aparecen reflejados los resultados obtenidos al contrastar los grupos estudiados en el rasgo específico de situaciones fóbicas. Como podemos apreciar, el contraste se presenta en el mismo sentido en el que está formulada la hipótesis, estableciéndose una significación estadística ( $F(1)=9.60, p < .0030$ ) que evidencia la existencia de diferencias significativas entre los grupos de trastorno depresivo mayor y trastorno de pánico con agorafobia.

En el gráfico 15, se representan las puntuaciones alcanzadas por los grupos estudiados en el rasgo específico de *situaciones fóbicas (F3)*, así como la significación estadística que alcanzan las diferencias entre dichos grupos.

TABLA 42

MEDIAS Y DESVIACIONES TIPICAS. RASGO ESPECIFICO -F3- (ISRA).  
(EXPRESADO EN PUNTUACIONES DIRECTAS)

|    | TR. DEPRESIVO MAYOR |              | TR. PANICO CON AGORAFOBIA |              |
|----|---------------------|--------------|---------------------------|--------------|
|    | MEDIA               | DESV. TIPIC. | MEDIA                     | DESV. TIPIC. |
| F3 | 77.850              | 38.531       | 108.900                   | 27.030       |

TABLA 43

ANALISIS DE VARIANZA INTERGRUPO. GRUPOS QUE FORMAN LA MUESTRA.  
RASGO ESPECIFICO -F3- (ISRA).

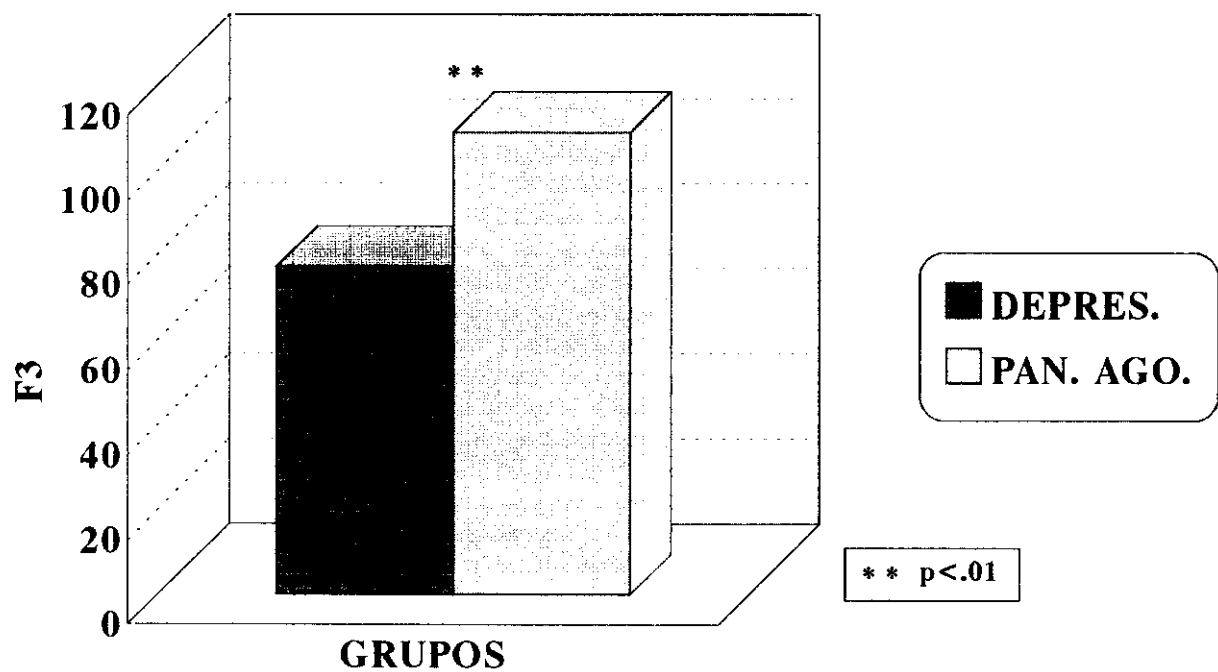
| FUENTE | SUMA DE CUADRADOS | G.L. | MEDIA CUADRATICA | F     | P      |
|--------|-------------------|------|------------------|-------|--------|
| GRUPO  | 168546.2656       | 5    | 33709.2539       | 59.58 | 0.0000 |
| ERROR  | 105230.0565       | 186  | 565.7530         |       |        |

TABLA 44

ANALISIS DE VARIANZA PARA CONTRASTES INTERGRUPO.  
TR. DEPRESIVO MAYOR vs. TR. PAN. CON AGORAFOBIA.  
RASGO ESPECIFICO -F3- (ISRA).

| VALOR DEL CONTRASTE | G.L. | F    | P      |
|---------------------|------|------|--------|
| 31.05               | 1    | 9.60 | 0.0030 |

**GRAFICO 15**  
**TR. DEPRESIVO MAYOR vs. TR. PANICO CON AGORAFOBIA**



RASGO ESPECIFICO F3 (ISRA)

**Resultados para la hipótesis 6.2. (véase pág.:140)**

En la tabla 45 se presentan las medias y desviaciones típicas (expresado en puntuaciones típicas) de los grupos diagnosticados de trastorno depresivo mayor y trastorno por ansiedad generalizada en el rasgo específico de *situaciones habituales o cotidianas (F4)* que evaluamos a través del ISRA.

En la tabla 46 presentamos los resultados obtenidos del análisis de varianza en el que se demuestra la existencia de diferencias significativas entre los grupos que forman la muestra en la variable estudiada ( $F(5,186)=59.20$ ,  $p < .0000$ ). Para poner a prueba esta hipótesis realizamos un análisis de varianza para contrastes intergrupo.

En la tabla 47 se ofrecen los resultados obtenidos al contrastar los grupos estudiados en el rasgo específico de *situaciones habituales o cotidianas (F4)*. Lo que se trataba de probar con esta hipótesis es que no existirían diferencias entre ambos grupos en el rasgo específico evaluado, y esto es lo que aparece reflejado en los resultados obtenidos en dicho contraste ( $F(1)=1.99$ ,  $p < .1601$ ).

En el gráfico 16, se representan las puntuaciones alcanzadas por los grupos estudiados en el rasgo específico de *situaciones habituales o cotidianas (F4)*.

TABLA 45

MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS. RASGO ESPECÍFICO -F4- (ISRA).  
(EXPRESADO EN PUNTUACIONES DIRECTAS)

|    | TR. DEPRESIVO MAYOR |              | TR. ANSIEDAD GENERALIZADA |              |
|----|---------------------|--------------|---------------------------|--------------|
|    | MEDIA               | DESV. TÍPIC. | MEDIA                     | DESV. TÍPIC. |
| F4 | 51.600              | 19.420       | 46.050                    | 17.043       |

TABLA 46

ANÁLISIS DE VARIANZA INTERGRUPO. GRUPOS QUE FORMAN LA MUESTRA.  
RASGO ESPECÍFICO -F4- (ISRA).

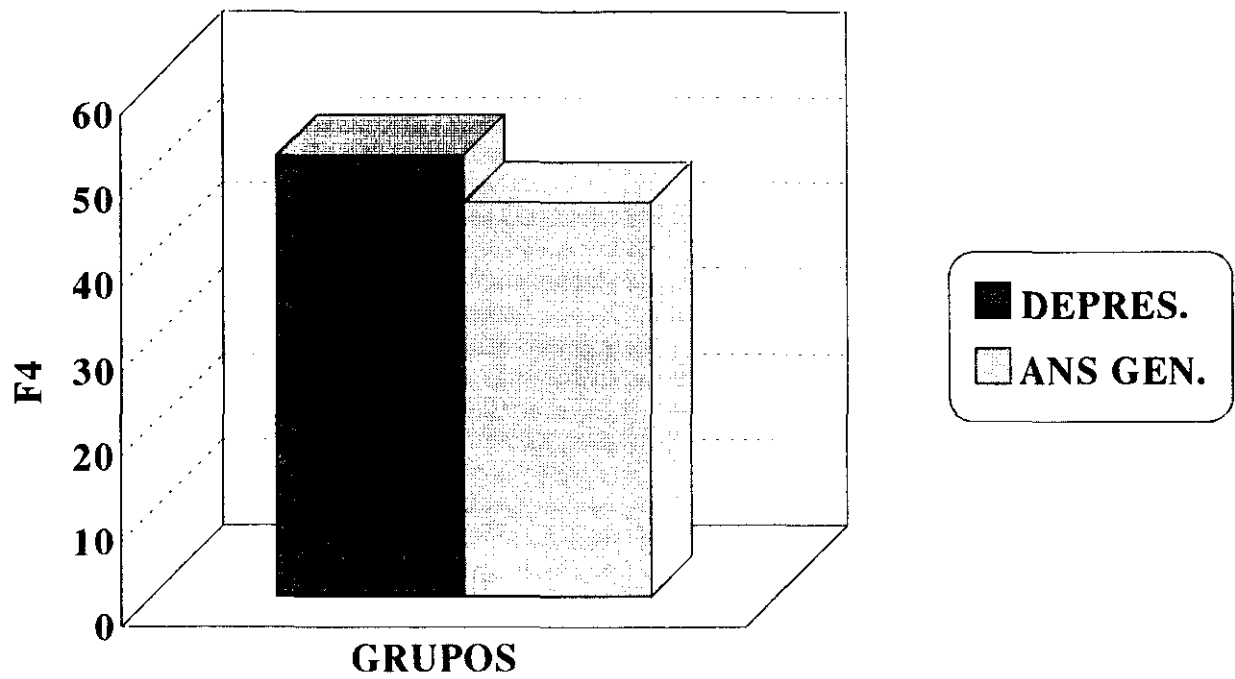
| FUENTE | SUMA DE CUADRADOS | G.L. | MEDIA CUADRÁTICA | F     | P      |
|--------|-------------------|------|------------------|-------|--------|
| GRUPO  | 45838.3125        | 5    | 9167.6621        | 59.20 | 0.0000 |
| ERROR  | 28803.8022        | 186  | 154.8592         |       |        |

TABLA 47

ANÁLISIS DE VARIANZA PARA CONTRASTES INTERGRUPO.  
TR. DEPRESIVO MAYOR vs. TR. ANS. GENERALIZADA.  
RASGO ESPECÍFICO -F4- (ISRA).

| VALOR DEL CONTRASTE | G.L. | F    | P      |
|---------------------|------|------|--------|
| 5.55                | 1    | 1.99 | 0.1601 |

**GRAFICO 16**  
**TR. DEPRESIVO MAYOR vs. TR. ANSIEDAD GENERALIZADA**



**RASGO ESPECIFICO F4 (ISRA)**

En la tabla 48 se presentan las medias y desviaciones típicas (expresado en puntuaciones directas) de los grupos diagnosticados de trastorno depresivo mayor y trastorno por ansiedad generalizada en el sistemas de respuestas de *reactividad cognitiva* que evaluamos a través del ISRA.

En la tabla 49 presentamos los resultados obtenidos del análisis de varianza en el que se demuestra la existencia de diferencias significativas entre los grupos que forman la muestra en la variable estudiada ( $F(5,186)=100.04, p<.0000$ ). Para poner a prueba esta hipótesis realizamos un análisis de varianza para contrastes intergrupo.

En la tabla 50 se ofrecen los resultados obtenidos al contrastar los grupos estudiados en el sistema de respuestas de *reactividad cognitiva*. Como podemos apreciar en dicha tabla el contraste se presenta en el mismo sentido en el que está formulada la hipótesis, estableciéndose una significación estadística ( $F(1)=30.27, p<.0000$ ) que evidencia la existencia de diferencias significativas entre los grupos de trastorno depresivo mayor y trastorno por ansiedad generalizada.

