

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO TRANSCULTURAL DE LA ANSIEDAD:
ADAPTACIÓN DEL ISRA A LA POBLACIÓN BRASILEÑA.**

CARMEN VALENTINA AMORIM GAUDÊNCIO BEZERRA

TESIS DOCTORAL

1997

TESIS DOCTORAL

CARMEN VALENTINA AMORIM GAUDÊNCIO BEZERRA

**TITULO: ESTUDIO TRANSCULTURAL DE LA ANSIEDAD: ADAPTACIÓN DEL
ISRA A LA POBLACIÓN BRASILEÑA.**

**DIRECTOR: ANTONIO CANO VINDEL, DOCTOR EN PSICOLOGÍA. PROFESOR
TITULAR DE PSICOLOGÍA BÁSICA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
DE MADRID.**

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

1997

D. ANTONIO CANO VINDEL, PROFESOR TITULAR DE PSICOLOGIA DE LA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, DOCTOR EN PSICOLOGÍA.

CERTIFICA:

Que Dña. **CARMEN VALENTINA AMORIM GAUDÊNCIO BEZERRA**, natural
de Campina Grande - Paraíba/Brasil, con PASAPORTE: CH 801078, Licenciada en Psicología,
ha trabajado bajo mi dirección y asesoramiento directo en la elaboración de su Tesis Doctoral:
"Estudio Transcultural de la Ansiedad: Adaptación del ISRA a la Población Brasileña",
considerando que se encuentra en las debidas condiciones para ser sometida al correspondiente
examen ante el Tribunal que proceda.

Madrid, 20 de Septiembre de 1997



Fdo: Dr. A. Cano Vindel

Esta Tesis ha sido subvencionada por el
"Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico Brasileiro - CNPq"
(Proyecto Nº 20.1931/91.5)

AGRADECIMIENTOS

El objetivo fundamental que se pretende cuando se inician los trabajos necesarios para la elaboración de una Tesis Doctoral, generalmente no son intuitas por el doctorando. El horizonte de alcanzar la máxima titulación de la Universidad según la concepción humanística con que dicha institución fue concebida en los Estudios Generales de la Edad Media y organizada según las reglas renacentistas, supone una utopía inicial que, pronto, va a ser sustituida por su verdadera función que sin embargo, no contradice esta tradición. Por una parte la elaboración de una Tesis necesariamente ha de suponer la adquisición de actitudes y aptitudes imprescindibles para plantear un trabajo de investigación, desarrollarlo, criticarlo y comunicarlo al resto de la comunidad científica, sobre el precepto básico de la absoluta reproductividad de todas sus fases, como impone la metodología científica actual. Por otra parte, el ya doctorado ha de ser capaz de transmitir sus conocimientos a los que empiezan, de lo que se deriva la adquisición de la aptitud para la docencia. Aprendizaje y docencia, en fin, se aunan en este último grado universitario.

Este conocimiento de los fines perseguidos con la realización de una Tesis Doctoral es algo que el doctorando va adquiriendo a medida que la desarrolla. Como este apartado se escribe al final, supone realmente un epílogo en el que se hace imprescindible agradecer a todas las instituciones y personas que brindaron su ayuda, la colaboración prestada que, en el caso de la presente investigación, no es frase hecha el reconocer la imposibilidad de conseguir los resultados que se expondrán más adelante.

Es de justicia iniciar el capítulo de reconocimientos refiriéndome al "*Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico Brasileiro*" (CNPq), organismo motor de las ciencias en mi País, sin cuya ayuda al financiar mi estancia en España, hubiera sido imposible realizar la presente Tesis, cuyos resultados quiero devolver a mi País como muestra de gratitud. En este agradecimiento institucional debe incluirse al Gobierno del Estado de Paraíba al que pertenezco como funcionaria, que facilitó el permiso necesario para mi estancia en Europa, al 3º Nucleo Regional de Salud de Paraíba por su colaboración en la burocracia imprescindible a la hora de disfrutar mi beca y en la obtención de los datos, así como al Departamento de Psicología Básica (Procesos Cognitivos) de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid por haberme aceptado en su programa de doctorado, dándome la oportunidad de llevar a cabo la presente Tesis.

Muchos han sido los centros sanitarios públicos y privados a lo largo y ancho del País que me facilitaron la recogida de la ingente cantidad de datos empleados. A todos ellos vaya mi agradecimiento, aunque quisiera destacar de forma particular al Hospital Universitario Alcides Carneiro de mi ciudad, Campina Grande - PB, y sobre todo a su director Dr. Gilvandro Siqueira que fue una persona imprescindible en una fase especialmente difícil de la investigación. En su nombre, quiero honrar a todos científicos desinteresados que facilitaron la aplicación del test.

Un reconocimiento obligado y debido a los profesores Dr. Antonio Cano Vindel, director de esta Tesis, y Dr. Juan José Miguel Tobal, ayuda en cada momento, autores de la prueba *ISRA*, por sus esfuerzos en propagar la validez de un método de tanta utilidad en el mundo de la Psicología.

Todos los compañeros del Departamento de Psicología Básica, Amalia Escalona, Héctor González Hordi, Iciar Iruarrizaga, Juan Manuel Muñoz, Maria Benigna Díaz Ovejero y María Isabel Casado Morales, han supuesto un estímulo constante a lo largo de los años, así como a Miguel Angel Sangil que frecuentemente ha facilitado mis problemas burocráticos en este Departamento. También, es de justicia agradecer a María Carmen Álvarez y Zacarías Martín del Servicio Informático de Somosaguas, por su apoyo en los momentos de duda surgidos a lo largo de los prolongados análisis estadísticos que aquí se encierran.

Elizabeth (Beta) Bronzeado ha sido mi más firme conexión con Brasil durante los años que he estado fuera. A ella y a la Dra. Maria Rosário Azevedo, mi agradecimiento por posibilitar cada paso cuando me era imposible realizarlo personalmente.

Otras personas de obligada referencia son Socorro Farias de Albuquerque, Verônica Bezerra de Araújo Galvão, Lucima Melo, Edmundo Gaudêncio, Mércia Gaudêncio, Maria Isabel Arruda, Adriana Ribeiro Gomes, Carlos Magno Gomes, Maria Tereza Nascimento, José Basilio Serrão, Lucia de Souza Lima, Ione Ribeiro Valle, Lourdes Martínez, Sylvia Fernandes Costa, así como a toda mi familia, especialmente a mis padres, hermanos y hijos que han sabido comprender y disculpar mi dedicación a un proyecto ambicioso que, de alguna forma, contribuirá al desarrollo científico de mi País.

Finalmente, agradezco de modo muy especial al Dr. Rafael Ramírez Camacho por haber sido la persona que sin medir esfuerzos, me ha prestado una inestimable ayuda, realizando tareas minuciosas en la corrección y lectura crítica del texto, prestando en muchas ocasiones ideas que fueron aprovechadas para una mejor calidad del trabajo. En fin, mi más sincero agradecimiento por todo su empeño en las diversas fases de esta Tesis

A Rodolfo y Mylena Gaudêncio Bezerra

ÍNDICE

PARTE I: REVISIÓN TEÓRICA

1.	INTRODUCCIÓN	6
1.1	EVOLUCIÓN CONCEPTUAL	13
1.2	ANSIEDAD COMO EMOCIÓN NORMAL VERSUS ANSIEDAD COMO PATOLOGÍA	25
1.2.1	SINTOMATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD	26
1.2.2	TRASTORNOS DE ANSIEDAD	29
1.2.3	EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y TRASTORNOS ASOCIADOS	35
2.	EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD	45
2.1	PROCESO DE EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD	47
2.2	LOS MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD	53
2.2.1	LA OBSERVACIÓN	53
2.2.2	LOS REGISTROS PSICOFISIOLÓGICOS	58
2.2.3	LOS AUTOINFORMES	62
2.2.3.1	LA ENTREVISTA	63
2.2.3.2	LOS AUTOREGISTROS	65
2.2.3.3	CUESTIONARIOS, INVENTARIOS Y ESCALAS	65
2.2.3.4	TIPOS DE AUTOINFORMES	70
3.	MODELOS TEÓRICOS DE ANSIEDAD EN LOS QUE SE FUNDAMENTA EL ISRA	77
3.1.	MODELO INTERACTIVO DE LA ANSIEDAD	79
3.1.1	MULTIDIMENSIONALIDAD DEL RASGO DE LA ANSIEDAD	85

3.1.2	HIPÓTESIS DE LA CONGRUENCIA	87
3.2.	MODELO TRIDIMENSIONAL DE LA ANSIEDAD	89
3.2.1	DESINCRONÍA O FRACCIONAMIENTO DE RESPUESTA	92
3.2.2	PERFILES DE RESPUESTAS DIFERENCIALES	95
4.	DESCRIPCIÓN DEL ISRA ESPAÑOL	99
4.1	OBJETIVOS DEL ISRA	101
4.2	CONSTRUCCIÓN	102
4.3	PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS	106
4.3.1	PRIMERA VERSIÓN	106
4.3.2	SEGUNDA VERSIÓN DEFINITIVA	109
4.3.3	TERCERA EDICIÓN	113
4.4.	INVESTIGACIÓN BÁSICA	116
4.5.	CARACTERÍSTICAS DEL ISRA	123
5.	ÁREAS DE APLICACIÓN E INVESTIGACIONES CON EL ISRA	125
5.1	ÁREAS DE APLICACIÓN	127
5.2	INVESTIGACIONES CON EL ISRA	130
5.2.1	ÁMBITO CLÍNICO	132
5.2.1.1	TRASTORNOS DE ANSIEDAD	132
5.2.1.2	TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS	140
5.2.1.3	DEPRESIÓN	147
5.2.2	ÁMBITO EDUCATIVO	149
5.2.3	ÁMBITO LABORAL	153
6.	UNA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL DE LA ANSIEDAD	156
6.1	CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN TRANSCULTURAL	158
6.2	REQUISITOS DE LA ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTOS	163
6.3	ESTUDIOS TRANSCULTURALES DE ANSIEDAD	166

PARTE 2: ESTUDIOS EMPÍRICOS

7.	OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA BRASILEÑA	182
7.1.	OBJETIVOS.	183
7.2.	HIPÓTESIS	184
7.3.	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA BRASILEÑA	185
8.	TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN INICIAL	190
8.1.	PROCESO DE TRADUCCIÓN	191
8.2.	ESTUDIO PILOTO INICIAL	195
8.3.	SEGUNDO ESTUDIO PILOTO	197
8.3.1	MUESTRAS Y PROCEDIMIENTO	197
8.3.2	RESULTADOS.	200
8.3.3	CONCLUSIONES.	211
9.	ADAPTACIÓN DEFINITIVA.	212
9.1	DESCRIPCIÓN DE LAS MUESTRAS Y PROCEDIMIENTO UTILIZADO.	213
10.	RESULTADOS	222
10.1	DESCRIPTIVOS ESTADÍSTICOS DE LOS GRUPOS	223
10.2	VALIDEZ CRITERIAL	229
10.3	CONSISTENCIA INTERNA	234
10.4	FACTORIZACIÓN	238
10.4.1	ANÁLISIS FACTORIAL DE LAS RESPUESTAS.	238
10.4.2	ANÁLISIS FACTORIAL DE LAS SITUACIONES	243
10.5	FIABILIDAD	248
10.6	VALIDEZ CONCURRENTES	251

10.7 BAREMACIÓN DEL <i>ISRA</i> BRASILEÑO	253
11. ESTUDIO TRANSCULTURAL	261
11.1 OBJETIVO	263
11.2 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	265
11.3 MATERIAL Y MÉTODO	266
11.4 RESULTADOS	267
11.5 COMENTARIOS	277
12. CONCLUSIONES	279
13. BIBLIOGRAFÍA	282
14. APÉNDICE I	312
15. APÉNDICE II	317

PARTE I: REVISIÓN TEÓRICA

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

El hecho de vivir implica una interdependencia con el ambiente en que se desarrolla la vida. Se vive como un proceso de desarrollo de potencias en un medio determinado que matiza, condiciona y modifica al ser originario. Estas circunstancias obligan a mantener una tensión adaptativa que adecúa las acciones al medio en que se desenvuelven, sobre la base de las propias características del individuo.

Precisamente, esta presencia nuclear dentro de las reacciones humanas, ha sido causa de que la ansiedad sea motivo de interés para gran número de investigadores pertenecientes a las más diversas escuelas; y, en consecuencia, que su concepto carezca de una precisión absoluta al haber sido abordado desde ópticas tan distintas. Por ello, se hace necesario aclarar su verdadero significado.

El continuo intento por entender la naturaleza y el papel que desempeña la ansiedad en la vida diaria viene demostrado por la intensiva y extensiva investigación que existe en este área desde hace muchos años. Sin embargo, las dificultades encontradas en este camino son muchas, comenzando por la ambigüedad conceptual del constructo "ansiedad" y finalizando por los problemas metodológicos presentes en el intento de abordarla de manera operativa. De una forma simplista, la ansiedad puede ser considerada como un estado de inquietud del individuo. Esta definición debe ser matizada.

La ansiedad es probablemente la emoción universal más común y se presenta a lo largo

de toda la vida del individuo (Miguel-Tobal, 1996). Cualquiera ha podido percibirla sobre la base de su propia experiencia, sobre todo, cuando ésta ha sido suficientemente intensa. No solamente se trata de una experiencia humana, ya que, también los animales son capaces de sentirla dentro de sus necesidades adaptativas desde el punto de vista evolutivo.

Desde las primeras décadas de este siglo, todo esto ha llevado a la ansiedad a ocupar siempre un lugar destacado en la literatura psicológica basándose en dos razones fundamentales (Miguel-Tobal, 1990):

- Al ser tratada como una respuesta emocional paradigmática, la ansiedad ha proporcionado avances a la investigación básica y aplicada en el campo de las emociones en general.

- Los avances obtenidos en el estudio de la ansiedad han influido en el desarrollo de técnicas concretas aplicadas prácticamente a todo el universo de la psicología actual (clínica, educativa, industrial, deportiva, del tráfico, ...etc.).

Por tanto, se considera la ansiedad un elemento central en psicopatología siendo uno de los principales motivos que llevan a las personas a la consulta médica de atención primaria, por ser un elemento presente en la mayor parte de los trastornos psicológicos y psicosomáticos.

Cuando se habla de ansiedad, se presenta una gran ambigüedad o confusión terminológica referida al mismo constructo. La ansiedad a lo largo del tiempo ha sido vista desde diferentes perspectivas, lo que es debido a la gran cantidad de científicos provenientes de diversas vertientes

psicológicas, que se ocuparon del fenómeno y desarrollaron diferentes teorías para explicarlo.