En el gráfico 17, se representan las puntuaciones alcanzadas por los grupos estudiados en el sistema de respuestas de *reactividad cognitiva*, pudiéndose apreciar la significación estadística que alcanzan las diferencias entre dichos grupos.



TABLA 48  
**MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS. REACTIVIDAD COGNITIVA (ISRA).  
 (EXPRESADO EN PUNTUACIONES DIRECTAS)**

|                  | TR. DEPRESIVO MAYOR |              | TR. ANSIEDAD GENERALIZADA |              |
|------------------|---------------------|--------------|---------------------------|--------------|
|                  | MEDIA               | DESV. TIPIC. | MEDIA                     | DESV. TIPIC. |
| <b>COGNITIVO</b> | 154.050             | 28.447       | 114.300                   | 28.236       |

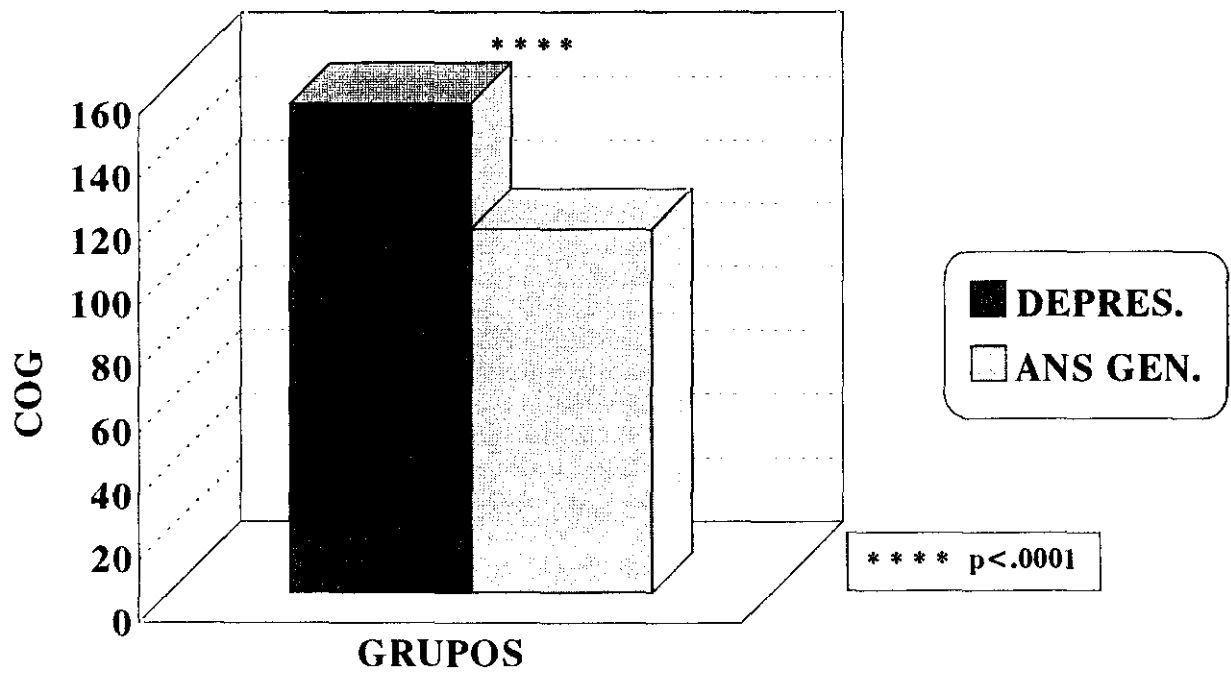
TABLA 49  
**ANALISIS DE VARIANZA INTERGRUPO. GRUPOS QUE FORMAN LA MUESTRA.  
 REACTIVIDAD COGNITIVA (ISRA).**

| FUENTE       | SUMA DE CUADRADOS | G.L. | MEDIA CUADRATICA | F      | P      |
|--------------|-------------------|------|------------------|--------|--------|
| <b>GRUPO</b> | 261083.0156       | 5    | 52216.6016       | 100.04 | 0.0000 |
| <b>ERROR</b> | 97080.9696        | 186  | 521.9407         |        |        |

TABLA 50  
**ANALISIS DE VARIANZA PARA CONTRASTES INTERGRUPO.  
 TR. DEPRESIVO MAYOR vs. TR. ANS. GENERALIZADA.  
 REACTIVIDAD COGNITIVA (ISRA).**

| VALOR DEL CONTRASTE | G.L. | F     | P      |
|---------------------|------|-------|--------|
| 39.75               | 1    | 30.27 | 0.0000 |

**GRAFICO 17**  
**TR. DEPRESIVO MAYOR vs. TR. ANSIEDAD GENERALIZADA**



REACTIVIDAD COGNITIVA (ISRA)

## **10. CONCLUSIONES**

## 10. CONCLUSIONES.

En este capítulo desarrollamos las conclusiones a las que hemos llegado tras poner a prueba cada una de las hipótesis de nuestro trabajo. Para facilitar el seguimiento de dichas conclusiones, vamos a desarrollar distintos apartados que tendrán como título el de la hipótesis a las que se refieren.

### **Conclusiones para la hipótesis 1 (véase pág.: 134)**

1. De los grupos clínicos evaluados mediante el I.S.R.A.: fobia social, fobia simple, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno de pánico con agorafobia y trastorno depresivo mayor (episodio único), presentan un mismo nivel general de ansiedad los grupos de trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de pánico con agorafobia.

2. Los grupos diagnósticos de trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de pánico con agorafobia que presentan un mismo nivel general de ansiedad al ser evaluados mediante el I.S.R.A., difieren en las puntuaciones que presentan, en dicho instrumento, tanto a nivel de sistemas de respuesta como a nivel de rasgos específicos.

3. Estos dos grupos difieren en la reactividad cognitiva que presentan en el triple sistema de respuestas que evalúa el ISRA, siendo el segundo el que presenta una

reactividad significativamente superior al primero.

4. Ambos grupos difieren en el rasgo específico de "situaciones fóbicas", presentando el segundo un nivel mayor de ansiedad en dicho rasgo específico que el primero.

Para finalizar el apartado de conclusiones dirigido a la primera hipótesis, hemos de señalar que los resultados obtenidos al poner a prueba dicha hipótesis confirman las conclusiones que se han derivado de múltiples trabajos (p.e.: Lacey, 1969; Pribram y McGuinness, 1985; Fowles, 1986; Vanderwolf y Robinson, 1981; Vila, 1985) en los que se desecha la conceptualización de la ansiedad como unidimensional o como constructo unitario. Encontrando que, existen diferencias entre grupos diagnósticos (en nuestro estudio nos referimos a los trastornos por ansiedad generalizada y de pánico con agorafobia) que presentan un mismo nivel general de ansiedad, cuando son evaluados a nivel de sistemas de respuesta (en nuestro caso a través del I.S.R.A). En este mismo sentido, se confirman los supuestos de los teóricos interactivos (Endler y cols., 1976; Endler y Magnusson 1976a y 1976b; Endler, 1978; Flood y Endler, 1980; Breen, Prociuk, Endler y Okada, 1978), al encontrarse diferencias grupales de los trastornos anteriormente señalados en los rasgos específicos o áreas situacionales evaluadas mediante el I.S.R.A, cuando dichos trastornos presentan un mismo nivel de ansiedad en el rasgo general que evaluamos a través de dicho instrumento.

**Conclusiones para la hipótesis 2 (véase pág.: 135)**

1. Al evaluar a los grupos diagnósticos de trastorno de pánico con agorafobia y trastorno por ansiedad generalizada con el *Inventario de Movilidad para la Agorafobia*, el primero presenta una puntuación significativamente superior al segundo, es decir, los individuos que padecen un trastorno de pánico con agorafobia presentan una movilidad significativamente más reducida que los que padecen un trastorno por ansiedad generalizada.

2. El grupo diagnóstico de trastorno por ansiedad generalizada presenta un nivel de ansiedad significativamente inferior al grupo de trastorno de pánico con agorafobia en el rasgo específico de "ansiedad ante situaciones fóbicas" que evalúa el I.S.R.A.

En función de los resultados obtenidos, se confirma la capacidad del *Inventario de Movilidad para la Agorafobia* (MI; Chambless y cols., 1985) para distinguir al trastorno de pánico con agorafobia del trastorno por ansiedad generalizada, al presentar el primero una puntuación significativamente superior al segundo en dicho instrumento.

Por otro lado, se confirma que la ansiedad que presentan los individuos diagnosticados de trastorno por ansiedad generalizada no viene provocada por estímulos específicos que eliciten dichas respuestas de ansiedad tal y como señalan Deffenbacher y

Suinn (1987), mientras que en el caso de los individuos diagnosticados de trastorno de pánico con agorafobia son estímulos y/o situaciones fóbicos concretos los que se identifican como elicitadores de las respuestas de ansiedad que presentan, tal y como aparece en la literatura revisada (Michelson, 1987 y Emmelkamp 1988, entre otros).

### **Conclusiones para la hipótesis 3 (véase pág.: 135)**

1. *La Escala Abreviada de Temor a la Evaluación Negativa (B-FNE)*, no diferencia al grupo diagnóstico de fobia social del resto de los grupos diagnósticos evaluados.

2. Cuando evaluamos al grupo diagnóstico de fobia social mediante el I.S.R.A., encontramos a nivel de rasgos específicos que dicho grupo presenta un mayor nivel de ansiedad ante los rasgos específicos de "situaciones de evaluación" y "situaciones de interacción social" que en los rasgos específicos de "situaciones fóbicas" y "situaciones habituales o cotidianas". De los rasgos específicos en los que presenta un mayor nivel de ansiedad, es en "situaciones de interacción social" el rasgo en el que presenta el mayor nivel de ansiedad.

3. El grupo diagnóstico de fobia social no presenta una puntuación superior a los grupos diagnósticos de trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de pánico con agorafobia en el rasgo específico de "situaciones de interacción social" que evalúa el

I.S.R.A., aunque como señalamos al comentar los resultados, éstos señalan una tendencia en la dirección pronosticada por nuestra hipótesis, que habrá que tener en cuenta en próximos trabajos.

4. No existen diferencias significativas entre las puntuaciones alcanzadas por el grupo diagnóstico de fobia social en los tres sistemas de respuesta evaluados por el I.S.R.A. Es decir, no podemos afirmar que el grupo diagnóstico de fobia social se caracterice por presentar una reactividad fisiológica superior a la reactividad cognitiva y motora, atendiendo a la significación estadística encontrada. Ahora bien, sí encontramos un perfil en el que el sistema fisiológico alcanza una elevación superior a los sistemas cognitivo y motor, hecho que marca una tendencia a considerar en próximas réplicas a este trabajo.