Desde esa óptica teórica, todas las escuelas psicológicas han tenido, en mayor o menor escala, una preocupación por el estudio de la ansiedad, formulando en consecuencia, explicaciones psicoanalíticas o psicodinámicas, humanistas, existenciales, conductuales, psicométricas, cognitivo-conductuales, hasta las más actuales como las teorías del procesamiento de la información y las neuro-biopsicológicas. Por esa heterogeneidad de escuelas existen una gran dificultad a la hora de definir el concepto de ansiedad.

A grandes rasgos, la ansiedad ha sido explicada como reacción emocional, respuesta, experiencia interna, rasgo de personalidad, estado, síntoma, neurosis experimental, etc., sin que se vea un límite preciso entre los distintos enfoques.

A su vez, como señalamos anteriormente, bajo el rótulo de ansiedad, están englobados otra variedad de términos utilizados de manera indistinta, como ejemplo angustia, estrés, amenaza, temor, miedo, fobia, tensión, frustración, arousal. Para una revisión exhaustiva de esta amplia variación terminológica es necesario recurrir a autores que explican las diferencias entre los diversos conceptos (Lazarus, 1966; Mandler, 1972; Cattell, 1973; Spielberger, 1976, 1977; Borkovek et al., 1977; Bermúdez y Luna, 1980; Carrobbles y Díez Chamizo, 1981; Ansorena, Cobo, y Romero, 1983; Miguel-Tobal, 1990, 1996; Sandín y Chorot, 1995).

Sin embargo, los términos *ansiedad* y *angustia* derivan de la raíz indogermánica *angh*, que tiene como significado estrechez y/o malestar. Con la influencia latina hubo una diferenciación

entre *anxietas* y *angor*, destacándose el término ansiedad cuando existe una influencia psíquica y, con relación a angustia, un predominio de elementos orgánicos, siendo preferentemente utilizado en psicología el término ansiedad y en psiquiatría, la palabra angustia.

Respecto a la distinción entre *ansiedad* y *miedo*, tradicionalmente se utiliza el primer término cuando se trata de un estado emocional difuso sin que exista una amenaza externa reconocible, mientras que para el miedo, se constata la existencia de un estímulo externo amenazador. Esta distinción muchas veces es difícil de ser percibida por los sujetos, debido a los estímulos considerados introceptivos que, en gran parte dificultan la clarividencia de éstos. En otros términos, el miedo sería una reacción proporcionada al peligro real u objeto, mientras que la ansiedad reflejaría una reacción desproporcionada de éste (Bermúdez y Luna, 1980).

En realidad los términos *miedo* y *ansiedad* vienen siendo utilizados de forma equivalente; de hecho, las fobias son consideradas como trastornos de ansiedad. Sin embargo, la separación entre *miedo* y *fobia* en psicopatología debe establecerse claramente, al objeto de evitar confusiones conceptuales.

De acuerdo con la última publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM-IV (APA, 1994), se hacen necesarios los siguientes criterios para el diagnóstico de la fobia (específica):

1. Miedo desproporcionado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica.

2. La exposición al estímulo fóbico provoca inevitablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de ataque de pánico situacional.

3. El individuo reconoce que el miedo es excesivo o irracional, principalmente si son personas adultas.

4. Las situaciones temidas se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

5. Las conductas de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocado por los estímulos fóbicos interfieren gravemente con la rutina diaria normal de la persona, con las relaciones laborales o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

6. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

7. La ansiedad, los ataques de pánico o las conductas de evitación fóbica asociadas a estímulos específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno de ansiedad, como por ejemplo, un trastorno por estrés postraumático, en que el individuo teme un acontecimiento altamente traumático.

El concepto "*ansiedad*" ha pasado por un largo período de intensa especulación, hoy, dentro de la psicología moderna, deja de ser visto como un constructo unitario para ser entendido de una manera más amplia o multidimensional, en el que interactúan variables cognitivas, fisiológicas y motoras.

Con base a esta perspectiva multidimensional ha sido propuesta una definición idónea para dicho constructo. Denominase ansiedad, a la respuesta emocional o patrón de respuesta que

engloba aspectos cognitivos displacenteros de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del S.N.C., y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos (Miguel-Tobal, 1985, 1990). Dicha respuesta o patrón de respuesta, será provocada por estímulos tanto externos o situacionales como por estímulos internos (pensamientos, ideas, etc.) desde el momento en que sean identificados por el sujeto como amenazantes o peligrosos.

Sin embargo, antes de tratarse la ansiedad como un constructo multidimensional y definirse como tal, ha sido necesario recorrer un largo camino, por lo que nos dedicaremos a seguir con especial atención su evolución conceptual del constructo ansiedad.

1.1 EVOLUCIÓN CONCEPTUAL

Es a partir de los años veinte cuando el término ansiedad se incorpora a la psicología, a través de la publicación en 1926 del trabajo de Freud "*Inhibition, sintoma and anxiety*" y, desde entonces, pasa a ser considerado un reto en la historia de la psicología científica. Aunque, desde el punto de vista histórico, aparezca reflejada en el período helenístico griego, en 1844, cuando Kierkegaard por primera vez, utiliza el término angustia (Miguel-Tobal, 1985).

En las tres últimas décadas, se observan diferentes enfoques y tendencias que influyeron en el estudio y la investigación de la ansiedad y sus trastornos. Sin embargo, antes de adentrarnos en los últimos avances de la investigación relacionada con la ansiedad, haremos una breve revisión retrospectiva relacionada con su evolución conceptual, intentando sintetizar los hechos más significativos de cada enfoque.

La teoría psicoanalítica encabezada por Freud, en un primer momento concibe la ansiedad como reflejo de la energía sexual reprimida, para más adelante desarrollar un segundo abordaje teórico en el que la ansiedad es entendida como una respuesta interna que alerta al individuo de la inminencia de algún peligro.

El concepto ansiedad ha ido evolucionando dentro de la teoría psicoanalítica. La ansiedad pasa, de ser vista desde la perspectiva de un simple afecto, a concebirse como un constructo central de los conflictos intrapsíquicos y, desde un síntoma común a muchos síndromes psicopatológicos, a constituir una entidad propia dentro de estos síndromes (Michel, Frances y

Shear, 1985).

Las contribuciones del enfoque psicodinámico al estudio de la ansiedad fueron muy significativas, hasta el punto de haber tenido Freud numerosos seguidores que, en general, estaban de acuerdo con su teoría de la ansiedad. Esta teoría ha influido durante mucho tiempo en los sistemas categoriales sobre los trastornos de ansiedad que estuvieron dominados por el concepto de neurosis. Desde su primera edición el "*Diagnostic and Statistical Manual*" (DSM) de la "*American Psychiatric Association*" (APA) en 1952, hasta su segunda edición en el año 1968, se ha entendido a los trastornos asociados a la ansiedad como trastornos psiconeuróticos.

Con el pasar del tiempo, nuevos matices fueron añadidos a esta teoría, tales como la importancia atribuida a la participación del ambiente en el desarrollo de la ansiedad. Es a partir de entonces cuando aparecen los denominados neofreudianos, discrepantes parciales, en considerar el ambiente solamente como un mecanismo de escape para el individuo.

Los problemas y dificultades empíricas encontradas en el modelo psicodinámico, principalmente en la segunda mitad de este siglo, dieron lugar a la aparición de otras teorías que buscaban una mejor comprensión del fenómeno, así como una mayor utilidad práctico-científica. Ello proporciona una nueva dimensión al estudio de la ansiedad en el que se utilizarán básicamente las leyes y principios de la psicología del aprendizaje.

A partir de este prisma, las nuevas teorías sobre la adquisición y mantenimiento de la ansiedad fundamentadas en el condicionamiento clásico y/o operante, han evolucionado

significativamente durante estas últimas décadas.

Sin embargo, todo este avance es debido en un primer momento, al experimento clásico de Watson y Rayner (1920) que logra condicionar respuestas de miedo en el pequeño Albert utilizando el modelo pavloviano de condicionamiento de las fobias. Es a partir de entonces, cuando se empieza a hablar de una teoría experimental de las fobias que sugiere la hipótesis de que un estímulo neutro puede convertirse en un estímulo condicionado de miedo y que éste puede, a la vez, evocar respuestas condicionadas de temor.

Este modelo presenta como características fundamentales las siguientes:

1. La respuesta condicionada se verá incrementada por a la repetición de la asociación entre los estímulos condicionados y los estímulos incondicionados.
2. El miedo o reacciones fóbicas se verán favorecidas cuando su intensidad es inducida por estímulos incondicionados traumáticos.
3. Estímulos neutros similares a los estímulos condicionados pueden provocar respuestas de miedo en los que, a mayor semejanza, mayor será la respuesta.

Este modelo es considerado pionero en el campo del estudio de las fobias y ha dado lugar a otros estudios dentro de la psicopatología experimental (Wolpe, 1958; Wolpe y Rachman, 1960). Sin embargo, también como el psicoanalítico, ha sufrido duras críticas, como se expresa a continuación.

El principio de equipotencialidad, es decir, que cualquier estímulo puede ser asociado a respuestas de ansiedad, no parece que está de acuerdo con la propiedad selectiva de las fobias (Seligman, 1971). Así, como se critica al carácter traumático de la situación en el condicionamiento de las fobias, hay fobias que se generan de manera gradual sin que sea necesario una primera situación traumática (Rachman, 1977). Una tercera crítica a este modelo hace referencia a la no-extinción de la respuesta condicionada en ausencia de estímulo incondicionado (Annau y Kamin, 1961).

En consecuencia, a los problemas encontrados en el modelo del condicionamiento clásico, Mowrer (1939, 1960) aporta el segundo gran modelo de condicionamiento de la ansiedad, el modelo de los dos factores o modelo bifactorial. Éste está fundamentado básicamente en el paradigma de la evitación: el sujeto aprende a escapar del estímulo provocador del miedo y a evitar el estímulo incondicionado. Así, el miedo motiva las respuestas de evitación, y la disminución del miedo refuerza y mantiene la conducta de evitación.

La Teoría bifactorial realizó importantes aportaciones a la psicopatología de la ansiedad, principalmente, al establecer que la ansiedad posee propiedades motivacionales. Así mismo, precisó su paradoja neurótica (Mowrer, 1950), es decir, que la ansiedad puede en sí misma automantenerse e incrementarse.

Este modelo tuvo bastante éxito y se le consideró más consistente que el modelo del condicionamiento clásico; sin embargo, con el paso del tiempo y con la investigación en laboratorio, surgieron algunas críticas relacionadas con esta teoría. Para una revisión más profunda

profunda de las críticas al modelo bifactorial-mediacional de Mowrer se debe acudir a Solomon, Kamin y Wyne, (1953) y Rachman, (1984a).

Los modelos del condicionamiento clásico y/o instrumental han contribuido significativamente al estudio de la ansiedad al considerarla como un estado o respuesta emocional transitoria, evaluable en función de sus antecedentes y consecuentes, así como de su frecuencia y duración. Dichos modelos han colaborado en la operatización de la variable ansiedad y en su relación con otras variables, pero también es cierto que no han prestado atención a los elementos cognitivos que intervienen en su adquisición, mantenimiento y extinción (Miguel-Tobal, 1985).

En los años sesenta se introducen variables cognitivas al concepto de ansiedad: los neoconductistas dejan de considerar la ansiedad desde un punto de vista exclusivamente periférico para darle un significado central y en consecuencia, se modifica la concepción unitaria de la ansiedad. Este interés por buscar explicaciones basadas en los procesos cognitivos ha motivado el surgimiento de algunas de las más modernas teorías conductuales sobre la ansiedad, principalmente sobre la base de que miedos y fobias no sólo pueden adquirirse por medio de experiencias directas (traumática) de condicionamiento, sino también a través de experiencias vicarias (Bandura, 1977b), por transmisión de información (Davey, 1989) y de expectativas (Reiss, 1980).

Lang (1968) propone una Teoría Tridimensional de la Ansiedad que se fundamenta en la escasa correlación entre los sistemas cognitivo, fisiológico y motor, y señala lo poco útil que resulta explicar la ansiedad en términos unitarios o genéricos. Sin embargo, de momento no nos

adentraremos en los pormenores de esta teoría puesto que se le dedicará un apartado especial a lo largo de nuestro estudio.

La investigación en el campo de la personalidad también ha contribuido de manera significativa al estudio de la ansiedad, principalmente en lo relativo a la utilización de los cuestionarios de medida y desarrollo de técnicas psicométricas.

Dentro de los modelos de personalidad destacamos tres enfoques:

Los estudios sobre rasgos de personalidad han llevado al desarrollo de importantes teorías, como es el caso de la *teoría del rasgo* de la ansiedad, que concibe a éste como una disposición interna a reaccionar de forma ansiosa, independiente de la situación en que se encuentre el sujeto (Cattell y Scheier, 1961; Spielberger, 1966). Las *teorías situacionistas* (Mischel, 1968) contrariamente a las teorías de rasgo, abogan por la idea de que el surgimiento de respuestas de ansiedad dependerá principalmente de las características de la situación, más que de las características personales. Las *teorías interactivas* (Endler y Magnusson, 1976; Bowers, 1973) que explican la ansiedad en función de las condiciones de la situación, las características personales y, principalmente, de la interacción situación por persona. A estas últimas también dedicaremos especial atención más adelante debido a su gran importancia en nuestro estudio.

Entre las teorías provenientes de los estudios de la personalidad, la teoría conocida como teoría rasgo-estado de la ansiedad (Spielberger, 1966, 1972) ha tenido gran difusión y ha influido en gran medida sobre los avances en el conocimiento de la ansiedad.

Otro grupo de teorías, consideradas humanistas, también contribuyeron al estudio de la ansiedad, aunque con una visión más filosófica sobre el tema. Sus principales representantes fueron Goldstein (1939), May (1950), Rogers y Kingent (1967) y Epstein (1967). La ansiedad, de acuerdo con estos teóricos, sería un conflicto existente entre el yo y la totalidad de la existencia, entendido como la aprehensión producida por el peligro o la amenaza a la vida física o psicológica. También, como un momento procesual en que el organismo y el mundo son transformados, así como una situación de miedo sin resolver. No dedicaremos mucha atención al estudio de este grupo de teóricos puesto que no tiene gran significación para nuestro trabajo, dirigido a un abordaje más empírico de la ansiedad.

Recientemente, los enfoques basados en el procesamiento de la información han obtenido gran importancia en el estudio de la ansiedad (Belloch e Ibáñez, 1991). Autores como Lang (1979, 1993), con su teoría del procesamiento bioinformacional de imágenes y afectos; Beck (1976) con la teoría de los esquemas, y Bower (1981, 1987) con la teoría de red asociativa, han aportado importantes avances a dicho tema.