Los resultados obtenidos son congruentes y confirman las definiciones de fobia social que hace la OMS (CIE-10; 1992 y 1993) y la APA (DSM-III-R; 1987), al caracterizarla por presentar respuestas de ansiedad ante situaciones de evaluación y fundamentalmente cuando éstas se desarrollan en situaciones de interacción social. Si bien, las respuestas de ansiedad ante situaciones de interacción social, son las que caracterizan este trastorno y aparecen como predominantes en el mismo, los niveles de significación estadística encontrados en el presente trabajo no nos permiten que establezcamos diferencias entre la fobia social y los trastornos de ansiedad generalizada y pánico con agorafobia



cuando evaluamos el rasgo específico de "*situaciones de interacción social*" mediante el I.S.R.A.. Aunque esto es así, la tendencia encontrada en nuestros resultados, apunta a tal distinción tal y como se pronostica en la presente hipótesis. Por otro lado, hemos de señalar que los resultados que hemos obtenido al evaluar la reactividad fisiológica mediante el I.S.R.A. si bien están de acuerdo con la literatura revisada (Beidel, Turner y Dancu, 1985; Nichols, 1974; Taylor y Arnow, 1989) en la que se afirma que, respecto al triple sistema de respuestas, es la reactividad fisiológica la que caracteriza a los fóbicos sociales, no podemos confirmar dichos resultados basándonos en la significación estadística obtenida, aunque los resultados que hemos obtenido en nuestro trabajo, apuntan en la dirección que marca la literatura revisada.

Finalmente, al interpretar los resultados que se derivan de esta hipótesis, es importante tener en cuenta que en el grupo de fobia social, se incluyeron 14 sujetos, que si bien cumplían los criterios de diagnóstico empleados (DSM-III-R), su fuente de procedencia no era la clínica sino la Facultad de Psicología. Este puede ser uno de los motivos que provocan que los resultados encontrados marquen una tendencia en la dirección que encontramos en la literatura precedente (y en la dirección de los pronósticos de nuestra hipótesis) pero que no lleguen a alcanzar una significación estadística. Por lo tanto es importante tener en cuenta los resultados obtenidos de cara a próximos trabajos en los que se pongan a prueba las tendencias aquí señaladas.

**Conclusiones para la hipótesis 4 (véase pág.: 137)**

1. Los individuos diagnosticados de fobia simple, cuando se encuentran frente a estímulos y/o situaciones fóbicas incluidos en el rasgo específico "F3" (*situaciones fóbicas*) del I.S.R.A., presentan una reactividad fisiológica similar a la que presentan los diagnosticados de fobia social y trastorno por ansiedad generalizada. La reactividad fisiológica que presentan los grupos mencionados ante estas situaciones fóbicas es inferior a la que presentan los individuos que forman el grupo diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia.

2. En la misma evaluación, el grupo diagnóstico de fobia simple presenta una reactividad cognitiva, fisiológica y motora superiores a las que presenta el grupo control de población normal.

3. En la evaluación que se hace mediante el I.S.R.A., el grupo diagnóstico de fobia simple presenta un nivel de ansiedad superior al grupo control de población normal en los rasgos específicos de "*situaciones fóbicas*" (F3) y "*situaciones habituales o cotidianas*" (F4), mientras que presentan niveles de ansiedad similares en los rasgos específicos de "*situaciones de evaluación*" (F1) y "*situaciones de interacción social*" (F2).

De acuerdo con los resultados obtenidos al poner a prueba la presente hipótesis, se

confirma, tal y como señalan Taylor y Arnow (1988) que los individuos diagnosticados de fobia simple, cuando se encuentran ante el estímulo fóbico, presentan una actividad fisiológica similar a la que presentan los individuos que padecen otros trastornos de ansiedad (en nuestro caso, los trastornos de fobia social y ansiedad generalizada). Sin embargo, cuando comparamos este grupo clínico con un grupo control de población normal, encontramos que al contrario de lo que afirma Barlow (1988), el grupo de fobia simple no sólo difiere del control en la ansiedad que muestra ante el estímulo fóbico, sino que también marca niveles de ansiedad significativamente superiores en los tres sistemas de respuesta que evaluamos mediante el I.S.R.A, y en el rasgo específico de "*situaciones habituales o cotidianas*" (F4).

#### **Conclusiones para la hipótesis 5 (pág.: 138)**

1. Los sujetos diagnosticados de trastorno depresivo mayor (episodio único) presentan una puntuación superior que el resto de los grupos que forman la muestra al ser evaluados mediante el *Inventario para la Depresión de Beck*.

2. Existen diferencias entre los niveles de ansiedad presentados por el grupo diagnóstico de trastorno depresivo mayor (episodio único) en los rasgos específicos evaluados por el I.S.R.A.. El nivel de ansiedad que presenta dicho grupo diagnóstico en el rasgo específico de "*situaciones de interacción social*" (F3) es superior al que presenta

en el resto de los rasgos específicos evaluados.

De los resultados obtenidos se evidencia la capacidad del *Inventario para la Depresión de Beck* (BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) para diferenciar al grupo diagnóstico de trastorno depresivo mayor (episodio único) del resto de los grupos clínicos que forman la muestra, confirmándose su utilidad en la investigación tal y como señalan Gotlib y Cane (1989).

Al referirnos a las distintas teorías (Lewinsohn, 1974; Coyne, 1976; Gotlib y Colby, 1987) en las que se pone de manifiesto la alteración que se produce en las interacciones de tipo social por parte del individuo, encontramos que este hecho aparece reflejado en la evaluación que hacemos mediante el I.S.R.A. del grupo diagnóstico de trastorno depresivo mayor (episodio unico), al encontrarse un mayor nivel de ansiedad en el rasgo específico de "*situaciones de interacción social*" (F2) que en el resto de los rasgos específicos evaluados.

### **Conclusiones para la hipótesis 6 (véase pág.: 139)**

1. Al evaluar mediante el I.S.R.A. a los grupos diagnósticos de trastorno depresivo mayor (episodio único) y trastorno de pánico con agorafobia, encontramos que ambos presentan una reactividad cognitiva similar a nivel de sistemas de respuesta, y difieren al

presentar el segundo un mayor nivel de ansiedad en el rasgo específico de "*situaciones fóbicas*" (F3).

2. Al evaluar mediante el I.S.R.A. a los grupos diagnósticos de trastorno depresivo mayor (episodio único) y trastorno por ansiedad generalizada, encontramos que ambos presentan un nivel de ansiedad que es similar ante el rasgo específico de "*situaciones habituales o cotidianas*" (F4), y difieren al presentar el primero una reactividad cognitiva significativamente superior a la que presenta el segundo.

A partir de las conclusiones anteriormente señaladas, podemos confirmar por un lado, la similitud del trastorno depresivo mayor (episodio único) y el trastorno de pánico con agorafobia a nivel de reactividad cognitiva, confirmándose así una implicación de tipo cognitivo (errores de atribución causal, baja autoeficacia percibida, baja autoestima, pensamientos irracionales e ideas negativas, etc...) para ambos trastornos tal y como señalan Seligman y Teasdale, (1978); Abramson, Metalsky y Alloy (1989) y Emmelkamp, (1982). Por otro lado, encontramos diferencias entre ambos trastornos al evaluar sus niveles de ansiedad ante estímulos-situaciones fóbicas que son los que provocan de manera característica las respuestas de ansiedad en el trastorno de pánico con agorafobia, tal y como señalan Michelson (1987) y Emmelkamp (1988).

Finalmente, señalar que, por un lado, nuestros resultados confirman que los niveles

de ansiedad, ante *situaciones habituales o cotidianas*, que muestran el trastorno por ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor (episodio único) no sirven para diferenciarlos tal y como señalan Hoehn-Saric (1983) y Lipman, (1982). Por otra parte, tal y como resulta de revisar los criterios de diagnóstico establecidos por la OMS (CIE-10; 1992 y 1993) y los de la APA (DSM-III-R, 1987) en los que encontramos un mayor predominio de sintomatología de tipo cognitivo en el trastorno depresivo mayor (episodio único) que en el trastorno por ansiedad generalizada, dichos trastornos difieren en la reactividad cognitiva que presentan al ser evaluados mediante el I.S.R.A..

TABLA-RESUMEN DE CONCLUSIONES

| HIP. | DEFINICION DE LA HIPOTESIS   | TEST    | SE CUMPLE       |
|------|--|---------|-----------------|
| 1    | Distintos grupos con el mismo N.G.A. presentarán diferencias a nivel de sistemas de respuesta y rasgos específicos.  | I.S.R.A | SI              |
| 2.1. | Tr. Pánico con Agorafobia presentará mayor puntuación que Tr. Ansiedad Generalizada en la escala de movilidad.   | M.I.    | SI              |
| 2.2. | Tr. Ansiedad Generalizada presentará menor puntuación que Tr. Pánico con Agorafobia en el rasgo específico de "situaciones fóbicas"(F3).   | I.S.R.A | SI              |
| 3.1. | Fobia Social presentará mayor puntuación que el resto de los grupos.   | B-FNE   | NO <sup>1</sup> |
| 3.2. | Fobia Social presentará una mayor puntuación en los rasgos específicos de "situaciones de evaluación"(F1) y "situaciones de interacción social" (F2) que en "situaciones fóbicas"(F3) y "situaciones habituales" (F4). Además entre F1 y F2 presentará mayor puntuación en F2. | I.S.R.A | SI              |
| 3.3. | Fobia Social presentará mayor puntuación en el rasgo específico de "situaciones de interacción social" (F2) que Tr. Ansiedad Generalizada y Tr. Pánico con Agorafobia.   | I.S.R.A | NO <sup>2</sup> |
| 3.4. | Fobia Social presentará una reactividad fisiológica superior a la reactividad cognitiva y motora.  | I.S.R.A | NO <sup>2</sup> |
| 4.1. | Fobia Simple presenta una puntuación similar al resto de trastornos de ansiedad evaluados excepto al Tr. Pánico con Agorafobia a nivel de la reactividad fisiológica mostrada en el rasgo específico "situaciones fóbicas" (F3F).  | I.S.R.A | SI              |
| 4.2. | Fobia Simple presentará mayor puntuación en reactividad fisiológica y en el rasgo específico de "situaciones fóbicas" (F3) que el Grupo Control, pero no diferirán en el resto de las variables.   | I.S.R.A | NO <sup>3</sup> |
| 5.1. | Tr. Depresivo Mayor presentará una puntuación mayor que el resto de los grupos evaluados.  | BDI     | SI              |
| 5.2. | Tr. Depresivo Mayor presentará una puntuación mayor en el rasgo específico de "situaciones de interacción social" (F2), que en el resto de los rasgos específicos evaluados.   | I.S.R.A | SI              |
| 6.1. | Tr. Depresivo Mayor y Tr. Pánico con Agorafobia, presentarán una reactividad cognitiva similar, pero el segundo presentará una puntuación superior al primero en el rasgo específico de "situaciones fóbicas" (F3).  | I.S.R.A | SI              |
| 6.2. | Tr. Depresivo Mayor y Tr. Ansiedad Generalizada, presentarán una puntuación similar en el rasgo específico de "situaciones habituales o cotidianas" (F4), pero el primero presentará una reactividad cognitiva superior a la que presenta el segundo.                          | I.S.R.A | SI              |

**NOTAS DE LA TABLA:**

1. En la hipótesis 3.1. se compara el grupo diagnóstico de fobia social con el conjunto de los grupos restantes que forman la muestra. Por lo tanto los resultados y las conclusiones que se derivan hacen referencia a tal comparación, no conociéndose cuales son los resultados de comparar al grupo diagnóstico de fobia social con cada uno de los grupos que forman la muestra.

2. En las hipótesis 3.3. y 3.4, los resultados obtenidos no ofrecen una significación estadística que permitan el cumplimiento de dichas hipótesis. Ahora bien, los resultados obtenidos marcan una tendencia en la dirección tanto del pronóstico establecido por tales hipótesis, como por los datos que hemos encontrado en la literatura revisada.

3. El grupo diagnóstico de fobia simple presenta una puntuación superior al grupo control en reactividad fisiológica y en el rasgo específico de "situaciones fóbicas" tal y como se pronostica en la hipótesis 4.2., pero el hecho de presentar además una puntuación superior a nivel de reactividad cognitiva y fisiológica, y en el rasgo específico de "situaciones habituales o cotidianas", hace que dicha hipótesis no se cumpla tal y como estaba formulada.