Estos tres modelos aunque presentan diferencias sustanciales entre sí, coinciden en la idea de que existen estructuras cognitivas relacionadas con la ansiedad y comparten algunos puntos, como son las redes proposicionales, redes semánticas y esquemas de memoria. No obstante, comentaremos los puntos claves de cada una.

La teoría bioinformacional de Lang (1979) sobre la emoción se fundamenta en una concepción proposicional de la imagen emocional, es decir, conceptualiza las imágenes

emocionales como estructuras proposicionales codificadas semánticamente acerca de los estímulos.

Para Lang, la información sobre la ansiedad es almacenada en la memoria a largo plazo en redes asociativas, consistentes en elementos conectados de forma lógica (Lang, 1985). Sin embargo, para esta teoría es fundamental el tipo de información almacenado y los resultados producidos por la activación de dicha información.

Así, Lang y sus colaboradores han clasificado los tres tipos de información contenida en la memoria emocional:

1. *Información acerca de los estímulos externos.* Características físicas de los estímulos que caracterizan a los objetos o situaciones que dan lugar a la conducta emocional.
2. *Información sobre las respuestas.* Incluyen la expresión o conducta verbal, las acciones abiertas de aproximación o evitación, y los cambios autonómicos y somáticos que sostienen la atención y la acción.
3. *Proposiciones semánticas.* Información que define el significado del estímulo y de las respuestas, así como, la probabilidad de ocurrencia de dicho estímulo, y las consecuencias de la acción.

De acuerdo con esta teoría, en el tratamiento psicológico de las fobias generalmente se activa la memoria emocional mediante "*input*" verbal, constituido de un texto base que describa con mayor o menor detalle los eventos a ser imaginados (Lang, 1993).

La teoría bioinformacional de Lang ha recibido un fuerte apoyo empírico (Öhman, 1993), sobre la base de sus implicaciones clínicas respecto a la terapia de la ansiedad. Esta se basa en la respuesta (activación de la red asociativa o prototipo) y promoción de la sincronía entre sus tres sistemas de respuesta (verbal, fisiológico y motor). Por otra parte, Lang argumenta que la terapia orientada hacia la respuesta es más efectiva que la orientada sobre el estímulo, debido a que la primera proporciona una activación más completa de la estructura o imagen proposicional que elicitaba las subsecuentes reacciones viscerales y somáticas de los trastornos de ansiedad a ser tratadas.

Bower (1981, 1987) desarrolla la teoría de la red asociativa para explicar los efectos cognitivos sobre los estados emocionales. De acuerdo con su teoría, cada emoción posee en la memoria un "*nodo*" o "*unidad*" específica que congrega conjuntamente otros aspectos de la emoción ligados al nodo por puntos asociativos.

La hipótesis de esta teoría es que la activación de un nodo emocional facilita el acceso al material congruente con el estado de ánimo y, en consecuencia, lleva a un sesgo hacia el procesamiento de la información congruente con tal estado de ánimo.

Esta hipótesis al igual que la teoría del esquema de Beck, defiende que emociones como la ansiedad y la depresión se caracterizan por sesgos congruentes con el estado de ánimo, trabajando a distintos niveles del procesamiento de la información como la atención, la interpretación y la memoria.

Las personas vulnerables a la ansiedad parecen atender selectivamente a la información relacionada con amenaza-peligro; sin embargo no está del todo comprobado que la ansiedad esté asociada a sesgos de memoria. Los estudios experimentales basados en paradigmas como escucha dicótica, prueba de Stroop modificada y tareas de tiempos de reacción, pretenden demostrar la existencia de un sesgo atencional congruente en las personas ansiosas.

Beck (1976) hace la asociación entre ansiedad y sesgo congruente con el estado de ánimo en todos los aspectos del procesamiento de la información. Su modelo propone un "*esquema*" disfuncional que desempeña un papel central en el desarrollo y mantenimiento tanto de la depresión como de la ansiedad. Así, la información procesada será selectiva de acuerdo con el trastorno padecido. En la ansiedad dicha información estará relacionada con los conceptos de amenaza o peligro, mientras en la depresión se procesará la información relativa a pérdida o fracaso (Beck y Emery, 1985).

Como constatamos, la ansiedad puede ser entendida como un ejemplo paradigmático de las relaciones entre cognición, emoción y personalidad (Miguel-Tobal, 1990). Sin embargo, no podemos olvidar que, también en su desarrollo y mantenimiento, interfieren estructuras biológicas vinculadas al individuo en particular, por ejemplo la predisposición hacia los trastornos de ansiedad, las manifestaciones psicofisiológicas y la base bioquímica y neurobiológica implicada en su manifestación.

Los estudios familiares fundamentados en padres y/o hermanos, sobre la predisposición genética en la transmisión de los trastornos de ansiedad confirman resultados positivos en este

sentido; es decir, todo parece indicar la existencia de una transmisión familiar (Torgersen, 1983; Sandín, 1990). En general, se evidencia que los factores hereditarios podrían desempeñar un papel relevante en los trastornos de ansiedad; los porcentajes de concordancia son de 34% en gemelos monocigóticos y de 17% en gemelos dicigóticos. La herencia genética parece transmitir una determinada alteración primaria capaz de expresarse mediante modos patológicos diferenciados en función de la intervención de factores ambientales. No se hereda un trastorno específico y sí la vulnerabilidad a padecer determinado tipo de trastorno (Barlow, 1988).

A través de estudios psicofisiológicos, se identifica la presencia de cambios relacionados con la ansiedad. Las respuestas fisiológicas que generalmente se identifican al hacer estudios de este tipo son: las actividades electrodérmica, cardiovascular, muscular, respiratoria, eléctrica cerebral, la dilatación pupilar y las variaciones de pH. Dependiendo del tipo de sistema (p. e. actividad cardíaca), de la respuesta (p. e. tasa cardíaca o aporte sanguíneo cutáneo) y del tipo de trastorno habrá un aumento o disminución en dicha respuesta.

En investigaciones sobre respuestas psicofisiológicas y tipo de trastorno de ansiedad se relaciona el tipo de respuesta y el trastorno de ansiedad. Entre los diversos tipos de trastornos de ansiedad, el de pánico (con o sin agorafobia) está caracterizado por fuertes reacciones del sistema simpático durante el ataque, mientras que la ansiedad generalizada presenta habitualmente niveles elevados de las diferentes modalidades psicofisiológicas. Para ampliar este tema se puede acudir a autores como Chorot y Sandín (1987, 1991b); Hoehn-Saric y McLeod (1993a).

En relación a las bases bioquímicas y/o neurobiológicas de la ansiedad existen una serie

de estudios dedicados al tema (Gray, 1982; Barlow, 1988; Pi, Gross y Nagy, 1994). En general se ha asumido que hormonas como las catecolaminas, tiroxina, cortisol y algunas hipofisarias, sufren una activación en los estados de ansiedad; sin embargo aún no se han podido establecer los mecanismos neuroendocrinos involucrados en dicho proceso, principalmente en lo referente a diferentes tipos de trastornos de ansiedad, y activación precisa de dichos mecanismos en particular.

Por otro lado, los cambios psicofisiológicos y neuroendocrinos asociados a la manifestación de la ansiedad podrían ser cambios considerados como secundarios debido a alteraciones en el funcionamiento de los neurotransmisores del SNC. Por lo tanto, hoy en día, el estudio de la ansiedad es visto de una manera más dinámica, en el que se integran los sistemas noradrenérgicos, serotoninérgicos y las respuestas de ansiedad.

Concluyendo este apartado, podemos decir que las teorías preocupadas con el estudio de la ansiedad han sido diversas, basadas tanto en factores psicológicos como en factores de corte psicobiológico. No obstante, los enfoques psicológicos han logrado siempre un puesto de preferencia en la psicopatología de la ansiedad, aportando hallazgos importantes en su etiología, mantenimiento y reducción.

1.2 ANSIEDAD COMO EMOCIÓN NORMAL, *VERSUS* ANSIEDAD COMO PATOLOGÍA.

Es cierto que no siempre la ansiedad representa para el sujeto una patología o respuesta desadaptativa, y que en muchas ocasiones, la ansiedad es concebida como una respuesta normal y necesaria en las situaciones de la vida en general. Sin embargo, a la hora de establecer esta separación entre una ansiedad normal y una ansiedad patológica, el panorama se complica debido a diversos factores.

Podemos esclarecer este punto recordando en principio que la ansiedad es un constructo multidimensional donde interaccionan tres componentes fundamentales (cognitivo, fisiológico y motor), que deben ser evaluados separadamente para poder entender la relación existente entre ellos y el fenómeno de la respuesta de ansiedad. Según muchos estudiosos del campo la diferencia entre la ansiedad *normal* y *patológica* se establece principalmente por grado de intensidad, frecuencia y duración de la respuesta de ansiedad (Spielberger, Pollans y Worden, 1984), que dan lugar a limitaciones en la vida personal, social o laboral de las personas dificultando la adaptación al medio en que viven (Miguel-Tobal, 1996). Otros factores discriminantes serían la diferencia cualitativa de los sujetos clínicos y normales y la demanda de tratamiento (Belloch y Baños, 1986).

Respecto a la distinción entre los sujetos normales y los clínicos, la línea divisoria no está del todo clara ya que, en muchas ocasiones, la población general presenta características que podrían ser consideradas clínicas, y en otras ocasiones, los sujetos clínicos no tienen mayor grado de alteración frente aquellos no clínicos.

En relación a la demanda de tratamiento tampoco es un criterio del todo cierto, debido a que ésta, a su vez, viene determinada por aspectos de personalidad, valores, presión de la familia, así como a partir de la propia sintomatología asociada a la ansiedad que impide al individuo llevar una vida normal.

Aún teniendo en cuenta los factores expuestos anteriormente, muchas veces la diferenciación entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica se hace relativamente complicada. Por ello, lo más importante sería saber hasta que punto las reacciones de ansiedad significan verdaderamente un problema en la vida de las personas que impide el desarrollo normal de sus actividades. También de cara al tratamiento debe ser realizada una evaluación precisa de la sintomatología para que, de esta forma, pueda lograrse una intervención efectiva sobre el problema.

1.2.1 SINTOMATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD

La ansiedad, desde una perspectiva interactiva-multidimensional, es entendida como un fenómeno que interfiere funcionalmente en la vida cotidiana del individuo, expresada de la siguiente forma (Miguel Tobal, 1985):

1. A través de su triple sistema de respuesta: *cognitivo o subjetivo* (pensamientos intrusivos, experiencias de miedo, temores o aprensión anticipatorias injustificadas, etc...) *fisiológico o activación de los sistemas nerviosos autónomo y somático* (taquicardia, aceleración

respiratoria, sudoración en exceso, temblores, etc...) y *motor o comportamientos observables* (hiper o hipoactividad, llanto, respuestas instrumentales de evitación, etc...).

2. Las respuestas desadaptadas de ansiedad están provocadas por estímulos o situaciones reales o, por el contrario, por situaciones o estímulos internos, es decir, imaginados por el sujeto que los concibe como peligrosos o aversivos. La capacidad del estímulo (interno o externo) capaz de provocar dichas respuestas de ansiedad varían según de las características personales de cada uno.

No obstante, la ansiedad normal funcionaría como un sistema de alarma que alerta al individuo ante posibles situaciones de peligro normalmente relacionadas con la incertidumbre. Cuando esta señal continúa, pese a la finalización del posible peligro, daría paso a lo que se reconoce como una ansiedad anormal o patológica en sus diferentes vertientes o trastornos de ansiedad (Hoehn-Saric y MacLeod, 1988).

Miguel-Tobal (1996) divide la sintomatología de la ansiedad según los sistemas de respuesta, como se expresa en las tablas I-II, I-II y I-III:

Tabla I-I. Síntomas cognitivos de la ansiedad

SISTEMA COGNITIVO O SUBJETIVO DE LA ANSIEDAD
<p>Síntomas relacionados con los pensamientos, las ideas y las imágenes de carácter subjetivo, así como a su influencia sobre las funciones superiores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - preocupación - inseguridad - aprensión - pensamientos negativos: inferioridad, incapacidad - anticipación de peligro o amenaza - dificultad para concentrarse - dificultad para tomar decisiones - sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, acompañada de dificultad para pensar con claridad

Tabla I-II. Síntomas fisiológicos de la ansiedad

SISTEMA FISIOLÓGICO DE LA ANSIEDAD
<p>Síntomas consecuentes de la activación de los sistemas nerviosos autónomo y somático:</p> <ul style="list-style-type: none"> - síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, accesos de calor - síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica - síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas - síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, falta de control nocturno de la orina, eyaculación precoz, frigidez, impotencia - síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblores, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatigabilidad excesiva - síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareo, lipotimia

Tabla I-III. Síntomas motores de la ansiedad

SISTEMA MOTOR DE LA ANSIEDAD
<p>Síntomas motores o comportamientos observables consecuentes de la activación subjetiva y fisiológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hiperactividad - paralización motora - movimientos repetitivos - movimientos torpes y desordenados - tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal - conductas de evitación

1.2.2 TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La clasificación actual de los trastornos de ansiedad no surgió de manera espontánea; por el contrario, ha pasado por un largo proceso desde el tradicional concepto de las "neurosis" (Sandín y Chorot, 1995).

Los sistemas de clasificación diagnósticos o categoriales sufrieron una fuerte influencia del modelo psicoanalítico, como señalamos anteriormente; se puede decir que esta influencia ha estado presente desde su inicio hasta hace años.

A modo de ejemplo, cuando la Sociedad Americana de Psiquiatría publica su primera y segunda ediciones del Manual Diagnóstico Estadístico (1952, 1968) utilizaba términos como trastornos psiconeuróticos y trastornos neuróticos, respectivamente, para hacer alusión a los trastornos asociados a la ansiedad. La clasificación se realizaba en gran medida en base a constructos etiológicos e hipotéticos, a través de interpretación de los procesos inconscientes de defensa. Esta herencia freudiana se refleja aún en la actualidad; en la última edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud, el término *neurastenia* (trastorno distímico) continúa como entidad diagnóstica (OMS, 1992).

La clasificación diagnóstica de los trastornos de ansiedad cambia radicalmente a partir de 1980 cuando la Sociedad Americana de Psiquiatría publica su tercera edición del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM. El DSM-III define el grupo de los trastornos de ansiedad como síndromes en los que la ansiedad es la perturbación predominante del

cuadro clínico; su diagnóstico se realiza en base a un criterio jerárquico de exclusión, es decir, el diagnóstico de los trastornos de ansiedad no será establecido si la ansiedad es subyacente a un trastorno del estado del ánimo, a una psicosis o a un trastorno mental de causa orgánica. También se atribuye al DSM-III (APA; 1980) el cambio conceptual y operativo de los trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad fueron descritos de forma específica en base a conductas observadas donde la ansiedad es experimentada directamente y no de manera inferida, suprimiéndose definitivamente la utilización del concepto de las neurosis como entidad causal y relevante.

Con el DSM-III, los dos grandes grupos de los trastornos de ansiedad pasan a ser los trastornos fóbicos y los estados de ansiedad. Los trastornos fóbicos se definen por miedos irracionales y persistentes a objetos, situaciones o actividades específicas acompañados de un irresistible deseo de evitar tales estímulos y, por otra, los estados de ansiedad se definen como estados en que la ansiedad y sus síntomas son la principal característica siendo experimentada de forma directa.

Aparte de estos dos grandes grupos, el DSM-III define y caracteriza el síndrome de estrés posttraumático (TEP) que pasa a ser considerado un trastorno de ansiedad. Además, separa definitivamente los trastornos de ansiedad de los trastornos somatoformes y de los trastornos disociativos donde la ansiedad está presente, aunque de forma indirecta.

El DSM-III (APA; 1980) sufrió importantes modificaciones dando lugar a la aparición del DSM-III-R (APA; 1987). Más recientemente ha aparecido el DSM-IV (APA; 1994) en el que se añaden modificaciones criteriosales y tipológicas para mejorar la validez y fiabilidad diagnóstica de los trastornos de ansiedad.

Las principales novedades aportadas por esta versión en relación a los trastornos de ansiedad, son:

1. Inclusión de las nuevas categorías denominadas "trastorno de estrés" en sus formas aguda o crónica, el "trastorno de ansiedad por condición médica general", denominado anteriormente trastorno de ansiedad orgánica (DSM-III-R; 1987) y el "trastorno de ansiedad inducido por sustancias".
2. Mantenimiento exclusivo del "trastorno de ansiedad de separación" como único trastorno específico de la infancia/adolescencia y la tendencia a la interpretación unitaria de los trastornos de ansiedad con independencia de la etapa de desarrollo evolutivo del individuo.
3. La fobia social substituye al trastorno por evitación de la infancia del DSM-III-R (APA; 1987). Asimismo, el trastorno de ansiedad generalizada substituye al de ansiedad excesiva.
4. El diagnóstico de fobia simple ha sido reemplazado por los tipos de fobia específica (tipo animal, ambiente natural, sangre, inyección, herida, situacional y otros tipo).

5. Para el diagnóstico del trastorno de pánico no hace necesaria la especificación de los cuatro ataques recurrentes en un período de un mes; por otra parte, se añade la especificidad del ataque (inesperado, limitado, situacional y predispuesto situacionalmente).

6. Se especifica la posibilidad de aparición en los distintos trastornos de ansiedad, de ataques de pánico y agorafobia.

Mediante estas modificaciones, el DSM-IV (APA; 1994) caracteriza los diferentes trastornos de ansiedad de la siguiente forma:

- *Ataque de pánico*, caracterizado por la aparición repentina de síntomas de aprensión, miedo desmedido o terror acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. A ellos se suman síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia, miedo a "volverse loco", o perder el control.

- *Agorafobia*, caracterizada por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede ser difícil o embarazoso, o bien donde sea imposible conseguir ayuda en el caso de que aparezca un ataque de pánico o síntomas similares.

- *Trastorno de pánico sin agorafobia*, caracterizado por la repetición inesperada de ataques de pánico que provocan un estado de ansiedad constante en el paciente.

- *Trastorno de pánico con agorafobia*, caracterizado por ataques de pánico y agorafobia

inesperados y recidivantes.

- *Agorafobia sin historia de trastorno de pánico*, caracterizada por la presencia de agorafobia y síntomas similares en un individuo sin antecedentes de ataques de pánico.

- *Fobia específica*, caracterizada por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como reacción a la exposición a estímulos específicos temidos, lo que normalmente provoca conductas de evitación.

- *Fobia social*, caracterizada por la presencia de ansiedad clínicamente significativa en respuesta a determinadas situaciones sociales o actuaciones públicas del sujeto que le provocan comportamientos de evitación.

- *Trastorno obsesivo-compulsivo*, caracterizado por obsesiones que causan ansiedad y malestar significativos y/o compulsiones cuya finalidad es neutralizar dicha ansiedad.

- *Trastorno por estrés postraumático*, caracterizado por la reexperimentación de acontecimientos traumáticos, síntomas de activación a los estímulos o situaciones relacionadas con el trauma.

- *Trastorno por estrés agudo*, caracterizado por síntomas similares al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumatizante.

- *Trastorno de ansiedad generalizada*, caracterizado por la presencia de ansiedad y preocupaciones excesivas y persistentes al menos durante un tiempo de 6 meses.

- *Trastorno de ansiedad debido a enfermedad*, caracterizado por síntomas de ansiedad considerados secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

- *Trastorno de ansiedad inducido por sustancias*, caracterizado por síntomas predominantes de ansiedad secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

- *Trastorno de ansiedad no especificado*, caracterizado por la presencia de ansiedad o evitación fóbica predominantes, que no cumplen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos.

Al contrario que en el DSM-IV, la clasificación del trastorno obsesivo-compulsivo y del trastorno de estrés postraumático dentro del cuadro de los trastornos de ansiedad, no es aceptado por el CIE-10, clasificando el primero como una categoría separada con varios tipos según predominen las obsesiones o compulsiones o ambas, mientras que al segundo lo incluye en el grupo de las "reacciones al estrés intenso y trastornos de adaptación" (OMS, 1992).

En resumen, se puede resaltar la evolución seguida por los sistemas de clasificación vigentes: El DSM-IV (Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales - APA, 1994) y la CIE-10 (Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios Diagnósticos de Investigación

- OMS, 1993). Ambos criterios diagnósticos han evolucionado considerablemente, en el sentido de abandonar métodos de clasificación ambiguos y generales, en aras de una mayor especificidad y cuantificación de síntomas, que pueden ser identificados a través de la observación o mediante métodos de autoinforme.

1.2.3 EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y TRASTORNOS ASOCIADOS

Son muchos los problemas surgidos a la hora de hablar sobre la epidemiología de los trastornos de ansiedad. La propia ambigüedad semántica de sus diferentes trastornos, los diferentes criterios diagnósticos y el problema de la comorbilidad de los trastornos, son ejemplos que dificultan el acceso fácil a los principales objetivos de los estudios epidemiológicos sobre la ansiedad.

Investigar sobre aspectos fundamentales de la ansiedad es una tarea ardua. Elementos como la proporción de la población que se encuentra afectada por algún trastorno de ansiedad en determinado período de tiempo y el período de la vida del individuo que es considerado crítico para el desarrollo de un primer brote de la enfermedad, determinar datos referentes a la incidencia o el número de nuevos casos de un trastorno de ansiedad que ocurren al año, o los factores de riesgo que hacen aumentar la probabilidad de desarrollo de dichos trastornos, justifican esta afirmación. Sin embargo, aunque sean muchas las dificultades, algunos investigadores han conseguido datos que aportan resultados sorprendentes acerca de la epidemiología de la ansiedad

y que permiten afirmar que entre un 5 y un 25 por 100 de la población mundial sufre o ha sufrido alguna vez algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (Wessman, 1985; Benjamin, Costello y Warren, 1990; Wittchen y Essau, 1993). Estas cifras, aparentemente, demasiado altas, y que contrastan con las de los autores que se exponen a continuación, pudieran ser debida a la utilización de criterios diagnósticos que no se emplearon en los estudios iniciales. Así mismo, en ellos se englobaban todo tipo de trastorno, frente a la especificidad de los restantes trabajos. Por tanto, dichos trastornos son muy frecuentes, con una aparición temprana seguida de un curso crónico y alta prevalencia familiar, generalmente más comunes en mujeres y en personas de clase socioeconómica baja, son trastornos heterogéneos, y algunos se relacionan con la depresión (Weissman, 1985).

En 1973, Marks y Lader, en una primera revisión sobre la epidemiología de los estados de ansiedad sorprendentemente, encuentran una concordancia de resultados referentes a cinco poblaciones investigadas en países tan dispares como Estados Unidos, Reino Unido y Suecia en un período comprendido entre los años de 1943 y 1966. Los datos apuntaban cifras de prevalencia, es decir, número de casos existentes, alrededor del 2.0 al 4.7 por 100, y que las mujeres con edades comprendidas entre los 16 y 40 años eran las más afectadas.

Otros estudios epidemiológicos llevados a cabo en diferentes períodos y utilizando diferentes métodos diagnósticos, coincidieron en denotar una mayor proporción de los estados de ansiedad en mujeres respecto a los varones sin tomar en consideración el período evaluado (Carey, Gottesman y Robins, 1980).

En 1975, en New Haven, con el uso de un criterio diagnóstico específico y a través de entrevistas estructuradas, se investigó acerca de la prevalencia de la ansiedad. Los resultados mostraron tasas de 4.3 por 100 para la población estudiada, además de señalar una proporción similar para la depresión. Respecto a los trastornos específicos de ansiedad estudiados fueron señaladas tasas de 2.5 por 100 para el trastorno de ansiedad generalizada, 1.4 por 100 para el trastorno fóbico y 0.4 por 100 para el trastorno de pánico. Otro hallazgo importante de esta investigación fue la presencia significativamente mayor del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en mujeres jóvenes y de mediana edad, solteras, de clase socioeconómica baja y de raza negra (Weissman, Myers y Harding, 1978) lo que, una vez más, está de acuerdo con estudios anteriores.

En otro estudio llevado a cabo por Uhlenhuth, Balter, Mellinger, Cisin y Clinthorne (1983) con una población usuaria de psicofármacos, fueron identificados algunos trastornos de ansiedad clasificados a través del DSM-III, en tasas de prevalencia anual de 6.4 por 100 en el caso de la ansiedad generalizada, estando ésta seguida por otros trastornos fóbicos como la agorafobia y agorafobia con ataque de pánico con tasas de prevalencia establecidas en 2.3 y 1.2 por 100 respectivamente. En una revisión más reciente acerca de la relación entre ansiedad y abuso de alcohol, Wesner (1990) apunta tasas de 6 meses de prevalencia que oscilan entre 8.2 y 10.4 por 100 para hombres y de 1.0 y 1.9 por 100 para mujeres.

No podemos dejar de señalar la importancia de proyectos como el ECA (Epidemiologic Catchmen Area Study Survey) del Instituto Nacional de Salud Mental y el MFS (Munich Follow-up Study), las dos instituciones son responsables de la financiación de la mayor parte de los

estudios epidemiológicos sobre la ansiedad. (Para una aclaración más sustancial de estos estudios puede acudir entre otros a Robins, Helzer, Croughsn y Ratcliffe, 1981; Robins, Locke y Regier, 1987; Regier, Myers, Kramer, et al. 1984; Myers, Weissman, Tischler et al. 1984; Offord, Boyle, Szatimari et al., 1992; Wittchen y Essau, 1993; Cohen, Cohen, Kasen et al., 1993).

Los primeros datos de estos estudios mostraron tasas de prevalencia de seis meses de 2.7 a 5.8; de 1.3 a 2.0; de 0.6 a 1.0 por 100 respecto a los trastornos de agorafobia, obsesivo-compulsivo y pánico, respectivamente. En relación al ataque de pánico, las tasas de prevalencia fueron más altas y no apuntaban una relación con el tipo de raza, educación ni edad. Sin embargo se consideró como factor de riesgo las edades comprendidas entre los 25-44 años, mientras que la probabilidad de padecer un ataque en personas mayores de 65 años eran mínimas.

Para la agorafobia las tasas fueron entre dos y cuatro veces mayores en mujeres, y dos veces más altas en personas de bajo nivel educacional y no pertenecientes a la raza blanca. En relación a la edad como factor de riesgo los datos no fueron consistentes, pero hubo una baja prevalencia en las personas mayores de 65 años.

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), como el ataque de pánico y la agorafobia, presentó una mayor prevalencia en mujeres respecto a los varones, sin embargo no tuvo una correlación significativa con la edad. Resultados más recientes respecto a la presentación por sexo del trastorno obsesivo-compulsivo, señalan que en las mujeres predominan las compulsiones relacionadas con limpieza, mientras que los hombres superan a las mujeres en el TOC cuando se trata de compulsiones de chequeo.

En una revisión de siete estudios comunitarios (Orvaschel y Weisman, 1986), encontraron que los síntomas de ansiedad tenían una alta prevalencia en niños de diferentes edades y sexos. Sin embargo, los primeros resultados señalaron una mayor incidencia para las chicas, así como una gran variación en función del tipo de trastorno.

Estos estudios indicaban también que los síntomas de ansiedad tendían a declinar con el paso del tiempo y que eran más prevalentes en la raza negra y en la clase socioeconómica baja. Estas investigaciones estaban basadas en estudios sobre "miedos" y "preocupaciones" y no había hasta entonces datos fiables sobre la epidemiología, de los trastornos de ansiedad a través de un criterio diagnóstico en niños. Hoy la situación ha cambiado debido a la utilización de un sistema específico de diagnóstico y síntomas en los estudios epidemiológicos. En las investigaciones más actuales, se encuentran similitudes entre la patología de los trastornos de ansiedad entre adolescentes y adultos (Costello y Angold, 1995).

Esta relación fue sugerida anteriormente por muchos autores que han investigado a hijos de pacientes con agorafobia y/o ataque de pánico; los hijos comenzaban a manifestar trastornos de ansiedad por separación entre otros (Agras, Chapin y Oliveau, 1969; Berg, 1976; Berg, Marks, McGuire y Lipsedge, 1974). Sin embargo, los investigadores resaltan la necesidad de llevar a cabo estudios longitudinales con los niños y adolescentes que presentan trastornos de ansiedad, para poder determinar el grado en que los trastornos de la infancia y/o adolescencia serían precursores de los trastornos de ansiedad así como de la depresión, en la vida adulta.

Costello y Angold (1995), han realizado estudios epidemiológicos relativos a la

prevalencia de los trastornos de ansiedad en niños. Se basan en la recolección de datos, y criterios diagnóstico sobre muestras lo más significativas posible. La fuente de información son los padres y profesores.

Los resultados apuntan una estimación para la presencia de algún trastorno de ansiedad entre un 5.7 a un 17.7 por 100, con una media de un 10 por 100. Hay una tendencia a un aumento significativo con el paso del tiempo, es decir con los años; también hay que aclarar que los trastornos de ansiedad son más informados por los niños que por sus padres (Achenbach, McConaughy y Howell, 1987; Angold, 1994). Estos resultados coinciden con los encontrados anteriormente por Benjamin, Costello y Warren (1990) donde la tasa de prevalencia de los trastornos de ansiedad informada por padres fue casi la mitad (6.6%) de la obtenida mediante entrevista individual con los niños (10.5%).