## **11. BIBLIOGRAFIA**

---

## 11. BIBLIOGRAFIA

- Abramson, L.Y.; Metalsky, G.I. y Alloy, L.Y. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abramson, L.Y.; Seligman, M.E.P. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Adler, A. (1959). *La Psicología Individual*. Buenos Aires: Ed. Troquel.
- Agras, S. (1989). *Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad*. Barcelona: Labor.
- Akiskal, H.S. (1985). Anxiety: Definition, relationship to depression and proposal for an integrative model. En A.H. Tuma & J.D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Erlbaum: Hillsdale, NJ.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*, 3ª ed. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)*, 3ª ed. rev. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*, 4ª ed. Washington, D.C.
- Amies, P.L.; Gelder, M.G. y Shaw, P.M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *Journal of British Psychiatry*, 142, 174-179.

- Angst, J. y Vollrath, M. (1991). The natural history of anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 446-452.
- Arena, J.G.; Blanchard, E.B.; Andrasik, F.; Cotch, P.A. y Myers, P.E. (1983). Reliability of psychophysiological assessment. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 447-460.
- Avila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. *Anales de Psicología*, 6, 37-57.
- Ayuso, J.L. (1988). *Trastornos de Angustia*. Barcelona: Ed. Martinez Roca, S.A.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1978). The system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33, 344-358.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford Press.
- Basoglu, M.; Marks, I.M. y Sengün, S. (1992). A prospective study of panic and anxiety in agoraphobia with panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 160, 57-64.

- 
- Basowitz, H.; Persky, H.; Korchin, S.J. y Grinker, R.R. (1955). *Anxiety and stress*. New York: McGraw Hill.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. En P. Clayton (Ed.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*. New York: Raven Press.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.
- Beck, A.T. y Clark, D.A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-36.
- Beck, A.T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: A treatment manual*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T.; Steer, R.A. y Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

- 
- Becker, H.G. y Costello, C.G. (1975). Effects of graduated exposure with feedback of exposure time o snake phobias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 478-484.
- Beidel, D.C.; Turner, S.M. y Dancu, C.V. (1985). Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 109-117.
- Bellack, A.S. y Hersen, M. (1977). The use of self-report inventories in behavioral assessment. En J.D. Cone & R.P. Hawkins (Eds.), *Behavioral Assessment*. New York: Brunner/Mazel.
- Bellack, A.S. y Lombardo, T.W. (1984). Measurement of anxiety. En S.M. Turner (Ed.), *Behavioral theories and treatment of anxiety*. New York: Plenum Press.
- Bermudez, J. (1983). Modelo interactivo de ansiedad: Implicaciones y contrastación empírica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 38 (6), 1003-1030.
- Blazer, D.; Swartz, M.; Woodbury, M.; Manton, K.G.; Hughes, D. y George, L.K. (1988). Depressive symptoms and depressive diagnoses in a community population. Use of a new procedure for analysis of psychiatric classification. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1078-1084.
- Blumberg, S.H. e Izard, C.E. (1986). Discriminating patterns of emotions in 10- and 11-years old children's anxiety and depression. *Journal Personality and Social Psychology*, 95, 852-857.
- Bolles, R.C. y Fanselow, M.S. (1980). A perceptual-defensive recuperative model of fear and pain. *The Behavioral and Brain Sciences*, 3, 291-323.

- 
- Borkovec, T.D.; Weerts, T.C. y Bernstein, D.A. (1977). Assessment of anxiety. En A.R. Ciminero; K.S. Calhon & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment*. New York: Wiley.
- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Bower, G.H. (1983). Affect and cognition. *Philosophical Transactions of the Royal Society, London, B 302*, 387-402.
- Bower, G.H. (1985). A review of research on mood and memory. Paper presented at the *Symposium on Affect and Cognition, Cognitive Psychology Section. British Psychological Society*. Oxford, September.
- Bower, G.H. (1987). Comentario on mood and memory. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 443-456.
- Bowers, K.S. (1973). Situationism in psychology: An analysis and a critique. *Psychological Review*, 80, 307-333. Traducción al castellano en A. Fierro. *Lecturas de psicología de la personalidad* (1981). Madrid: Alianza.
- Breen, L.J.; Prociuk, T.J.; Endler, N.S. y Okada, M. (1978/1983). Interacción persona por situación en la predicción de la personalidad: Algunas especificaciones del factor personal. *Estudios de Psicología*, 16, 61-63.
- Breier, A.; Charney, D. y Heninger, G. (1986). Major depression in patients with agoraphobia and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1129-1135.

- Bruch, M.A. (1989). Familial and developmental antecedents of social phobia: Issues and findings. *Clinical Psychology Review*, 9, 37-47.
- Cano-Vindel, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: Un estudio centrado en la ansiedad*. Madrid: Ed. U.C.M. (tesis doctoral).
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1990a). Evaluación mediante autoinforme de la reactividad cognitivo-fisiológica-motora ante diferentes situaciones: Diferencias individuales y situacionales. *Libro de Comunicaciones del II Congreso del COP. Area 7. Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. Madrid.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1990b). Diferencias entre sujetos normales y psicósomáticos en el patrón de respuestas de ansiedad ante diferentes tipos de situaciones ansiógenas. *Libro de Comunicaciones del II Congreso del COP. Area 5. Psicología y Salud: Psicología de la Salud*. Madrid.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1991). Valoración y afrontamiento en sujetos normales y psicósomáticos. Comunicación presentada en el *II Congreso Internacional "Latini Dies" de las Asociaciones de Terapia Comportamental y Cognitiva de los Países de Lengua Latina*. Sitges, 2-4 Mayo.
- Carr, A.T. (1979). The psychopathology of fear. En W. Sluckin (Ed.), *Fear in animals and man*. New York: Van Nostrand Rheinhold.
- Carrobbles, J.A.I. y Díez-Chamizo, V. (1988). Evaluación de conductas ansiosas. En R. Fernández-Ballesteros y J.A.I. Carrobbles (Eds.), *Evaluación Conductual*. Madrid: Pirámide.

- 
- Casado, M.I. (1994). *Ansiedad, Stress y Trastornos Psicofisiológicos*. Madrid: U.C.M (tesis doctoral, en prensa).
- Casas, N.; Franco, M.D.; Mojarro, M.D.; Santa María, L.; Lazaro, M.D. y Camacho, M. (1991). Actividad elec-trodermal en el estado crítico ansioso: Informe preliminar. *Anales de Psiquiatría*, 7 (6), 50-52.
- Catell, R.B. y Scheier, I.H. (1961). *Neuroticism and anxiety*. New York: Ronald.
- Chambless, D.L.; Caputo, G.C.; Jasin, S.E.; Gracely, E.J. y Williams, C. (1985). The mobility inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.
- Chorot, P. y Sandín, B. (1985). Escala conductual de ansiedad estado (E.C.A.E.). *Psiquis*, 6, 115-120.
- Clark, L.A. (1989). The anxiety and depressive disorders: descriptive psychopathology and differential diagnosis. En P.C. Kendall & D. Watson (Eds.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. San Diego: Academic Press INC.
- Cone, J.D. (1976). Multitrait-multimethod matrix in behavioral assessment. Ponencia presentada al *Simposium de la American Psychological Association*. Washington.
- Cone, J.D. (1977). The relevance of reliability and validity for behavioral assessment. *Behaviour Research and Therapy*, 8, 411-426.
- Cone, J.D. (1979). Confounded comparisons in triple response model assessment research. *Behavioral Assessment*, 1, 85-95.



- 
- Coyne, J.C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.
- Craske, M.G. y Craig, K.D. (1984). Musical performance anxiety: The three systems model and self-efficacy theory. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 267-280.
- Dahlstrom, W.G. y Welsh, G.S. (1960). *An MMPI handbook: A guide to use in clinical practice and research*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Deffenbacher, J.L. y Suinn, R.M. (1987). Generalized anxiety syndrome. En L. Michelson & L.M. Ascher (Eds.), *Anxiety and stress disorders*. New York: Guilford Press.
- Díez, C. (1990). Clasificación de los trastornos de ansiedad. En J. Vallejo y C. Gastó (Eds.), *Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión*. Barcelona: Salvat Editores, S.A.
- Di Nardo, P.A.; O'Brien, G.T.; Barlow, D.H.; Waddell, M.T. y Blanchard, E.B. (1983). Reliability of DSM-III anxiety disorder categories using a new structured interview. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1070-1075.
- Dollard, J. y Miller, N.E. (1950). *Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking and culture*. New York: McGraw Hill.
- Dubovsky, S.L. (1990). Understanding and treating depression in anxious patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 10(Supl.), 3-8.

- 
- Eaton, W.W. y Ritter, C. (1988). Distinguishing anxiety and depression with field survey data. *Psychological Medicine*, 18, 155-166.
- Echeburúa, E. (1992). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1992). *La agorafobia: Nuevas perspectivas de evaluación y tratamiento*. Valencia: Promolibro.
- Echeburúa, E. y Salaberria, K. (1992). Tratamientos psicológicos de la fobia social. En E. Echeburúa (Ed.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research and practice*. New York: Plenum.
- Emmelkamp, P.M.G. (1988). Phobic disorders. En C.G. Last & M. Hersen (Eds.), *Handbook of anxiety disorders*. New York: Pergamon Press.
- Endler, N.S. (1978). The interaction model of anxiety. Some possible implications. En O.M. Landers & R.W. Christina (Eds.), *Psychology of motor behaviors and sport*. Champaign: Human Kinetics.
- Endler, N.S. (1981). Person-situation interaction and anxiety. En I.L. Kutash, L.B. Schlesinger y cols. (Eds.), *Handbook on stress and anxiety*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. (1st Edit. 1980).

- 
- Endler, N.S. y Hunt, J. (1966). Sources of behavioral variance as measured by the S-R Inventory of Anxiousness. *Psychological Bulletin*, 65, 336-346.
- Endler, N.S. y Hunt, J. (1968). S-R inventories of hostility and comparisons of the proportions of variance from persons, response and situations for hostility and anxiousness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9, 309-315.
- Endler, N.S.; Hunt, J. y Rosenstein, A.J. (1962). An S-R Inventory of Anxiousness. *Psychological Monography*, 76, num.17.
- Endler, N.S. y Magnusson, D. (1974). Interactionism, trait psychology, psychodynamics and situationism. *Report from the Psychological Laboratories*. University of Stockholm, nº 418.
- Endler, N.S. y Magnusson, D. (1976a). *Interactional psychology and personality*. New York: Wiley.
- Endler, N.S. y Magnusson, D. (1976b). Multidimensional aspects of state and trait anxiety: A cross-cultural study of canadian and swedish students. En C.D. Spielberger & R. Díaz-Guerrero (Eds.), *Cross-cultural research on anxiety*. Washington: Hemisphere Pub.
- Endler, N.S. y Magnusson (1976c). Personality and person by situation interaction. En N.S. Endler & D. Magnusson (Eds.), *Interactional psychology and personality*. Washington, D.C.: Hemisphere Pub.
- Endler, N.S. y Okada, M. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R Inventory of general trait anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical*

*Psychology*, 43, 319-329.

Epstein, S. (1967). Towards a unified theory of anxiety. En B.A. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research*. Vol. IV. New York: Academic Press.