En niños, la coincidencia del diagnóstico de algún trastorno de ansiedad estaría alrededor de un 5 por 100, principalmente para los trastornos de hiperactividad/ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad de separación y fobia simple (específica), quedando los trastornos de fobia social, agorafobia, pánico, evitación y trastorno obsesivo-compulsivo con tasas inferiores a un 2 por 100 (Costello, Costello, Edelbrock et al., 1988; Costello, Stouthamer-Loeber y DeRosier, 1993).

Los datos recientes referentes a la prevalencia, a la comorbilidad entre diferentes trastornos de ansiedad, a la comorbilidad con otros trastornos, a la continuidad de los trastornos de ansiedad, y sobre los factores de riesgo en el desarrollo de los trastornos de ansiedad (Basados

en datos referidos entre otros, por Weisman, 1985; Benjamin et al., 1990; Cohen et al., 1993; Costello et al., 1993; Laucht y Schimidt, 1987; Offord et al., 1992), se representan en los siguientes puntos:

- Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes tanto en la población general como en los contextos clínicos o psiquiátricos (Weissman, 1985).

- La fobia específica es observada como el trastorno más frecuente en la población; sin embargo juegan un papel importante en su frecuencia, los factores culturales y ecológicos (Kessler, McGonagle, Zhao et al., 1994; Scholing y Emmelkamp, 1990).

- El segundo trastorno más frecuente en la población es el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (Wittchen y Essau, 1993). Estos resultados contrastan significativamente con estudios epidemiológicos más antiguos los cuales consideraban al TAG como un trastorno de carácter residual.

- El trastorno menos prevalente entre todos los trastornos de ansiedad sería el trastorno de pánico sin agorafobia, excluyendo el trastorno de estrés postraumático que presenta una prevalencia muy variable en función del contexto geográfico-ambiental-temporal (Epidemiologic Cachmen Area Study Survey).

- La prevalencia de los trastornos de ansiedad parece aumentar significativamente con la edad; sin embargo para el trastorno de ansiedad de separación en la infancia, la relación con la

edad parece ser inversa (Cohen, Cohen y Brook, 1993).

- Se infiere que los niños con algún trastorno de ansiedad presentan un mayor grado de vulnerabilidad a sufrir en el futuro algún trastorno de ansiedad; los estudios revelan que entre un 20 a un 30 por 100 de los niños que presentan algún trastorno de ansiedad, habían tenido antes algún otro episodio de ansiedad (Costello, Southamer-Loeber y DeRosier, 1993).

- Acerca de la continuidad de los trastornos de ansiedad se cree que para las chicas la propensión se da en mayor grado con tasas de 1.5 a 3 veces más elevadas en relación a los chicos (Kessler, McGonagle, Zhao, et al., 1994).

- La literatura epidemiológica aún presenta una importante laguna respecto al conjunto de factores biológicos, familiares y ambientales que influyen en la presencia de la ansiedad y sus trastornos en la infancia.

- Las tasas de comorbilidad entre los trastornos de ansiedad son significativamente mayores en las muestras clínicas que las epidemiológicas; esa diferencia puede deberse a que los sujetos clínicos poseen formas más graves de alteración que los sujetos diagnosticados a partir de los estudios epidemiológicos (Wittchen y Essau, 1993).

- Solamente el 33.8 por 100 de todos los casos de ansiedad recibe diagnóstico de un único trastorno de ansiedad (Munich Follow-up Study -MFS).

- Entre un 30 y un 80 por 100 de las personas con un diagnóstico de ansiedad posee al menos otro diagnóstico de trastorno de ansiedad (Epidemiological Follow-up Study-ECA). En un estudio con población adolescente solamente un 25% de los trastornos de ansiedad diagnosticados recibió un único diagnóstico (Costello, Southamer-Loeber y DeRosier, 1993).

- La fobia específica es el trastorno de ansiedad más concurrente como diagnóstico secundario y, en cambio, es el trastorno que, como diagnóstico principal, menos diagnóstico secundario posee (Benjamin et al, 1990).

- El trastorno de ansiedad generalizado (TAG) exhibe el menor grado de frecuencia como síndrome comórbido con otros trastornos de ansiedad, y es uno de los trastornos con el que concurren más diagnósticos secundarios (Sanderson y Wetzler, 1991; Benjamin et al, 1990).

- La depresión parece estar frecuentemente asociada a algún trastorno de ansiedad; tanto como diagnóstico comórbido o como diagnóstico principal, coincidente con un trastorno de ansiedad secundario (Benjamin et al, 1990).

De lo anteriormente expuesto se deduce que la ansiedad es un trastorno psicológico de alta incidencia en la sociedad actual, cuya frecuencia de diagnóstico aumenta en función del refinamiento de los métodos empleados en su detección, presente no sólo entre la población patológica sino también en la normal. Factores como sexo, edad y circunstancias personales influyen en las variaciones individuales detectadas, sin olvidar los estudios actuales que pretenden identificar y precisar su transmisión genética. Es interesante destacar la alta coincidencia de varios

tipos de ansiedad, lo que nos lleva a concluir que es imprescindible el conocimiento de tales circunstancias al objeto de conseguir una más adecuada aproximación al problema.

Tras resaltar los aspectos más importantes relacionados con la evolución conceptual de la ansiedad diferenciando su forma normal de la patológica, comentar su diagnóstico y clasificación, así como revisar los datos más sobresalientes en la epidemiología de dichos trastornos, a continuación, se hace imprescindible abordar la importancia de la evaluación de la ansiedad como constructo multidimensional y objeto de nuestro estudio.

2. EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD

2. EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD

La ansiedad ha tenido siempre un espacio destacado en la literatura psicológica. Fueron muchos los enfoques preocupados por su estudio. En consecuencia, la ansiedad ha sido entendida de formas muy diferentes, tales como, reacción emocional, síntoma, síndrome, rasgo de personalidad, estado, respuesta o patrón de respuesta, experiencia interna, etc..

Partiendo de este presupuesto, no cabe duda en afirmar que fueron muchos los métodos provenientes de las distintas teorías, utilizados en la evaluación de la ansiedad, que a su vez, presentan escasos elementos comunes.

No es nuestro objetivo revisar todos los enfoques y, por supuesto, todos las diversas técnicas utilizadas por cada enfoque en particular en la evaluación de la ansiedad, puesto que existen estudios anteriores dedicados al tema, a los cuales se puede acudir para profundizar en él (Finney, 1985; Miguel-Tobal, 1985; Costello y Angold, 1995).

Nuestro objetivo respecto a la evaluación de la ansiedad se orienta al *proceso* y a los *métodos* de evaluación utilizados en el modelo conductual y/o cognitivo conductual; nos referimos básicamente a la observación, los registros psicofisiológicos y las medidas de autoinforme.

2.1 PROCESO DE EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD

La evaluación de la respuesta de ansiedad, teniendo en cuenta la evidente multidimensionalidad de este fenómeno (Lacey, 1967; Lang, 1968), consiste básicamente en la recogida de información sobre los elementos cognitivos, motores y psicofisiológicos que constituyen dicha respuesta o patrón de respuesta, así como sobre las variables antecedentes y consecuentes relacionadas funcionalmente con aquéllos.

Carrolles y Díez Chamizo (1988) señalan que, a la hora de evaluar la ansiedad desde una perspectiva multidimensional, el investigador y/o clínico debe preocuparse fundamentalmente por los siguientes aspectos:

1. Las situaciones o estímulos que elicitán o avisan la presencia de las reacciones de la ansiedad. Estos pueden ser de tipo externo al individuo, relacionados con su medio ambiente y, de tipo interno (autoverbalizaciones, pensamientos, ideas, etc.)
2. Evaluación de las respuestas (cognitivas, fisiológicas y motoras) o comportamientos ansiosos de la persona.
3. Evaluación de las consecuencias que acompañan a las respuestas de ansiedad.

La evaluación conductual de la ansiedad es un *proceso* continuo cuyas etapas son (Méndez y Maciá, 1994):

1. Evaluación de las respuestas o comportamientos que constituyen la ansiedad

- patológica y de las variables que la mantienen.
2. Formulación de hipótesis explicativas de los problemas de ansiedad.
 3. Establecimiento de metas u objetivos de tratamiento.
 4. Selección de las técnicas más apropiadas para su intervención en función de la información obtenida.
 5. Valoración de los resultados tras la intervención para el control de la ansiedad y efectividad del tratamiento.

Fernández-Ballesteros (1994b) señala que el *proceso* forma parte de toda evaluación independiente de sus objetos (diagnóstico, orientación, selección o tratamiento) y del enfoque teórico. No obstante, resalta la importancia del proceso en relación a la evaluación conductual, que está especialmente dirigida al tratamiento y modificación de la conducta y, que este proceso conlleva al análisis funcional de la conducta problema desde una perspectiva idiográfica, cuyo principal objetivo es la selección de un tratamiento a medida para cada individuo en particular.

Por otra parte, Piotrowsky y Keller (1984) tras una revisión acerca de los métodos utilizados en la evaluación obtienen los siguientes resultados: sólo una minoría de investigadores utilizaban el análisis funcional (12%) o la observación (20%) en la práctica clínica, mientras que el resto (68%) utilizaban instrumentos de evaluación tradicional, es decir autoinformes.

En otro estudio, Miguel Tobal (1993) investiga las áreas de mayor atención desde la evaluación conductual y el tipo de instrumentos utilizados para evaluarla. Toma como fuente de referencia la obra de Hersen y Bellack (1988) obteniendo los siguientes resultados:

1. La ansiedad y conceptos asociados (miedo, fobia, estrés y arousal) ocupan el primer lugar de preferencia, frente a otros constructos.

2. En el conjunto de los instrumentos referenciados, se reseñan 58 técnicas, procedimientos y instrumentos diferentes (algo más de 20% del total), entre los que se incluyen autoinformes, técnicas de registro fisiológicos y técnicas de observación.

3. Un total de 41 estudios (71%) utilizaban como método de evaluación los cuestionarios, inventarios y escalas.

4. A los estudios cuya información fue obtenida mediante cuestionario, se le añadía información mediante otro método. Así, en un caso, al cuestionario se añadía información procedente de la observación, y en otro, de observación y registro psicofisiológico. El total de autoinformes empleados fue de 43 (74%).

5. En la categoría de observación, solamente 9 casos utilizaban esta técnica como exclusiva, y en el total se incluían 13 instrumentos o técnicas (22%).

6. Los estudios que utilizaban registros fisiológicos eran un total de cinco (9%); en tres casos el registro se utilizaba sólo y, en 2 se acompañaban de otra técnica.

El autor hacer constar que la suma de porcentajes totales supera el 100% debido a que en algunos casos la técnica descrita incluye instrumentos pertenecientes a más de una categoría.

Concluye, tras la constatación de los resultados, que "no se corresponde en absoluto el énfasis teórico por la observación y el registro fisiológico y la falta de interés (también teórico) por los autoinformes, especialmente los cuestionarios, con lo que se ha venido haciendo en la evaluación conductual" (Miguel-Tobal, 1993, pag. 166).

Dada la realidad de los hechos, cabe la pregunta: ¿Cómo partiendo del análisis funcional y de todo lo que él conlleva, es decir, análisis de la demanda, la estimación de ciertos parámetros relevantes al problema (ocurrencia, frecuencia, intensidad, duración, etc.), así como el análisis de las potenciales condiciones (ambientales, personales o biológicas) que pueden mantener y controlar la conducta, y el conocido rechazo a los tests psicológicos y grupos normativos (previamente seleccionados), ha llegado la evaluación conductual a utilizar cada vez con más frecuencia, una metodología característica o más próxima a la conocida "*evaluación tradicional o psicométrica*"?

Esta pregunta no es fácil contestarla. Sin embargo, no se puede negar el avance en la ciencia psicológica. Volviendo hacia atrás, cuando estaban todavía vigentes la teoría de la activación general, en los años 60, aún cuando se consideraba la ansiedad de forma unitaria, se suponía que cualquier método de evaluación, proporcionaría una medida global y fiable de la misma. No obstante, ese pensamiento ha cambiado a partir de numerosas investigaciones sobre fenómenos tales como desincronía y fraccionamiento de respuesta en los que se pone de manifiesto la multidimensionalidad del constructo ansiedad, así como, del escaso acoplamiento o covariación de sus sistemas de respuestas (cognitivo, fisiológico y motor).

Todos esos años de incansables indagaciones acerca del fenómeno "ansiedad" por parte de la comunidad científica, y la irrevocable realidad de la práctica cotidiana (empírica y/o clínica), han proporcionado una integración entre distintos evaluadores, proporcionando el desarrollo de instrumentos basados en una metodología de construcción común que satisface criterios de validez y fiabilidad.

Siguiendo este pensamiento integrador entre la evaluación conductual y la psicométrica o tradicional, Silva (1989; Pág. 188) ofrece las siguientes conclusiones a partir de su trabajo titulado "Evaluación Conductual y Criterios Psicométricos":

1. "En la evaluación conductual, así como en evaluación psicológica en general, se necesita tanto una aproximación idiográfica como nomotética".
2. "Así mismo, la evaluación requiere tanto de una perspectiva métrica (orientada a criterios) como de una perspectiva nomotética (orientada a normas)".
3. "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".

En otra revisión más reciente acerca de los problemas metodológicos relacionados con la evaluación psicológica de la ansiedad, Silva (1996) propone las siguientes conclusiones:

1. La teoría de los tres sistemas de respuesta de ansiedad (Lang, 1968; Rachman, 1974)

sobresale frente a otros enfoques teóricos, principalmente por el número de investigación realizadas, así como por sus consecuencias para la evaluación.

2. Los resultados que apoyan el fenómeno conocido como "fraccionamiento de respuesta" (convergencia/divergencia) deben ser matizados debido a una serie de problemas metodológicos en que han incurrido las investigaciones. Asimismo, la cuestión de la convergencia o divergencia tanto inter como intrasistema continua abierta.

3. Aunque queden cuestiones por aclarar, la perspectiva tridimensional de la ansiedad ofrece consecuencias concretas y diversificadas de cara a su evaluación.

4. No existe método de evaluación de la ansiedad exento de problemas y sesgos, sean los autoinformes, la observación o los registros psicofisiológicos. Del mismo modo, no se puede elegir un sistema de respuesta como "criterio" ante los otros sistemas, ni elegir un tipo de estrategia de recopilación de datos como "criterio" ante otras estrategias. Lo más correcto será la pluralidad de fuentes de información.