Espada, F.J.; Garcia, A.; Cano-Vindel, A.; Ochoa, E.F.L. y Uncal, J.M. (1992). Estudio de perfiles diferenciales de ansiedad en sujetos diagnosticados de agorafobia y ansiedad generalizada. Comunicación presentada en el *Congreso Iberoamericano de Psicología*. Madrid, 5-10 de Julio.

Eysenck, H.J. (1976). The learning theory model of neurosis- a new approach. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 251-267.

Eysenck, H.J. (1979). The conditioning model of neurosis. *The Behavioral and Brain Sciences*, 2, 155-199.

Faravelli, C. (1985). Life events preceding the onset of panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 9, 103-105.

Fernández Ballesteros, R. (1983). *Psicodiagnóstico*. Madrid: UNED.

Fernández Ballesteros, R. (1984). *Intervención psicológica en contextos ambientales*. Murcia: Ediciones Límites.

Fester, C.B. (1965). Classification of behaviour pathology. En U. Krasner (Ed.), *Research in behaviour modification*. New York: Holt, Rinehart y Winston.

- Fester, C.B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychology*, 28, 857-870.
- Flood, M. y Endler, N.S. (1980). The interaction model of anxiety an empirical test in an athletic competition situation. *Journal of Research in Personality*, 14, 329-339.
- Foulds, G. (1976). *The hierarchical nature of personal illness*. London: Academic Press.
- Fowles, D.C. (1986). The psychophysiology of anxiety and hedonic affect: Motivational specificity. En B. Shaw, Z.V. Segal, T.M. Vallis & E.F. Cashman (Eds.), *Anxiety disorders: Psychological and biological perspectives*. New York: Plenum.
- Freud, S. (1961). Inhibitions, symptoms and anxiety. En J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud*. Vol.12. London: Hogarth Press.
- Freund, B. (1989). Diagnostic considerations and treatment follow-up for fearful flyers. Paper presented at the annual meeting of the *Association for Advancement of Behavior Therapy*. Washington, D.C.
- Fromm, E. (1982). *El arte de amar*. Madrid: Ed. Paidós.
- Gambrill, E.D. (1977). *Behavior modification: Handbook of assessment, intervention and evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gelder, M.G. (1989). Clasificación de los trastornos de ansiedad. En J. Guimón, J.E. Mezzich y G.E. Berrios (Eds.), *Diagnóstico en Psiquiatría*. Barcelona: Salvat.

- 
- Gersh, F.S. y Fowles, D.C. (1979). Neurotic depression: The concept of anxious depression. En R.A. Depue (Ed.), *The psychobiology of the depressive disorders: Implications for the effects of stress*. New York: Academic Press.
- Giesen, M. y Rollison, M.A. (1980). Guilty knowledge innocent associations: Effects of trait anxiety and stimulus context on skin conductance. *J. Res. Person*, *14*, 1-11.
- Glass, C.R. y Arnkoff, D.B. (1989). Behavioral assessment of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, *9*, 75-90.
- Goldberg, D.P.; Bridges, K.; Duncan-Jones, P. y Grayson, D. (1987). Dimensions of neuroses seen in primary-care settings. *Psychological Medicine*, *17*, 461-470.
- Goldberg, D.P. y Huxley, P. (1980). *Mental illness in the community*. London: Tavistock.
- Goldstein, K. (1939). *The organism, a holistic approach to biology*. New York: American Book.
- Gotlib, I.H. (1984). Depression and general psychopathology in university students. *Journal of Abnormal Psychology*, *93*, 19-30.
- Gotlib, I.H. y Cane, D.B. (1989). Self-Report assessment of depression and anxiety. En P.C. Kendall & Watson (Eds.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. New York: Academic Press.
- Gotlib, I.H. y Colby, C.A. (1987). *Treatment of depression. An interpersonal systems approach*. Oxford: Pergamon.

- 
- Grey, S.; Sartory, G. y Rachman, S. (1979). Synchronous and desynchronous changes during fear reduction. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 137-147.
- Gurney, C.; Roth, M.; Garside, R.F.; Kerr, T.A. y Shapira, K. (1972). Studies in the classification of affective disorders: The relationship between anxiety states and depressive illnesses. II. *British Journal of Psychiatry*, 121, 162-166.
- Hamilton, V. (1983). *The cognitive structures and processes of human motivation and personality*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Hartman, L.M. (1984). Cognitive components of social anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 137-139.
- Hayg, T.; Brenne, L.; Johsen, B.H.; Berntzen, D.; Gotestam, K.G. y Hugdahl, K. (1987). A three-systems analysis of fear of flying: A comparison of a consonant vs. a non-consonant treatment method. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 187-194.
- Haynes, S.N. y Wilson, C. (1979). *Behavioral assessment. Recent advances in methods, concepts and implications*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Heimberg, R.G.; Dodge, C.S. y Becker, R.E. (1987). Social phobia. En L. Michelson & L.M. Ascher (Eds.), *Anxiety and stress disorders: Cognitive-behavioral assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Hersen, M.; Bellack, A.S. y Turner, S. (1978). Assessment of assertiveness in female psychiatric patients: Motor and autonomic measures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9, 11-16.

- 
- Himadi, W.G.; Boice, R. y Barlow, D.H. (1985). Assessment of agoraphobia: Triple response measurement. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 311-323.
- Hodges, W.F. y Spielberger, C.D. (1966). The effects of threat of shock on heart rate for subjects who differ in manifest anxiety and fear of shock. *Psychophysiology*, 2, 287-294.
- Hodgson, R.J. y Rachman, S. (1974). II. Desynchrony in measures of fear. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 319-326.
- Hoehn-Saric, R. (1983). Affective profiles of chronicle anxious patients. *Hillside Journal of Clinical Psychiatry*, 5, 43-56.
- Hoehn-Saric, R. y McLeod, D.R. (1988). Panic and generalized anxiety disorders. En C.G. Last & M. Hersen (Eds.), *Handbook of anxiety disorders*. Oxford: Pergamon Press.
- Holden, A.E. y Barlow, D.H. (1984). Heart rate and heart rate variability recorded in vivo in agoraphobias and non-phobias. Unpublished manuscript.
- Hugdahl, K. (1981). The three-systems model of fear and emotion. A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 75-85.
- Hull, C.L. (1921). Quantitative aspects of the evolution of concepts: An experimental study. *Psychological Monographs*.
- Hull, C.L. (1943). *Principles of behavior*. New York: Appleton Century-Crofts.



- Hull, C.L. (1952). *A behavior system*. New Haven: Yale University Press.
- Ilfeld, F.W.J. (1979). Persons at high risk for symptoms of anxiety. En B. Brown (Ed.), *Clinical anxiety/tension in primary medicine*. Princeton, NJ.: Excerpta Medica.
- Karno, M.; Hough, R.L.; Burman, M.A.; Escobar, J.I.; Timbers, D.M.; Santana, F.y Boyd, J.M. (1987). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic whites. *Archives of General Psychiatry*, 44, 695-701.
- Katkin, E.S. (1966). The relationship between a measure of transitory anxiety and spontaneous autonomic activity. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 142-146.
- Katkin, E.S. (1975). Electrodermal lability: A psychophysiological analysis of individual differences in response to stress. En G. Sarason & Ch. D. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety*. Vol. II. New York: Wiley.
- Kerr, T.A.; Roth, M.; Schapira, K. y Gurney, C. (1972). The assessment and prediction of outcome in affective disorders. *British Journal of Psychiatry*, 121, 167-174.
- Klein, D.F. (1981). Anxiety reconceptualized. En D.F. Klein & J.G. Rabkin (Eds.), *Anxiety: New research and changing concepts*. New York: Raven Press.
- Klein, D.F.; Gittelman, R.; Quitkin, F. y Rifkin, A. (1984). *Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders: Adults and children*. Baltimore: Williams & Wilkins.

- Labrador, F.J. y Fernández-Abascal, E.G. (1990). Evaluación y registros psicofisiológicos. En F. Fuentenebro y C. Vazquez (Eds.), *Psicología médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Vol.I. Madrid: McGraw-Hill.
- Lacey, J.I. (1967). Somatic responses patterning and stress: Some revisions of the activation theory. En M.H. Appley & R. Trumbull (Eds.), *Psychological stress*. New York: Appleton Century-Crofts.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J.M. Shilen (Ed.), *Research in psychotherapy*. Vol.III. Washington: American Psychological Association.
- Lang, P.J. (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. En A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Lang, P.J. (1978). Anxiety: Toward a psychophysiological definition. En H.S. Akiskal & W.H. Webb (Eds.), *Psychiatric diagnosis: Exploration of biological predictors*. New York: Spectrum Publications.
- Lang, P.J. y Lazovick, A.D. (1963). The experimental desensitization of an animal phobia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 519-525.
- Lang, P.J.; Melamed, B.G. y Hart, J. (1970). A psychophysiological analysis of fear modification using an automated desensitization procedure. *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 220-234.

- 
- Lang, P.J.; Rice, D.G. y Sternbach, R.A. (1972). The psycho-physiology of emotion. En N.S. Greenfield & R.A. Sternbach (Eds.), *Handbook of Psychophysiology*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. y Averill, J. R. (1972). Emotion and cognition, with special reference to anxiety. En Ch. Spielberger (Dir.), *Anxiety*. New York: Academic Press.
- Lazarus, R.S.; Averill, J.R. y Opton, E.M. (1970). Toward a cognitive theory of emotion. En M.B. Arnold (Ed.), *Third International Symposium on feelings and emotions*. New York: Academic Press.
- Leary, M.R. (1983). A brief version of the fear of negative evaluation scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- Lehrer, P.M. y Woolfolk, R.L. (1982). Self-report assessment of anxiety: Somatic, cognitive and behavioral modalities. *Behavioral Assessment*, 4, 167-177.
- Lelliott, P.T.; Marks, I.M.; Monteiro, W.O. y Tsakiris, F. (1987). Agoraphobic 5 years after imipramine and exposure: Outcome and predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 599-605.
- Lesser, I.M. (1988). The relationship between panic disorder and depression. *Journal of Anxiety Disease*, 2, 3-15.

- 
- Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. En R. Friedman & M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary, theory and research*. New York: John Wiley and Sons.
- Lick, J.R. y Katkin, E.S. (1976). Assessment of anxiety and fear. En M. Hersen & A. Bellack. (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook*. New York: Pergamon Press.
- Lick, J.R.; Sushinsky, L.W. y Malow, R. (1977). Specificity of fear survey schedule items and the prediction of avoidance behavior. *Behavior Modification*, 1, 283-307.
- Lipman, R.S. (1982). Differentiating anxiety and depression in anxiety disorders: Use of rating scales. *Psychopharmacology Bulletin*, 18, 69-77.
- Lombardo, T.W. y Bellack, A.S. (1978). The external validity of laboratory analogue assessments for speech anxiety. Comunicación presentada en la Reunión Anual de la *Association for Advancement of Behavior Therapy*. Chicago.
- Lucock, M.P. y Salkovskis, P.M. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 297-302.
- Macleod, C. y Rutherford, E.M. (1992). Anxiety and the selective processing of emotional information: Mediating roles of awareness, trait and state variables, and personal relevance of stimulus materials. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 479-491.
- Mahoney, M.P. y Waards, M.P. (1976). *Psychological assessment: A conceptual approach*. New York: Oxford University Press.