Dado a lo expuesto, es evidente que la naturaleza compleja y multidimensional de la ansiedad, se refleja en las distintas etapas que constituyen su proceso de evaluación, y principalmente, con respecto a los diferentes métodos y técnicas empleados en ella; es decir, la observación, los registros psicofisiológicos y los autoinformes.

2.2 LOS MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD

Es cierto, que a la hora de evaluar la ansiedad, el evaluador/investigador tiene que tomar decisiones muy importantes respecto a la técnica o instrumento concreto a utilizar para lograr mejores resultados cara al objetivo de la evaluación (fines terapéuticos, de investigación, etc.).

Muchas veces, dicha elección está en función de la variable a evaluar, del tipo de respuesta o estímulos, y del momento de la evaluación. En definitiva, va a depender del contexto de evaluación y de la relación coste beneficio.

Este panorama se complica bastante respecto a la metodología empleada para representar fidedignamente cada sistema de respuesta que constituye el fenómeno de la ansiedad : verbal-cognitivo, motor-conductual y psicofisiológico (Emmelkamp, 1988). Asimismo, las diferentes medidas no deben ser consideradas como equivalentes, ya que los resultados obtenidos por un método no se reflejan necesariamente al utilizar otro (Miguel-Tobal, 1996; Silva, 1996).

Así, a continuación trataremos de forma detallada los métodos más utilizados en la evaluación de la ansiedad desde una perspectiva conductual y/o cognitivo-conductual.

2.2.1 LA OBSERVACIÓN

La observación, como técnica de evaluación de los problemas de ansiedad, consiste en

observar y registrar las respuestas de ansiedad en el medio natural del sujeto o en situaciones artificiales.

El registro de las respuestas de ansiedad puede hacerse mediante la utilización de cualquier procedimiento de registro, sea simplemente papel y lápiz o cintas magnetofónicas, bien por medios más sofisticados como video, contadores de respuesta, etc. (Mills, Agras, Barlow y Mills, 1973).

Las técnicas de observación son consideradas como método ideal para evaluar la conducta o respuesta motora del individuo en su medio natural, puesto que uno de los principales objetivos de la evaluación conductual es la recogida de datos objetivos, fiables y válidos. No obstante, no siempre es posible la observación directa de las conductas problema debido a dificultades como:

- Dificil control de las situaciones naturales donde se manifiestan las respuestas de ansiedad.
- Altos costes de tiempo y economía.
- Reactividad del individuo a la hora de ser observado.

Sin embargo, la observación directa de los problemas de ansiedad está indicada siempre que sea posible, principalmente en la agorafobia, en la fobia social y en la fobia simple (Becker y Costello, 1975; Lick y Katkin, 1976; Gambrill, 1977).

Una de las características de los trastornos de ansiedad es la evitación, por lo que resulta difícil observar la conducta de la persona enfrentándose a los estímulos en situaciones naturales, como el fóbico social que evita los encuentros sociales (Méndez y Maciá, 1994).

La reactividad es otro problema de la observación. En algunos trastornos como es el caso de la agorafobia, el observador, terapeuta o familiar, funciona como una señal de seguridad, de manera que el sujeto puede realizar más actividades temidas en presencia de un observador conocido que solo. Muchas veces para reducir este efecto se realiza la observación sin informar al sujeto, utilizando observadores desconocidos y/u observando los resultados de la conducta, como los registros del cuentakilómetros del coche del agorafóbico (Méndez y Maciá, 1994).

Con el objetivo de evaluar las respuestas directas de la ansiedad se han desarrollado varias técnicas de observación conductual, clasificadas en medidas directas e indirectas (Borkovec, Weerts y Bernstein, 1977).

Las medidas directas son las más recomendables para la evaluación del comportamiento motor en el ambiente natural. Sin embargo, muchas veces el contexto situacional, en que se observa dicho comportamiento, difícilmente está bajo el control del observador. Además, la dificultad de estandarizar las distintas condiciones imposibilita realizar comparaciones válidas entre los sujetos.

Para solucionar en lo posible estas dificultades, se han desarrollado las "escalas de observación" de utilización en laboratorio ante situaciones estandarizadas. La situación ansiógena

es generada mediante instrucciones, con estímulos temidos en vivo o estímulos provocados por recursos audiovisuales, y se registra la ocurrencia o no de la respuesta investigada, en un período de tiempo habitualmente corto (Miguel-Tobal, 1995).

Como ejemplo de las técnicas directas de observación, citaremos la "Time Behavioral Checklist" (TBCL), utilizada por Paul (1966) para medir tanto las respuestas fisiológicas directas (p.e. temblores) como las disfunciones del habla (p.e. tartamudeo), en personas con ansiedad al hablar en público. Asimismo, otro tipo de medida directa es la de Mahl (1956) que indica la proporción de disfluencias que el sujeto emite en relación con el total de palabras pronunciadas durante la conversación.

También se utilizan medidas directas para evaluar la ansiedad interpersonal; éstas están representadas por las técnicas de role-play. La estrategia básica de este grupo de técnicas consiste en la descripción de un escenario interpersonal, donde el investigador y el sujeto interactúan representando papeles. Sin embargo, varios estudios revelan su limitada validez de criterio (Miguel-Tobal, 1995).

Las medidas observacionales indirectas se han centrado fundamentalmente en el componente de evitación y escape, típico de la conducta fóbica. Los sistemas más utilizados para las respuestas de evitación ante estímulos fóbicos son el "Behavioral Avoidance Test" o "Behavioral Approach Test" y las Pruebas de Ejecución Simulada (PES), en que se observan otras respuestas de ansiedad durante la ejecución de una actividad temida, generalmente de tipo social.

Desde que Lang y Lazovik (1963) utilizaron un BAT con sujetos fóbicos a las serpientes, éste ha sido utilizado frecuentemente en la evaluación conductual de las fobias específicas (Ritter, 1970), usándose en menor grado en la agorafobia y las obsesiones/compulsiones, puesto que en estos trastornos su aplicación resulta más problemática.

La aplicación del BAT puede realizarse de dos formas, mediante una aproximación activa o a través de exposición pasiva. En la activa, el sujeto se acerca cada vez más al estímulo fóbico y realiza interacciones físicas progresivas, como tocar la serpiente, cogerla, enrollársela, etc. En la prueba de evitación a las alturas de Ritter (1970), los sujetos suben por una escalera externa y deben detenerse por lo menos dos minutos en cada uno de los nueve rellanos. En la pasiva, el sujeto permanece parado en su sitio, mientras se le aproxima el estímulo fóbico. Por ejemplo, se le acerca una caja de cristal con una serpiente en su interior, hasta que presente respuestas de ansiedad.

Se apunta una elevada fiabilidad para el BAT, así como, una buena validez criterial (Carrobbles y Díez-Chamizo, 1988). Sin embargo, a pesar de la gran difusión del BAT y sus variantes, existen serios problemas que limitan la validez de los datos obtenidos mediante estas pruebas (Miguel-Tobal, 1995). En primer lugar, no representan una medida directa de la conducta motora, y por otra parte, se ha demostrado varias veces que la conducta de un sujeto en estos tests puede variar significativamente en función de las demandas experimentales características de la situación. Por último, la generalización de los resultados del BAT a la conducta "in vivo" es bastante cuestionable (Bellack y Lombardo, 1984).

2.2.2 LOS REGISTROS PSICOFISIOLÓGICOS

Las técnicas basadas en los registros psicofisiológicos son herramientas de máxima importancia dentro de la psicofisiología humana. Presentan un gran atractivo para diversas áreas de la psicología, interesadas por la medida de los cambios somáticos de la ansiedad, tales como psicología básica, psicología experimental, psicología de la salud, psicopatología, psicología del deporte, psicología jurídica, psicología social y la medicina conductual (Vila, 1994).

En un capítulo titulado "Evaluación y Registros Psicofisiológicos" (Labrador y Fernández-Abascal, 1990), los autores explican la evaluación psicofisiológica como la evaluación de las respuestas fisiológicas provocadas por, o que pueden ponerse en relación con, las conductas de la persona como aspectos desencadenantes. Dentro de los métodos más significativos y objetivos de la evaluación de las respuestas fisiológicas se encuentran los registros psicofisiológicos; aunque dichas respuestas pueden ser evaluadas indirectamente mediante la utilización de autoinformes (Miguel-Tobal, 1995) de los que el más clásico sería el "Autonomic Perception Questionnaire" descrito por Mandler y Kremen en 1958, y otro más reciente, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad - ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986, 1988b, 1994), en el que se basa gran parte de la presente investigación.

El registro psicofisiológico de los problemas de ansiedad, teniendo en cuenta el enfoque tridimensional de la ansiedad (cognitivo, fisiológico y motor) y los supuestos teóricos conocidos como desincronía y fraccionamiento de respuesta (Lang, 1968, 1971, 1977) pasa a ser una importante "clave" en el proceso de evaluación. De hecho el papel que desempeña el componente

simpático del sistema nervioso autónomo ha sido considerado fundamental en las reacciones emocionales (James, 1884; Cannon, 1915) entre éstas, la ansiedad (Barlow y Wolfe, 1981). No obstante, medir el arousal fisiológico es una tarea bastante compleja, mostrando los índices fisiológicos correlaciones débiles entre sí (Miguel-Tobal, 1995).

Las técnicas de registro fisiológico se clasifican en tres categorías:

1. Pertenecientes al sistema nervioso central (p.e.: actividad electromiográfica, potenciales evocados, cartografía de la actividad eléctrica cerebral, tomografía por emisión de positrones).
2. Pertenecientes al sistema somático (p.e. actividad electromiográfica, movimientos oculares, actividad respiratoria, medidas indirectas de la actividad somática).
3. Pertenecientes al sistema nervioso autónomo (p.e.: actividad electrodérmica, actividad cardiovascular, actividad salivar, actividad gastrointestinal, actividad sexual).

La obtención de los índices o señales psicofisiológicos obedece a un proceso secuencial que empieza y termina con aspectos específicos de cada una de las variables, pero cuyas fases obedecen a principios generales (Vila, 1994). Así, el proceso básico de registro de las respuestas psicofisiológicas generalmente se lleva a cabo en las siguientes fases (Labrador y Fernández-Abascal, 1990):

1. Detección de la señal: se recoge la señal proveniente del organismo mediante electrodos (señal eléctrica) o por transductores capaces de cambiar una señal física en eléctrica.
2. Transmisión de la señal: mediante cables o por sistemas telemétricos de emisión y

recepción de frecuencia modulada.

3. **Procesamiento de la información:** esta fase se constituye por tres etapas que se llevan a cabo cuando son necesarias (p.e.: amplificación de la señal, si ésta es demasiado débil; filtraje o depuración que elimine interferencias, y promedio de valores de señales para que su identificación sea facilitada).

4. **Almacenamiento y presentación de la señal:** realizadas con la utilización de bolígrafos, bien a través de la tecnología informática.

Con respecto a la evaluación de la ansiedad se registran principalmente los cambios en el sistema somático y/o autónomo cuando el individuo se expone a los estímulos o situaciones temidas. En este caso, las medidas fisiológicas más utilizadas son los cambios en el sistema cardiovascular (p.e.: tasa cardíaca) y los cambios dermoeléctricos (p.e.: resistencia y conductancia de la piel), aunque también se han utilizado otras medidas como la tasa respiratoria (Steptoe y Vogele, 1992), la respuesta electromiográfica (Fridlund et al., 1986), la presión sanguínea etc. (Miguel-Tobal, 1985, 1990, 1995).

Respecto a la tasa cardíaca muchos estudios (Paul, 1966; Borkovec, 1973; Cooket, Meland, Cuthbert, McNeil et al, 1988; Buree, Papageorgis y Hare, 1990) han comprobado una aceleración de este índice, ante la presencia de estímulos ansiógenos, aunque determinados sujetos puedan mostrar tanto incrementos como decrementos (Borkovec, Weerts y Bernstein, 1977), estando aconsejado buenas medidas de control, al utilizar dicha medida (Miguel-Tobal, 1995).

También se ha comprobado que ante la presencia de estímulos generadores de ansiedad

se produce un incremento de la conductancia, o disminución de la resistencia (Barlow, Agras, Lirtenberger y Womcze, 1970; Cook et al., 1988; Buree et al., 1990). No obstante, las fluctuaciones espontáneas de conductancia en ausencia de estímulos específicos cobran una relativa importancia (Miguel-Tobal, 1995).

Como cualquier técnica de evaluación de la ansiedad, los registros psicofisiológicos presentan ventajas e inconvenientes:

A) Ventajas:

1. Al considerarse la respuesta fisiológica una respuesta involuntaria, el registro fisiológico estaría relativamente libre de influencias por parte de la persona evaluada (Miguel-Tobal, 1985, 1995).

2. Se considera el registro de la tasa cardiaca como medida válida y útil respecto a medidas de autoinforme (Andrasik, Tuner y Ollendick, 1980).

3. Las medidas fisiológicas, libres de sesgos y obtenidas con métodos objetivos, pueden ser completamente fiables (Miguel-Tobal, 1985, 1995). Actualmente, los aparatos portátiles de "biofeedback", de telemetría y de registros de frecuencia modulada, posibilitan la evaluación de respuestas psicofisiológicas en situaciones naturales (Méndez y Maciá, 1994).

B) Inconvenientes:

1. Limitaciones relacionadas con elevado coste de los aparatos, así como de necesidad

de expertos en psicofisiología (Miguel-Tobal, 1985, 1995).

2. Dificultades planteadas a partir de las tomas de laboratorio, que generalmente excluyen las evaluaciones "in vivo" (Miguel-Tobal, 1985, 1995), aunque existan en el comercio los aparatos portátiles (Méndez y Maciá, 1994) que posibilitan la evaluación en situaciones naturales, en función de las posibilidades económicas de cada individuo en particular.

3. La especificidad de los estímulos afecta a las respuestas, factor que limita su generalización a las situaciones de evaluación (Miguel-Tobal, 1985, 1995).

4. Bajos índices de fiabilidad y validez de algunas medidas psicofisiológicas como: la tasa cardíaca y la conductancia de la piel (Arena, Blarchard, Andrasik, Cotch y Myers, 1983; Holden y Barlow, 1984).

5. La discordancia entre medidas del sistema de respuesta fisiológico es muy alta como la existente entre los tres sistemas de respuesta, lo que imposibilita tomar la medida de una respuesta simple como índice para otras más complejas (Borkovec, 1976).

Sin embargo, al tomar medidas psicofisiológicas está indicada la medición de un gran número de respuestas fisiológicas y la posterior selección de las más reactivas evitando así, gran parte de los problemas señalados anteriormente, principalmente con respecto a la estereotipia y la especificidad de las respuestas (Miguel-Tobal, 1995).