- Mandler, G. (1972). Helplessness: Theory and research in anxiety. En Ch. Spielberger (Ed.), *Anxiety, current trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Marks, I.M. (1970). The classification of phobic disorders. *British Journal of Psychiatry*, *116*, 377-386.
- Marks, I.M. (1986). Epidemiology of anxiety. *Soc. Psychiatry*, *21*, 167-171.
- Marks, I.M. (1987a). *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford University Press.
- Marks, I.M. (1987b). Agoraphobia, panic disorder and related condition in the DSM-III-R and ICD-10. *Journal of Psychopharmacology*, *1*, 6-12.
- Marks, I.M. y Huson, M. (1973). Physiological aspects of neutral and phobic imagery: Further observations. *British Journal of Psychiatry*, *122*, 567-572.
- Marks, I.M. y Lader, M. (1973). Anxiety states (anxiety neurosis): A review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *156*, 3-16.
- Martin, B. y Sroufe, L.A. (1970). Anxiety. En C.D. Costello (Ed.), *Symtoms of psychopathology: A handbook*. New York: Wiley.
- Martín-Javato, L. (1986). *Comparación de dos métodos de evaluación del componente motor de la respuesta de ansiedad: Autoinforme y observación conductual*. Memoria de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Mathews, A.; Richards, A. y Eysenck, M. (1989). Interpretation of homophones related to threat in anxiety states. *Journal of Abnormal Psychology*, *98*, 31-34.

- Mattick, R.P. y Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- May, R. (1950). *The meaning of anxiety*. New York: Ronald Press.
- McCann, B.S.; Woolfolk, R.L. y Lehrer, P.M. (1987). Specificity in response to treatment: A study of interpersonal anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 129-136.
- McNally, R.J. (1987). Preparedness and phobias: A review. *Psychological Bulletin*, 101, 283-303.
- Mendelson, M. (1985). Psicodinámica de la depresión. En E.S. Paykel (Ed.), *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide. (Original 1982).
- Michelson, L. (1984). The role of individual differences, response profiles and treatment consonance in anxiety disorders. *Journal of Behavioral Assessment*, 6, 349-367.
- Michelson, L. (1986). Treatment consonance and response profiles in agoraphobia: The role of individual differences in Cancelede, behavioral and physiological treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 263-275.
- Michelson, L. (1987). Cognitive-behavioral assessment and treatment of agoraphobia. En L. Michelson & L.M. Ascher (Eds.), *Anxiety and stress disorders*. New York: The Guilford Press.
- Miguel-Tobal, J.J. (1987). *Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad: Elaboración de un instrumento de medida (I.S.R.A.)*. Madrid: Ed.

U.C.M. (tesis doctoral).

- Miguel-Tobal, J.J. (1990). La ansiedad. En J. Mayor y J.L. Pinillos (Eds.), *Tratado de Psicología. Vol.III. Motivación y Emoción*. Madrid: Alhambra.
- Miguel-Tobal, J.J. (1994). Emotional factors in hypertension and myocardial infarction. Conferencia plenaria en la *15 th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society*. Madrid, 14-16 Julio.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1984). Desarrollo de un Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.). Libro de Comunicaciones del *Primer Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*. Madrid: Ed. C.O.P.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1985). Evaluación de respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras de ansiedad. *Informes de Psicología*, 4, 249-259.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1986). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*. Madrid: TEA.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1988a). *Rasgos específicos de ansiedad en el ISRA*. Madrid: TEA.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1988b). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)* (Segunda edición). Madrid: TEA.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1989). Avances en la evaluación de la ansiedad y sus implicaciones en la elección del tratamiento. *Revista Italiana di Terapia del Comportamento*, N° 22-23, 125-128.

- 
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1990). Progresos en el tratamiento de la ansiedad. Adecuación de las técnicas terapéuticas a las características individuales. *Libro de Comunicaciones del II Congreso del C.O.P. Area 5. Psicología y Salud: Psicología de la Salud*. 270-274.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1992). Anxiety manifestations in different anxiety disorders. Comunicación presentada en el *XXV International Congress of Psychology*. Brussels, 19-24 July.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1994). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)* (Tercera edición con ampliación de muestras y nuevo baremo). Madrid: TEA.
- Mischel, W. (1968). *Personality and assessment*. New York: Wiley. Traducción al castellano: *Personalidad y evaluación* (1973). Mexico: Trillas.
- Mogg, K.; Mathews, A. y Weinman, J. (1987). Memory bias in clinical anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 94-98.
- Munjack, D.J. (1984). The onset of driving phobias. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15, 305-308.
- Myers, J.K.; Weissman, M.M.; Tischler, G.L. y Cols. (1984). Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.
- Nemiah, J. (1987). La concepción psicodinámica de la ansiedad. En R. Pasnau (Dir.), *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Edifarma



- 
- Nichols, K.A. (1974). Severe social anxiety. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 301-306.
- Norton, G.R.; Harrison, B.; Mauch, J. y Rhodes, L. (1985). Characteristics of people with infrequent panic attacks. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 216-221.
- O’Gorman, J.G. y Horneman, C. (1979). Consistency of individuals difference in non specific electrodermal activity. *Biology of the psychology*, 9, 13-21.
- Organización Mundial de la Salud (1977) CIE-9. *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1992) CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1993) CIE-10. *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Criterios de diagnóstico para la investigación*. Ginebra: OMS.
- Orme, J.G.; Reis, J. y Herz, E.J. (1986). Factorial and discriminant validity of the Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D) Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 28-33.
- Ost, L.G.; Jerremalm, A. y Jansson, L. (1981). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 1-16.

- 
- Palavecino, J.C. (1988). *Psicopatología y Personalidad*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A.
- Paul, G.L. y Bernstein, D.A. (1973). Anxiety and clinical problems. En J.T. Spence, R.C. Carson & Thibaut (Eds.), *Behavioral approaches to therapy*. Morristown: General Learning Press.
- Paykel, E. (1971). Classification of depressed patients: A cluster analysis derived grouping. *British Journal of Psychiatry*, 118, 275-288.
- Pervin, L.A. (1968). Performance and satisfaction as a Function of Individual-Environment Fit. *Psychological Bulletin*, 69, 57-68.
- Pincus, H.A.; Frances, A.; Davis, W.W.; First, M.B. y Widiger, T.A. (1992). DSM-IV and new diagnostic categories: Holding the line on proliferation. *American Journal of Psychiatry*, 149:1 Jan., 112-117.
- Piotrowski, C. y Keller, J.W. (1984). Attitudes toward assessment by members of the AABT. Paper presented at the *Meeting of the Southeastern Psychological Association*. New Orleans.
- Pribram, K.H. y McGuiness, (1975). Arousal, activation and effort in the control of attention. *Psychological Review*, 82, 116-149.
- Prusoff, B. y Klerman, G. (1974). Differentiating depressed from anxious neurotic outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 30, 302-309.
- Rachman, S. (1974). *The meanings of fear*. Penguin: Harmondsworth.

- Rachman, S. (1976). The passing of the two-stage theory of fear and avoidance: Fresh possibilities. *Behaviour Research and Therapy*, *14*, 125-131.
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear-acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, *15*, 375-389.
- Rachman, S. (1978a). *Fear and courage*. San Francisco: Freeman.
- Rachman, S. (1978b). Human fears: A three systems analysis. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, *7*, 237-245.
- Rachman, S. y Hodgson, R (1974). Synchrony and desynchrony in fear and avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, *12*, 311-318.
- Rapee, R.M. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review*, *11*, 419-440.
- Rapee, R.M.; Sanderson, W.C. y Barlow, D.H. (1988). Social phobia features across the DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *10*, 287-299.
- Rappaport, H. y Katkin, E.S. (1972). Relationship among manifest anxiety response to stress and the perception of autonomic activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *38*, 219-224.
- Reiss, S. (1980). Pavlovian conditioning and human fear: An expectancy model. *Behavior Therapy*, *11*, 380-396.

- 
- Richardson, F.C. y Tasto, D.L. (1969). Development and factor analysis of a social anxiety inventory. *Behavior Therapy*, 7, 453-462.
- Ricks, W. y Zgourides, G.D. (1991). *Anxiety disorders: A rational-emotive perspective*. New York: Pergamon Press Inc.
- Riskind, J.H.; Beck, A.T.; Brown, G.; Berchick y Steer, R.A. (1987). Taking the measure of anxiety and depression. Validity of the reconstructed Hamilton Scales. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 474-479.
- Robins, L.; Helzer, J.; Weissman, M. y Cols. (1984). Lifetime prevalence of psychiatric disorders at three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-959.
- Roth, M.; Gurney, C.; Garside, R.F. y Kerr, T.A. (1972). Studies in the classification of affective disorders: The relationship between anxiety states and depressive illnesses. I. *British Journal of Psychiatry*, 121, 147-161.
- Roth, M. y Mountjoy, C.Q. (1982). The distinction between anxiety states and depressive disorders. En E.S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Sallis, J.F.; Lichstein, K.L. y McGlynn, F.D. (1980). Anxiety response patterns: A comparison of clinical and analogue populations. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 11, 179-183.
- Sandín, B. (1991). Perspectivas actuales en psicopatología de la ansiedad. En J. Buendía (Ed.), *Psicología clínica y salud: Desarrollos actuales*. Murcia: Publ. Univ. de Murcia.

- 
- Sandín, B. y Chorot, P. (1986a). Relaciones entre forma de adquisición, patrón de respuesta y tratamiento de la ansiedad. En B. Sandín (Ed.), *Aportaciones recientes en psicopatología*. Madrid: Novamedic.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1992). Psicopatología de la ansiedad. En A. Belloch y E. Ibañez (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Vol.II. Valencia: Promolibro.
- Sanz, J. (1991). The specific traits of anxiety in the Anxiety Situations and Responses Inventory (ASRI): Construct validity and relationship to depression. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 7, 149-173.
- Sartory, G.; Rachman, S. y Grey, S. (1977). An investigation of the relation between reported fear and heart rate. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 435-438.
- Schapira, K.; Roth, M.; Kerr, T.A. y Gurney, C. (1972). The prognosis of affective disorders: The differentiation of anxiety states from depressive illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 121, 175-181.
- Schlenker, B.R. y Leary, M.R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92, 641-669.
- Schwartz, G.E. (1978). Psychobiological foundations of psychotherapy and behavior change. En S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons.
- Seligman, M.E.P. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, 307-320.

- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Silva, F. (1989). *Evaluación conductual y criterios psicométricos*. Madrid: Pirámide.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York: McMillan Company.  
Traducción al castellano: *Ciencia y conducta humana* (1969). Barcelona: Fontanella.
- Spence, K.W. (1956). *Behavior theory and conditioning*. New Haven: Yale University Press.
- Spence, K.W. y Taylor, J. (1951). Anxiety and strenght of the vcs determiners of the amount of eyelid conditioning. *Journal of Experimental Psychology*, 42, 183-188.
- Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Staats, A.W. (1980). Behavioral interaction and interactional psychology theories of personality. *British Journal of Psychology*, 71, 205-220.
- Staats, A.W. (1981). Paradigm behaviorism, unified theory construction methods and the zeitgeit of separatism. *American Psychologist*, 36, 239-256.
- Stavrakaki, Ch. y Vargo, B. (1986). The relationship of anxiety and depression. A review of the literature. *British Journal of Psychiatry*, 149, 7-16.
- Tamaren, A.J. ; Carney, R.M. y Allen, T.W. (1985). Assessment of cognitive and somatic anxiety: A preliminary validation study. *Behavior Assessment*, 7, 197-202.