2.2.3 LOS AUTOINFORMES

Debido a razones fundamentalmente prácticas, es el autoinforme el método más utilizado

en la evaluación de la ansiedad, ya que la observación y el registro psicofisiológico conllevan un alto coste - en tiempo, esfuerzo, personal especializado, etc.- y presentan limitaciones en cuanto a su aplicabilidad.

Se considera el autoinforme como una derivación de la autoobservación (Fernández-Ballesteros, 1980) y, se considera como tal a toda información que la persona proporciona sobre sí mismo, o sobre su comportamiento. Esta definición no es compartida por todos, ya que algunos autores utilizan exclusivamente el término autoinforme para referirse únicamente a los cuestionarios, inventarios y escalas (Carrobles, 1985; Hersen y Bellack, 1988), diferenciándolo así de la entrevista y del autorregistro.

En nuestro trabajo vamos a considerar como medidas de autoinforme todas aquellas técnicas e instrumentos mediante los cuales se obtiene información personal; es decir, la entrevista, el autorregistro, los cuestionarios, inventarios y escalas.

2.2.3.1 LA ENTREVISTA

La entrevista en sus diferentes formas - estructurada, semiestructurada y no estructurada - es utilizada habitualmente en el contexto evaluador y terapéutico.

En la práctica clínica se considera a "la entrevista" como el inicio del proceso de evaluación conductual (primera aproximación al problema) y, a partir de ella, se planifica la

posterior recogida de información. Durante la entrevista se siguen los siguientes pasos (Méndez y Maciá, 1994):

1. Formulación de una pregunta abierta sobre el problema que ha motivado la consulta con el psicólogo.
2. Obtención de la información topográfica de las conductas problemas de ansiedad y condiciones de mantenimiento de dichas conductas, así como información acerca de los estímulos que disminuyen la ansiedad.
3. Investigación sobre la posible existencia de algunos trastornos orgánicos (p.e. hipoglucemia, hipertiroidismo, hipoparatiroidismo, etc.) para un posible diagnóstico diferencial.
4. Valoración de ingesta de ansiolíticos u otros fármacos estimulantes (p.e. café, alcohol, etc.).
5. Valoración de las consecuencias o repercusiones negativas y/o positivas de los problemas de ansiedad en el funcionamiento diario del paciente respecto a las personas de su entorno.
6. Evaluación de las expectativas del paciente sobre los resultados de la terapia.

En consecuencia, la entrevista representa un método sencillo y útil en función de la habilidad para llevarla a cabo por parte del explorador y la capacidad expresiva del sujeto explorado.

2.2.3.2 LOS AUTOREGISTROS

Los autoregistros, como técnica de evaluación de la ansiedad, son de gran utilización; siendo el propio sujeto quien recoge y registra la información relacionada con una determinada conducta, inmediatamente después de que ésta haya ocurrido. Mediante esta técnica es posible la evaluación de los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) en el medio natural y en el mismo momento de ocurrencia de la conducta.

Los autoregistros pueden ser globales (p.e. registro semanal de la ansiedad) o específicos (p.e. registro de ataque de pánico) (Barlow, 1988). Se ha utilizado de forma habitual el termómetro de miedos (Walk, 1956) para valorar el grado de ansiedad o miedos provocados por una determinada situación.

2.2.3.3 CUESTIONARIOS, INVENTARIOS Y ESCALAS

Los cuestionarios, inventarios o escalas son las denominaciones empleadas para representar a los autoinformes estructurados presentados de forma impresa generalmente, dichos términos son utilizados como sinónimos (Vizcarro y Arévalo, 1990; Miguel-Tobal, 1995;).

La utilización de dichos instrumentos viene desde el pasado siglo cuando las corrientes estructuralista y funcionalista empiezan a emplear pruebas introspectivas, objetivando una mejor comprensión del funcionamiento psicológico (Bellack y Hersen, 1977). En la actualidad, su

utilización está marcada por los enfoques teóricos cognitivo y cognitivo-conductual (Miguel-Tobal, 1993).

Los autoinformes han desempeñado un importante papel en la evolución psicológica en todos sus ámbitos (Psicología de la Personalidad, Psicología Social, Psicología Clínica, Psicología Organizacional, etc.) y, sobre todo en la investigación de los procesos cognitivos.

Sin embargo, no se puede dejar de señalar el rechazo a este tipo de técnica, por parte de conductismo ortodoxo (Hersen y Bellack, 1976; Cone y Hawkins, 1977a), rechazo que no puede sostenerse a partir de la propuesta de Lang (1968) sobre la medida del miedo y su triple sistema de respuesta.

En un capítulo de su libro "Evaluación conductual hoy", titulado "Evolución histórica de la evaluación conductual", Fernández-Ballesteros (1994a, pag. 44), explica claramente este proceso:

..."a lo largo de la historia de la evaluación conductual, mientras que el objeto de evaluación se dirija a respuestas-problema moleculares (levantarse de la silla, no establecer contacto ocular o tasa cardíaca incrementada), cualquier rechazo de la psicometría clásica tenía algún sentido, ya que podían obviarse procedimientos sofisticados de obtención de su validez (y, entonces, sería acertado el concepto de "exactitud" propuesto por Cone, (1988); sin embargo, ante la utilización de conceptos molares la única salida que se encuentra - lógicamente - es el recurso a planteamiento psicométricos tradicionales"....

Esta claro, que el rechazo sufrido por los autoinformes, desde el ámbito conductual, fue en buena medida de carácter reactivo y más teórico que real (Miguel-Tobal, 1993). Actualmente, los autoinformes son considerados como el método directo y prioritario de recogida de información sobre las respuestas cognitivas (Fernández-Ballesteros, 1992).

Como señalamos anteriormente, se trata del método más utilizado en la evaluación de la ansiedad (Miguel-Tobal, 1985, 1990) y consiste en que el sujeto informe sobre sus propias respuestas de ansiedad, aportando datos para su análisis topográfico y funcional.

La información suministrada vía autoinforme es de tipo verbal-cognitivo o más bien, perteneciente al sistema de lenguaje perceptual descrito por Lang (1977). No obstante, permite la evaluación de los tres sistemas de respuesta, siendo el método único y directo de medida del sistema cognitivo, e indirecto de los sistemas fisiológico y motor. Además aporta información sobre las situaciones y estímulos relacionados con la conducta problema.

La inclusión de situaciones específicas en los autoinformes representa un gran avance metodológico de cara al análisis funcional, pues así se precisan e integran datos relevantes de la conducta problema, así como acerca de las situaciones en que tiene lugar dicha conducta, aspecto ese que se había descuidado por los instrumentos de evaluación del rasgo.

Aparte de las ventajas prácticas como economía de tiempo y esfuerzo, los autoinformes proporcionan la evaluación de diferentes áreas mediante un único instrumento, sin que sea necesario llevar a cabo una evaluación inmediata y por separado con instrumentos específicos

para cada caso.

La utilización de los autoinformes ha estado influenciada en gran medida por la evolución conceptual de la psicología. Influencia que deriva en primer lugar a partir de los desarrollos del aprendizaje social (Bandura, 1969, 1977a), de la importancia atribuida a los factores cognitivos considerados como variables individuales imprescindibles a la hora de conceptualizar e interpretar su entorno, su propia capacidad y habilidades (Vizcarro y García, 1988), así como, de los factores biológicos y de predisposición (Seligman, 1971; Herrnstein, 1977).

No obstante, la utilización de autoinformes conlleva algunos problemas específicos (Miguel-Tobal, 1985, 1990, 1993) que están influidos por una serie de variables genéricamente denominadas "*distorsiones de respuesta o sesgos de respuesta*":

1. *Simulación*: el resultado de la evaluación es conscientemente adulterado por la persona que contesta a los ítems de un autoinforme. Es una fuente de error de las más relevantes, dado que los autoinformes son fácilmente falseables.
2. *Deseabilidad social*: la persona de forma involuntaria o inconsciente, emite respuestas que socialmente son aceptables, afectando al resultado del test.
3. *Tendencia de respuestas*: se produce cuando el individuo contesta la prueba en función del tipo de respuesta exigido y no del contenido de la misma; sus respuestas seguirán una inclinación más o menos estable o fija que puede presentarse de dos formas:

- A) *Aquiescente*: propensión a dar respuestas de tipo "SI" o "VERDADERO" o "NO" o "FALSO" en pruebas diseñadas con dos alternativas de respuesta.
- B) *Con errores sistemáticos o escalares*: en pruebas que utilizan escalas discretas de cuatro o más alternativas, la persona tiende a contestar en el centro (tendencia central) o en los extremos (severidad).

Respecto a los problemas o distorsiones de respuesta, la *simulación* o *falseamiento* es una de las fuentes de error más significativas, como señalamos anteriormente. Por consiguiente, existen una serie de estrategias elaboradas especialmente para el control de este factor (Miguel-Tobal, 1985):

1. Solicitar mediante las instrucciones la sinceridad de la persona.
2. Confeccionar escalas de sinceridad dentro del instrumento.
3. Contrastar la información con otras fuentes independientes del sujeto.
4. Disminuir las expectativas de éxito del individuo sobre que prevalezca su falseamiento.
5. Intentar disminuir la motivación que pueda tener el sujeto a mentir.

También es cierto, que las distorsiones de respuestas disminuyen considerablemente en entornos clínicos, dada la motivación del sujeto de solucionar sus problemas y, a su vez, aumentan en los entornos no clínicos (p.e. empresas, colegios, laboratorios, etc.) donde factores como deseabilidad social, intereses, etc. predominan con mayor intensidad.

Otros inconvenientes encontrados al utilizar el método de autoinforme van a ser

(Vizcarro y Arévalo, 1990):

1. La obtención de información objetiva estará en función de la claridad de la formulación de las respuestas.
2. La información obtenida puede sufrir menos distorsiones si dicha información se obtiene en un tiempo relativamente próximo al individuo.
3. Las distorsiones informativas estarán en función de lo que se pida al individuo, es decir, información sobre hechos (si le pasó algo, o no), o información excesivamente elaborada (frecuencia, intensidad, etc.).

Aún que, la utilización de autoinformes basados en cuestionarios, presume grandes ventajas en cuanto a la objetivación de las respuestas obtenidas, requieren un planteamiento un planteamiento claro y preciso de la encuesta, como condición imprescindible de validez.

2.2.3.4 TIPOS DE AUTOINFORME

Por su importancia, consideramos necesario hacer una pequeña reseña acerca de los instrumentos más significativos desarrollados a partir del enfoque de rasgos, para después, describir de manera pormenorizada los diferentes métodos de autoinformes utilizados en la evaluación de la ansiedad desde el enfoque conductual y cognitivo-conductual.

Mediante los autoinformes de *rasgo* se evalúa el grado de ansiedad de un sujeto a través

de un conjunto de respuestas que el propio sujeto ha de cuantificar. Su contenido suele estar formulado de manera general, sin prestar atención a los aspectos de la situación, y la respuesta obtenida se interpreta como manifestación de una estructura interna subyacente o rasgo.

Este modelo de autoinforme ha sido duramente criticado desde el enfoque conductual, tanto por no tener en cuenta el elemento situacional (Brenkelman, 1967; Mischel, 1968), como por el propio concepto de rasgo sobre el cual se fundamenta, principalmente con respecto a su estabilidad y capacidad de predecir conductas concretas.

Entre los autoinformes más destacados dentro del enfoque del rasgo, podemos citar la "Escala de Ansiedad Manifiesta" (MAS; Taylor, 1953), el "Índice de Ansiedad" obtenido por Welsh a partir del MMPI (Dashlstrom y Welsh, 1960) y el "Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo" (STAI, Spielberger, et al., 1970).

Desde el enfoque *conductual*, los cuestionarios han dado gran énfasis a los aspectos situacionales (enfoque situacionista), lo que va en contra del enfoque del rasgo. En los ítems están incluidas situaciones o estímulos que el sujeto debe valorar señalando en qué grado le producen una determinada reacción, o bien, se mide la frecuencia o intensidad con que la persona manifiesta determinados comportamientos ante una situación concreta, o la frecuencia de diferentes conductas que se relacionan con un determinado problema o trastorno (e.j. ansiedad) (Miguel-Tobal, 1993). El proceso de construcción de estos autoinformes sigue generalmente una estrategia racional, aunque se combine ésta con una empírica, e incluso con una estrategia factorial (Miguel-Tobal, 1995).

Las respuestas de los sujetos a los cuestionarios situacionistas no son vistas como signo de una disposición interna y sí, como muestras de conductas, aunque, a este respecto existe una divergencia, como señala Miguel-Tobal (1993a) entre los principios teóricos y el empleo dado a los cuestionarios.

El modelo "*interactivo*" surge en respuesta tanto al modelo de rasgos, como al modelo exclusivamente situacionista. Este enfoque valora tanto las situaciones como las características personales y, sobre todo, la integración entre ambas.

Los cuestionarios utilizados en este enfoque son de tipo S-R (Situaciones-Respuestas), en las que la tarea del sujeto consiste en valorar la frecuencia o intensidad de aparición de determinadas respuestas ante situaciones específicas. Como ejemplo de autoinformes tipo S-R más destacados citamos el "Inventario de Ansiedad S-R" (Endler, Hunt y Rosenstein, 1962); el "Inventario General de Rasgo de Ansiedad S-R" (Endler y Okada, 1975) y el "Inventario de Actitudes ante Situaciones Diversas" (Bermúdez, 1983).

Debido al objetivo principal de nuestro trabajo, más adelante dedicaremos especial atención a este enfoque, puesto que constituye uno de los modelos teóricos que fundamentan el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA - Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986, 1988, 1994), instrumento clave dentro de nuestro estudio, y considerado como uno de los más completos dentro del enfoque interactivo por investigadores destacados en la evaluación psicológica, como es el caso de Silva, (1989, 1996), Fernández-Ballesteros, (1994), Méndez y Maciá, (1994).

Desde el enfoque conductual se clasifican en tres las categorías de autoinformes dedicados a la evaluación de la ansiedad (Carrobles y Díez Chamizo, 1988; Méndez y Maciá, 1994):

1. AUTOINFORMES GENERALES:

Son los cuestionarios que están constituidos por extensas listas de estímulos fóbicos y, que la persona debe evaluar, estimando el grado de intensidad mediante una escala tipo Likert.

Como ejemplo característico se pueden citar a los "Inventarios Generales de Miedos" (Fear Survey Schedules) de los cuales existen varias versiones. Sin embargo, en la clínica, el más utilizado es el "Inventario General de Miedos III, en la versión constituida de 122 ítems (FSS 122 - Wolpe y Lang, 1969).