- Taylor, C.B. y Arnow, B. (1988). *The nature and treatment of anxiety disorders*. New York: Free Press.
- Taylor, J.A. (1951). The relationship of anxiety to the conditioned eyelid response. *Journal of Experimental Psychology*, 41, 81-92.
- Taylor, J.A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 43, 285-290.
- Taylor, J.A. y Spence, K.W. (1952). The relationship of anxiety level to performance in serial learning. *Journal of Experimental Psychology*, 44, 61-64.
- Telch, M.J.; Lucas, J.A. y Nelson, P. (1989). Nonclinical panic in college students: An investigation of prevalence and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 300-306.
- Thyer, B.A.; Parrish, R.T.; Curtis, G.C.; Nesser, R.M. y Cameron, O.G. (1985). Ages of onset of DSM-III anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 113-122.
- Torgersen, S. (1983). Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1085-1089.
- Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1989). Social phobia: Clinical syndrome, diagnosis and comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 9, 3-18.
- Turner, S.M.; Beidel, D.C.; Borden, J.W.; Stanley, M.A. y Jacob, R.G. (1991). Social phobia: Axis I and II correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, (Vol. 100), 102-106.

- 
- Turner, S.M.; Beidel, D.C.; Dancu, C.V. y Stanley, M.A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The social phobia and anxiety inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.
- Tyrer, P. (1982). Anxiety states. En E.S. Paykel (Ed.), *Handbook of Affective Disorders*. London: Academic Press.
- Tyrer, P. (1986). Classification of anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 11, 99-104.
- Tyrer, P. (1992). *Clasificación de las neurosis*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Tyrer, P.; Alexander, J.; Remington, M. y Riley, P. (1987). Relationship between neurotic symptoms and neurotic diagnosis a longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 13, 13-21.
- Uhlenhuth, E.H.; Balter, M.B.; Mellinger, G.G.; Cisin, I.H. y Clinthorne, J. (1983). Symptom checklist syndromes in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1167-1173.
- Vanderwolf, C.H. y Robinson, T.E. (1981). Reticulocortical activity and behavior: A critique of the arousal theory and new synthesis. *The Behavioral and Brain Sciences*, 4, 459-514.
- Vázquez, C. (1986). Escalas evaluadoras de la depresión: Limitaciones conceptuales y metodológicas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 41, 101-113.



- 
- Vázquez, C. (1990). Trastornos del estado de ánimo (I): Aspectos clínicos. En F. Fuentenebro y C. Vazquez (Eds.), *Psicología médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Vol.II. Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1992). Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos. En A. Belloch y E. Ibañez (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Vol.II. Valencia: Promolibro.
- Vermilyea, J.A.; Boice, R. y Barlow, D.H. (1984). Rachman and Hodgson (1974) a decade later: How do desynchronous response systems relate to the treatment of agoraphobia?. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 615-621.
- Vila, J. (1985). Psicofisiología de los estados emocionales y procesos cognitivos. En J. Mayor (Ed.), *Actividad humana y procesos cognitivos*. Madrid: Alhambra.
- Vizcarro, C. y Arevalo, J. (1990). Evaluación en psicología y psicopatología (II): Estrategías de recogida de información. En F. Fuentenebro y C. Vazquez (Eds.), *Psicología médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Vol.I. Madrid: McGraw-Hill.
- Vizcarro, C. y García, J.A. (1988). Los autoinformes. En R. Fernández Ballesteros y J.A.I. Carrobes (Eds.), *Evaluación Conductual*. Madrid: Pirámide.
- Von Korff, M.; Shapiro, S.; Burke, J.D.; Teitlebaum, M.; Skinner, E.A.; German, P.; Turner, R.W.; Klein, L. y Burns, B. (1987). Anxiety and depression in a primary care clinic. *Archives of General Psychiatric*, 44, 152-156.
- Walk, R.D. (1956). Self-ratings of fear in a fear-invoking situations. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52, 171-178.

- 
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Watson, D. y Kendall, P.C. (1989). Understanding anxiety and depression: Their relation to negative and positive affective states. En P.C. Kendall & D. Watson (Eds.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. San Diego: Academic Press, INC.
- Watson, J.B. y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Weissman, M.M.; Myers, J.K. y Harding, P.S. (1978). Psychiatric disorder in a U.S. urban community. *American Journal of Psychiatry*, 135, 459-462.
- Wells, K.; Stewart, A.; Hays, R.; Burnam, A.; Rogers, W.; Daniels, M.; Berry, S.; Greenfield, S. y Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients. *JAMA*, 262, 914-919.
- Westphal, C. (1871). Die agoraphobic: Eine neuropathische erscheinung. *Arch. Psychiatr. Nervenkv.*, 3, 138-151.
- Williams, S.L. (1985). On the nature and measurement of agoraphobia. En M. Hersen, R.M. Eister & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. Vol.19. New York: Academic Press.
- Wittchen, H.U. (1986). Epidemiology of panic attacks and panic disorders. En I. Hand & H.U. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias: Empirical evidence of theoretical models and longterm effects of behavioral treatments*. Berlin: Springer-Verlag.

- Wittchen, H.U.; Essau, C.A. y Krieg, J.C. (1991). Anxiety disorders: Similarities and differences of comorbidity in treated and untreated groups. *British Journal of Psychiatry*, 159 (Suppl.12), 23-33.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1977). Inadequate behavior analysis: The Achilles' heel of outcome research in behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 1-3.
- Woodruff, R.; Guze, S. y Clayton, P. (1972). Anxiety neurosis among psychiatric outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 13, 165-170.
- Zinbarg, R.E.; Barlow, D.H.; Brown, T.A. y Hertz, R.M. (1992). Cognitive-behavioral approaches to the nature and treatment of anxiety disorders. *Annual Review of Psychology*, 43, 235-267.

## **ANEXOS**

# ISRA

Apellidos y nombre ..... Edad ..... Sexo .....  
 (V o M)  
 Centro ..... Curso/Puesto ..... Estado civil .....  
 Otros datos ..... Fecha .....

## INSTRUCCIONES

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que presentan **situaciones** en que usted podría encontrarse y otras que se refieren a **respuestas** que usted podría dar ante esas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la **frecuencia** con que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando, según la siguiente escala:

**0: Casi nunca    1: Pocas veces    2: Unas veces sí y otras no    3: Muchas veces    4: Casi siempre**

Vea los ejemplos siguientes:

| SITUACIONES   | RESPUESTAS                           |   |   |                                    |                       | OBSERVACIONES |
|---|--------------------------------------|---|---|------------------------------------|-----------------------|---------------|
|   | 1. Me desconcierto; no sé qué hacer. | 2. Tengo la impresión de que soy un inútil. | 3. No puedo concentrarme en el trabajo. | 4. Tengo dificultades para dormir. | 5. Pierdo el apetito. |               |
| 1. Si un problema me preocupa mucho,                  |                                      |   |   |                                    |                       |               |
| 2. Cuando pierdo un objeto que tenía en mucha estima, |                                      |   |   |                                    |                       |               |

Deberá leer la situación 1 y cada una de las respuestas que están sobre la columna en que hay casillas en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4). Cuando las haya leído, decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después a la situación 2. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a las respuestas 1, 2 y 5. ¿Lo ha hecho así? ¿Tiene alguna dificultad?

### CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO

La última cuestión (la núm. 23) se utilizará sólo cuando exista una situación especialmente perturbadora para usted y no esté incluida en las 22 anteriores. En ese caso, escriba la situación en el lugar correspondiente de las tres páginas y ponga su valoración en las casillas que crea conveniente.

Si desea precisar más o hacer alguna observación, utilice el margen derecho de la Hoja (OBSERVACIONES).



Autores: J. J. Miguel Tobal y A. R. Cano Vindel

Copyright © 1986 by TEA Ediciones, S. A. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Edita: TEA Ediciones, S. A.: Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 Madrid - Imprime: Aguirre Campano; Daganzo, 15 duplicado; 28002 Madrid - Depósito legal: M. - 5.757 - 1986.

C

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| 0 | CASI NUNCA                      |
| 1 | POCAS VECES                     |
| 2 | UNAS VECES SI<br>OTRAS VECES NO |
| 3 | MUCHAS VECES                    |
| 4 | CASI SIEMPRE                    |

|  |
|--|
| 1. Me preocupo fácilmente.   |
| 2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos o sobre los demás, «torpe», etc. a mismo. |
| 3. Me siento inseguro de mi mismo.   |
| 4. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme.                            |
| 5. Siento miedo.   |
| 6. Me cuesta concentrarme.   |
| 7. Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.     |

| SITUACIONES   | RESPUESTAS |  |  |  |  |  |  | OBSERVACIONES | ΣS |
|---|------------|--|--|--|--|--|--|---------------|----|
| 1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.                           |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.  |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.   |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.  |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 5. En mi trabajo o cuando estudio.  |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.  |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.                   |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.  |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.  |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 10. Si tengo que hablar en público.   |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.           |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.  |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 13. Después de haber cometido algún error.  |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.  |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.  |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.   |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.  |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.  |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 19. En lugares altos, o ante aguas profundas.   |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 20. Al observar escenas violentas.  |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 21. Por nada en concreto.   |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 22. A la hora de dormir.  |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| 23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.<br>.....<br>..... |            |  |  |  |  |  |  |               |    |
| ΣR  |            |  |  |  |  |  |  | TOTAL         |    |

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| 0 | CASI NUNCA                      |
| 1 | POCAS VECES                     |
| 2 | UNAS VECES SI<br>OTRAS VECES NO |
| 3 | MUCHAS VECES                    |
| 4 | CASI SIEMPRE                    |

- RESPUESTAS**
1. Siento molestias en el estomago.
  2. Me sudan las manos u otra parte del cuerpo hasta en dias frios.
  3. Me tiemblan las manos o las piernas.
  4. Me duele la cabeza.
  5. Mi cuerpo está en tensión.
  6. Tengo palpitaciones, el corazón me late muy deprisa.
  7. Me falta el aire y mi respiración es agitada.
  8. Siento náuseas o mareo.
  9. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.
  10. Tengo escalofríos y tiritos aunque no haga mucho frío.

| SITUACIONES   | RESPUESTAS |  |  |  |  |  |  |  |  |  | OBSERVACIONES | ΣS  |
|---|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|-----|
| 1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.                           |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 5. En mi trabajo o cuando estudio.  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.                   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 10. Si tengo que hablar en público.   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.           |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 13. Después de haber cometido algún error.  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 19. En lugares altos, o ante aguas profundas.   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 20. Al observar escenas violentas.  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 21. Por nada en concreto.   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 22. A la hora de dormir.  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| 23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.<br>.....<br>..... |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
| ΣR  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TOTAL         | :2= |

**ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO**

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| 0 | CASI NUNCA                      |
| 1 | POCAS VECES                     |
| 2 | UNAS VECES SI<br>OTRAS VECES NO |
| 3 | MUCHAS VECES                    |
| 4 | CASI SIEMPRE                    |

|  |
|--|
| RESPUESTAS   |
| 1. Llora con facilidad.  |
| 2. Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, tocarme, movimientos rítmicos con pies o manos, etc.). |
| 3. Fumo, como o bebo demasiado.  |
| 4. Trato de evitar o rehuir la situación.  |
| 5. Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta.   |
| 6. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes.  |
| 7. Tartamudeo o tengo otras dificultades de expresión verbal.  |

| SITUACIONES   | RESPUESTAS |   |   |   |   |   |   | OBSERVACIONES | ΣS |
|---|------------|---|---|---|---|---|---|---------------|----|
|   | 1          | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |               |    |
| 1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.                           |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.  |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.   |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.  |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 5. En mi trabajo o cuando estudio.  |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.  |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.                   |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.  |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.  |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 10. Si tengo que hablar en público.   |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.           |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.  |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 13. Después de haber cometido algún error.  |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.  |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.  |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.   |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.  |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.  |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 19. En lugares altos, o ante aguas profundas.   |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 20. Al observar escenas violentas.  |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 21. Por nada en concreto.   |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 22. A la hora de dormir.  |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| 23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.<br>.....<br>..... |            |   |   |   |   |   |   |               |    |
| ΣR  |            |   |   |   |   |   |   | TOTAL         |    |

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO



Nombre y Apellidos:.....

Fecha:.....

### INVENTARIO DE MOVILIDAD

Indique el grado en que evita las siguientes situaciones o lugares debido a la ansiedad que le producen. Gradue el grado de evitación cuando está con alguien en quien confía y cuando está usted sólo. Hágalo utilizando la siguiente escala:

- 1.- Nunca lo evito.
- 2.- Lo evito rara vez.
- 3.- Lo evito la mitad de las veces aproximadamente.
- 4.- Lo evito casi siempre.
- 5.- Lo evito siempre.

| <u>LUGARES</u>                           | <u>ACOMPANADO</u> | <u>SOLO</u> |
|--|-------------------|-------------|
| 1. Teatros, cines.....                   | _____             | _____       |
| 2. Supermercados.....                    | _____             | _____       |
| 3. Aulas.....                            | _____             | _____       |
| 4. Grandes Almacenes.....                | _____             | _____       |
| 5. Restaurantes.....                     | _____             | _____       |
| 6. Museos.....                           | _____             | _____       |
| 7. Ascensores.....                       | _____             | _____       |
| 8. Auditorios o estadios.....            | _____             | _____       |
| 9. Parkings y garajes.....               | _____             | _____       |
| 10. Lugares elevados (indique altura)... | _____             | _____       |
| 11. Lugares cerrados (ej: túneles).....  | _____             | _____       |

| <u>ESPACIOS ABIERTOS</u>                   | <u>ACOMPANADO</u> | <u>SOLO</u> |
|--|-------------------|-------------|
| 1. Exteriores (ej: calles, patios, etc.).. | _____             | _____       |
| 2. Interiores (ej: habitaciones, etc.)...  | _____             | _____       |

| <u>VIAJES</u>                      | <u>ACOMPANADO</u> | <u>SOLO</u> |
|------------------------------------|-------------------|-------------|
| 1. En autobús.....                 | _____             | _____       |
| 2. En tren.....                    | _____             | _____       |
| 3. En metro.....                   | _____             | _____       |
| 4. En avión.....                   | _____             | _____       |
| 5. En barco.....                   | _____             | _____       |
| 6. En coche.....                   | _____             | _____       |
| a) En cualquier circunstancia..... | _____             | _____       |
| b) En autopista.....               | _____             | _____       |

SITUACIONES

ACOMPAÑADO

SOLO

- |                                      |       |       |
|--------------------------------------|-------|-------|
| 1. Hacer cola.....                   | _____ | _____ |
| 2. Cruzar puentes.....               | _____ | _____ |
| 3. Fiestas o reuniones sociales..... | _____ | _____ |
| 4. Andar por la calle.....           | _____ | _____ |
| 5. Estar solo en casa.....           | _____ | _____ |
| 6. Estar lejos de casa.....          | _____ | _____ |

Definimos un *ataque de pánico* como:

1. Un alto nivel de *ANSIEDAD* acompañado de
2. Fuertes reacciones *CORPORALES* (palpitaciones cardiacas, sudoración, temblor, náuseas, mareo).
3. Pérdida temporal de la capacidad de *PLANIFICAR*, pensar o razonar, y
4. Deseo intenso de *ESCAPAR* o huir de la situación.

Por favor, indique el número total de ataque de pánico que haya tenido en los últimos siete días:\_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos:.....

Edad:.....Sexo:.....Fecha:.....

B - FNE

Lea cada una de las siguientes expresiones cuidadosamente e indique hasta que punto es característica de usted de acuerdo con las siguiente escala:

- 1.- Nada característico de mí.
- 2.- Ligeramente característico de mí.
- 3.- Moderadamente característico de mí.
- 4.- Muy característico de mí.
- 5.- Extremadamente característico de mí.

- 1. No me preocupa lo que la gente va a pensar de mí aún cuando yo sepa que ello no me perjudicará.
- 2. No me preocupo aunque sepa que la gente se está formando una impresión desfavorable de mí.
- 3. Suelo tener miedo a la gente cuando se da cuenta de mis defectos.
- 4. Raramente me preocupa que clase de impresión pueda causar a alguien.
- 5. Tengo miedo de que otras personas no me acepten.
- 6. Tengo miedo de que la gente me censure.
- 7. No me molestan las opiniones de otras personas sobre mí.
- 8. Cuando hablo a alguien me preocupa lo que pueda pensar de mí.
- 9. Normalmente me preocupa la clase de impresión que causo.
- 10. Me afecta poco saber que alguien está juzgándome.
- 11. Algunas veces pienso que me preocupa demasiado lo que otros piensen de mí.
- 12. A menudo me preocupa decir o hacer las cosas mal.

|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. No me preocupa lo que la gente va a pensar de mí aún cuando yo sepa que ello no me perjudicará. |   |   |   |   |   |
| 2. No me preocupo aunque sepa que la gente se está formando una impresión desfavorable de mí.      |   |   |   |   |   |
| 3. Suelo tener miedo a la gente cuando se da cuenta de mis defectos.                               |   |   |   |   |   |
| 4. Raramente me preocupa que clase de impresión pueda causar a alguien.                            |   |   |   |   |   |
| 5. Tengo miedo de que otras personas no me acepten.  |   |   |   |   |   |
| 6. Tengo miedo de que la gente me censure.   |   |   |   |   |   |
| 7. No me molestan las opiniones de otras personas sobre mí.  |   |   |   |   |   |
| 8. Cuando hablo a alguien me preocupa lo que pueda pensar de mí.                                   |   |   |   |   |   |
| 9. Normalmente me preocupa la clase de impresión que causo.  |   |   |   |   |   |
| 10. Me afecta poco saber que alguien está juzgándome.  |   |   |   |   |   |
| 11. Algunas veces pienso que me preocupa demasiado lo que otros piensen de mí.                     |   |   |   |   |   |
| 12. A menudo me preocupa decir o hacer las cosas mal.  |   |   |   |   |   |

Nombre y Apellidos:.....Fecha:.....

BDI

Rodee con un círculo cual de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido usted DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

- 
- 1 0 No me siento triste.  
1 Me siento triste.  
2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo  
3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
- 2 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.  
1 Me siento desanimado respecto al futuro.  
2 Siento que no tengo que esperar nada.  
3 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
- 3 0 No me siento fracasado.  
1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.  
2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.  
3 Me siento una persona totalmente fracasada.
- 4 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.  
1 No disfruto de las cosas tanto como antes.  
2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.  
3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5 0 No me siento especialmente culpable.  
1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.  
2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.  
3 Me siento culpable constantemente.
- 6 0 No creo que esté siendo castigado.  
1 Siento que quizá pueda ser castigado.  
2 Espero ser castigado.  
3 Siento que estoy siendo castigado.
- 7 0 No estoy decepcionado de mí mismo.  
1 Estoy decepcionado de mí mismo.  
2 Me avergüenzo de mí mismo.  
3 Me detesto.
- 8 0 No me considero peor que cualquier otro.  
1 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.  
2 Continúa me culpo por mis faltas.  
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.  
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.  
2 Desearía suicidarme.  
3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10 0 No lloro más de lo que solía.  
1 Ahora lloro más que antes.  
2 Llora continuamente.  
3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera.
- 11 0 No estoy más irritado de lo normal en mí.  
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
2 Me siento irritado continuamente.  
3 No me irrito en absoluto por las cosas que antes solían irritarme.
- 12 0 No he perdido el interés por los demás.  
1 Estoy menos interesado por los demás que antes.  
2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.  
3 He perdido todo interés por los demás.
- 13 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.  
1 Evito tomar decisiones más que antes.  
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes  
3 Ya me es imposible tomar decisiones.
- 14 0 No creo tener peor aspecto que antes  
1 Me temo que ahora parezca más viejo o poco atractivo.  
2 Siento que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.  
3 Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15 0 Trabajo igual que antes.  
1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.  
2 Tengo que obligarme mucho para hacer todo.  
3 No puedo hacer nada en absoluto.
- 16 0 Duermo también como siempre  
1 No duermo también como antes.  
2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.  
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volver a dormir.
- 17 0 No me siento más cansado de lo normal  
1 Me canso más que antes.  
2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.  
3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18 0 Mi apetito no ha disminuido.  
1 No tengo tan buen apetito como antes.  
2 Ahora tengo mucho menos apetito.  
3 He perdido completamente el apetito.
- 19 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.  
1 He perdido más de 2 Kilos.  
2 He perdido más de 4 Kilos.  
3 He perdido más de 7 Kilos.  
Estoy bajo dieta para adelgazar: SI NO
- 20 0 No estoy más preocupado por mi salud que lo normal.  
1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago, o estreñimiento.  
2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.  
3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa.
- 21 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.  
1 Estoy menos interesado por el sexo que antes.  
2 Estoy mucho menos interesado por el sexo.  
3 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Nombre y Apellidos.....

Edad.....Sexo..... Fecha.....

CFSS

A continuación encontrará dos grupos de seis preguntas cada uno (A:Situaciones Sociales y B:Miedos Específicos). Las cuestiones se refieren a las situaciones o estímulos que encabezan cada uno de los dos grupos y, a su vez, describen algunos síntomas que Ud. puede experimentar en tales situaciones. Su tarea consiste en marcar SI o NO, para indicar si cuando Ud. se encuentra ante dichas situaciones o estímulos experimenta o no los síntomas que describe la pregunta.

**A. Situaciones Sociales:**

- Ser observado por los demás.
- Hablar en público.
- Comer en lugares públicos o con personas no habituales.
- Utilizar urinarios públicos.
- Escribir en presencia de otras personas.

1. ¿ La exposición a una o varias de las situaciones anteriormente descritas provoca en usted una respuesta de ansiedad inmediata o un malestar intenso?...SI NO  
(Señale cuales \_\_\_\_\_)
2. ¿ Evita las situaciones anteriormente señaladas o bien las resiste con gran ansiedad?.....SI NO
3. ¿ Evitar alguna de las situaciones anteriormente descritas interfiere en sus actividades habituales: sociales, profesionales, de relación con los demás?...SI NO
4. ¿ El hecho de evitar alguna de las situaciones anteriormente descritas le provoca un intenso malestar?...SI NO
5. ¿ Ante la situación o situaciones señaladas experimenta síntomas tales como: palpitaciones, sudoración, temblor, tartamudeo, desvanecimientos?.....SI NO
6. ¿ Reconoce que su miedo es excesivo o irrazonable?...SI NO

**B. Miedos Específicos.** (Ejemplos : animales, alturas, avión, espacios cerrados, dentistas, inyecciones, heridas, sangre, etc...)

1. ¿ Padece un miedo o temor persistente a un estímulo, objeto o situación concretos?.....SI NO  
(Especifique cuales: \_\_\_\_\_)
2. ¿ La exposición ante alguno/os de los estímulos anteriormente señalados le provocan una respuesta de ansiedad inmediata?.....SI NO
3. ¿ El/los estímulos señalados tienden a evitarse o bien a resistirse a costa de una ansiedad intensa?.....SI NO
4. ¿ Evitar alguno de los estímulos señalados interfiere en sus actividades habituales: sociales, profesionales, etc.....SI NO
5. ¿ El hecho de evitar alguno de los estímulos señalados le provoca un intenso malestar?.....SI NO
6. ¿ Reconoce que su miedo es excesivo o irrazonable?...SI NO