Los autoinformes generales de miedo se han empleado más en investigaciones que en las intervenciones clínicas (Méndez y Maciá, 1994) y, principalmente, en la valoración de tratamientos, especialmente cuando la técnica utilizada haya sido la desensibilización sistemática en que se comparan puntuaciones pre y postratamiento (Miguel-Tobal, 1985). Además han sido largamente utilizado en la selección de sujetos, en la toma de decisiones respecto al final del tratamiento y evaluación de sujetos antes del tratamiento experimental.

Se critican con bastante frecuencia a los autoinformes generales por su falta de especificidad. No obstante, *"para solucionar estas limitaciones, los autores han construido*

autoinformes que especifican cada vez más las situaciones y/o las respuestas de ansiedad del sujeto, como ocurre con el ISRA" (Méndez y Maciá, 1994; Pág: 436).

2. AUTOINFORMES ESPECÍFICOS:

Estos autoinformes se centran en un área concreta, relacionada con algún problema o trastorno de ansiedad; generalmente tienen asumido la tridimensionalidad de la ansiedad, preocupándose con la evaluación de sus tres sistemas (cognitivo, fisiológico y motor).

Existe una gran variedad de autoinformes específicos destinados a la evaluación de la ansiedad. Ello nos imposibilita listar todos, aunque intentaremos citar ejemplos que sean significativos, relacionados con diferentes problemas de ansiedad, ver la siguiente tabla II-I

3. AUTOINFORMES SITUACIONALES:

Se entiende por autoinformes situacionales al propio informe realizado por la persona inmediatamente antes, durante y/o inmediatamente después de una exposición a las situaciones o estímulos disparadores de ansiedad.

A título de ejemplo, presentamos el "Termómetro de Miedos" (Walk, 1956) como uno de los más conocidos y utilizados; así como el "Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo: Escala

Estado (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).

Tabla II-1 Autoinformes específicos de evaluación de la ansiedad

AUTOINFORMES ESPECÍFICOS
- Cuestionario de Ansiedad ante las Serpientes ("Snake Anxiety Questionnaire" - Klorman, Weerts, Hasting, Melamed y Lang, 1974).
- Ansiedad ante las Arañas ("Spider Anxiety" - Denny y Sullivan, 1976).
- Miedo a las Alturas ("Fears of Heights" - Baker, Cohen y Sanders, 1973).
- Escala de Ansiedad Dental ("Dental Anxiety Scale" - Corah, 1969).
- Escala de Ansiedad ante las Pruebas ("Test Anxiety Scale" - Sarason, 1972).
- Inventario de Miedos Escolares (Méndez, 1988).
- Miedo a la Evaluación Negativa ("Fear of Negative Evaluation" - Watson y Friend, 1969).
- Inventario de Movilidad para la Agorafobia ("Mobility Inventory for Agoraphobia" - Chambless - Caputo, Jasim, Gracely y Williams, 1985).
- Escala de Estimación de la Ansiedad de Hamilton ("Hamilton Anxiety Rating Scale" - Hamilton, 1959).
- Escala del Trastorno de Estrés Postraumático ("Post Traumatic Stress Scale" - Friendman, Scheneiderman, West y Corson, 1986).
- Inventario Obsesivo-Compulsivo del Maudsley ("Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory" - Hodgson y Rachman, 1977).

Concluyendo este apartado, es de destacar la extensión del gran número de cuestionarios, inventarios y escalas desarrollados para el estudio y evaluación de la ansiedad sobre la base de que, es el autoinforme el único método posible de evaluación de la reactividad cognitiva y un método indirecto para medir las respuestas fisiológicas y motoras. Sin embargo, tras muchos estudios referidos a la fiabilidad y validez de dichos instrumentos, los resultados hablan de bajas correlaciones, principalmente en lo relativo a las medidas indirectas de la ansiedad, es decir, los sistemas fisiológico y motor. Las conclusiones sacadas a partir de estos resultados, aunque no definitivas, llevan a muchos investigadores a apuntar problemas metodológicos y deficiencias en los instrumentos, como los posibles responsables (Cone, 1976, 1977 y 1979; Miguel-Tobal, 1985, 1990 y 1993). Otros, expresan la relativa independencia entre los sistemas de respuesta (Lang, 1971; Hodgson y Rachman, 1974), lo que justificaría las bajas correlaciones encontradas.

expresadas por el fenómeno conocido como fraccionamiento de respuesta.

Estos hechos justifican un análisis más profundo de los enfoques teóricos que fundamentan al Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad - ISRA: el "Modelo Interactivo de la Ansiedad" y el "Modelo Tridimensional de la Ansiedad".

3. MODELOS TEÓRICOS DE ANSIEDAD EN LOS QUE SE FUNDAMENTA EL ISRA

3. MODELOS TEÓRICOS DE ANSIEDAD EN LOS QUE SE FUNDAMENTA EL ISRA

El desarrollo de una técnica capaz de cuantificar las múltiples variables que pueden concurrir en la génesis de una expresión vital, como es la ansiedad, precisa fundamentarse en metodologías contrastadas, que proporcione una base científica al nuevo método desarrollado sobre ellas. Así, el ISRA tomó como fundamentos básicos la Teoría Interactiva de la Ansiedad (Endler, 1981) y el Modelo de los Tres Sistemas de Respuesta de Ansiedad (Lang, 1968).

3.1 MODELO INTERACTIVO DE LA ANSIEDAD

La teoría interactiva de la ansiedad surge a partir del fracaso por parte de las teorías del rasgo y situacionista al intentar, explicar el fenómeno de ansiedad como una tendencia interna exclusiva o como una consecuencia del ambiente, respectivamente.

Sin embargo, fue a partir de las críticas vehementes desde una posición situacionista de Mischel (1968) al modelo rasgo-estado cuando aparecen las primeras aportaciones interactivas que proponían una mejor forma de estudio de la personalidad, basadas tanto en las cualidades o factores internos de la persona como en las características de la situación pero, ante todo, a la interacción entre ambas.

La propuesta hecha por los teóricos interactivos como Endler, Bowers y Magnusson para explicar la ansiedad es la siguiente:

- La ansiedad es función de las peculiaridades de la situación, las características individuales y principalmente de la interacción que se produce entre la situación y la persona, no pudiendo la conducta ansiosa ser explicada por alguna de estas variables de forma aislada (Endler y Hunt, 1966 y 1969; Bowers, 1973; Endler y Magnusson, 1974 y 1976).

En esta interacción, (situación x persona), existen algunos elementos esenciales como los señalados por Endler y Magnusson (1974 y 1976):

1. El comportamiento actual es el resultado de un proceso continuo de interacción entre la situación y el sujeto.
2. Las variables cognitivas y motivacionales son piezas claves en la determinación de la conducta.
3. La valoración hecha por el sujeto de la situación es un factor decisivo en el proceso interactivo.
4. En cuanto a la situación, la variable más significativa para el proceso interactivo va a ser la valoración o significado subjetivo que dicha situación tenga para el individuo.

De acuerdo con lo expuesto, se entiende que las diferencias comportamentales van a estar mediatizadas por la resultante de la información que procede del individuo y de la situación. Una vez aceptado este asunto, las discusiones acerca del determinante de la conducta estaban fuera de lugar (Endler, 1973). En este punto, el objetivo primordial pasa a ser el conocimiento de la interacción entre diferencias individuales y las situaciones en la determinación del comportamiento.

Respecto a la importancia que tienen las variables situacionales y personales en el proceso interactivo, se establece que es la propia situación la que modula dicho balance, ya que si ésta aparece con claridad y es concreta, tendrá un mayor peso en la determinación de la conducta individual. Por otra parte, a medida que la situación se hace menos clara y más confusa, las características personales mostrarán progresivamente una mayor importancia en la determinación del comportamiento de la persona.

Como se constata, el individuo y su capacidad cognitiva son determinantes para el

comportamiento. A su vez, las diferencias individuales van a estar moduladas por dos tipos de información: la información proveniente de las situaciones y la consecuente a la forma con que éste percibe e interpreta las situaciones.

En ese proceso de interpretación cognitiva, las situaciones definidas de manera clara y precisa van a tener un gran peso en la determinación del comportamiento. No obstante, si dichas situaciones son más ambiguas y menos precisas, pierden fuerza, pasando las características personales a un plano superior en la escala de importancia para la determinación del comportamiento.

El modelo interactivo ha sido criticado por algunos autores que defendían una interacción recíproca entre la situación, el aprendizaje y las diferencias individuales (Staats, 1980, 1981); sin embargo este modelo interactivo del aprendizaje social sería el mismo desarrollado antes por Bandura (1977a, 1978), así como, en otras áreas de la psicología.

Sin embargo, fueron muchos los teóricos que, tras adoptar inicialmente posiciones más radicales (rasgo-situación), pasan a considerar el enfoque interactivo como una salida más satisfactoria para el estudio de la ansiedad. Por ejemplo, Spielberger (1966, 1972) tras haber desarrollado su propia teoría de la ansiedad (Rasgo-Estado) como instrumentos de medida de ansiedad rasgo y ansiedad estado (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970, 1982), se ha esforzado en el sentido de flexibilizar y adaptar su teoría a enfoques más interactivos (Spielberger, 1970, 1985).

Por lo tanto, se tiene en cuenta dos modelos interactivos (Pervin, 1968; Endler, 1981):

1) El mecanicista en el que la conducta es la variable que depende de las diferencias individuales, las situaciones y su interacción, y 2) el de interacción dinámica, en el cual se estudian las relaciones recíprocas entre la conducta, persona y situación, no existiendo una relación tipo causa-efecto, sino transacciones entre cada una de las partes del sistema (Cano-Vindel, 1989).

En una tentativa por probar la hipótesis interactiva (persona x situación) se han realizados varios estudios. Un estudio inicial (Endler, Hunt y Rosenstein, 1962) encuentra que la contribución de las situaciones a la varianza era 11 veces superior a la contribución de las personas. Posteriormente, otro estudio (Endler y Hunt, 1966 y 1969) verifica un error de interpretación de los datos, encontrando que la media cuadrática, debida a los contextos y a las personas no refleja directamente el porcentaje debido a estas fuentes. A partir de este nuevo análisis los datos apuntan los siguientes resultados (Cano-Vindel, 1989):

1. El 12.71% de la varianza total se debe a las características personales.
2. El 10.17%, a las peculiaridades de la situación.
3. El 22.77%, a la interacción persona x situación.

De la revisión de un gran número de estudios (Epstein, 1985), se deduce que el efecto de la interacción persona x situación imposibilita sostener que el ambiente sea el único determinante del comportamiento. Asimismo, que las características o rasgos individuales no pueden olvidar los factores situacionales, estando persona y situación una en función de la otra.

El modelo interactivo ha generado un amplio campo de investigación, básicamente dividido en tres tipos de estudios:

1. Estudios sobre la interacción, preocupados en resaltar la importancia de la interacción (persona x situación).
2. Estudios sobre las situaciones, centrados en la clasificación de tipos de situaciones en relación a la percepción de los sujetos (tipos de respuestas emitidas por ellos en dichas situaciones).
3. Estudios sobre la multidimensionalidad del rasgo, basados en que los individuos difieren en sus respuestas ante distintos grupos de situaciones (Breen, Prociuk, Endler y Okada, 1978; Endler, 1983). Son sin duda los más estudiados bajo este enfoque.

Estas serían las aportaciones más relevantes al estudio de la ansiedad y principalmente con respecto a su evaluación. El enfoque interactivo ha proporcionado la creación de inventarios tipo S-R y el desarrollo de técnicas estadísticas que cuantifican la proporción de varianza atribuida a las situaciones, a las respuestas y a la integración entre ambas (Miguel-Tobal, 1985).

Entre las muchas investigaciones realizadas sobre el estudio e importancia del enfoque interactivo, Endler (1981) clasifica cuatro grupos esenciales:

1. Análisis de los componentes de varianza. Las respuestas de amplias muestras de sujetos que han contestado a inventarios tipo S-R, en los cuales se incluyen tanto situaciones como respuestas, son analizadas mediante la técnica estadística del análisis de varianza. La tarea del

sujeto al contestar dichos inventarios consiste en evaluar la frecuencia o intensidad con que manifiesta cada conducta en cada situación. En general, los resultados de estos tipos de estudios muestran que la proporción de varianza debida a la interacción (persona x situación), es la fuente de varianza más importante (Endler y Hunt, 1968; Bowers, 1973; Bermúdez, 1985).

2. Estudios correlacionales. En este tipo de estudios, la preocupación fundamental es la consistencia transituacional. Los resultados apuntan que en situaciones distintas la consistencia de la conducta es baja, mientras que para situaciones similares, la consistencia es alta, presentando, por tanto, un carácter transituacional.

3. Diseños experimentales (personalidad x tratamiento). Por medio de un tratamiento experimental se manipula la situación, y se predice una interacción entre tipo de tratamiento o situación y tipo de rasgo de personalidad.

4. Revisiones sobre consistencia transituacional. Apoyan la importancia de la interacción, la inconsistencia de la conducta en situaciones diferentes y la consistencia en situaciones similares (Mischel, 1968; Bowers, 1973; Endler, 1973, 1975; Magnusson, 1976).

El estudio sobre la significación psicológica de las situaciones se ha centrado principalmente en la percepción que los individuos tienen del contenido de las mismas y en la reacción de los sujetos ante ellas (Magnusson, 1971, 1974, 1981; Magnusson y Ekehammar, 1973, 1975; Stattin y Magnusson, 1980). A su vez, las situaciones pueden ser clasificadas en base a la percepción que los sujetos tienen de ellas. Sin embargo, las taxonomías más desarrolladas se

basan en las reacciones de los sujetos ante las situaciones dando lugar a una concepción multidimensional del rasgo.

Llegado a este punto, pasaremos en los siguientes apartados a precisar los detalles de los dos supuestos fundamentales del modelo interactivo multidimensional de la ansiedad, la multidimensionalidad del rasgo de ansiedad y la hipótesis de la congruencia.

3.1.1 MULTIDIMENSIONALIDAD DEL RASGO DE LA ANSIEDAD

Cuando se hace referencia a la multidimensionalidad del rasgo de ansiedad, se hipotetiza que dicho rasgo de ansiedad será diferente en un mismo individuo en función de las diferentes situaciones. Eso significa que las personas presentarán distintos niveles de ansiedad en cada rasgo específico.

Esta hipótesis ha sido puesta a prueba por Breen, Prociuk, Endler y Okada (1978, 1983) a través del Inventario de Rasgo General de Ansiedad S-R (S-R GAT; Endler y Okada, 1975; Endler y Magnusson, 1976a) que está constituido por los rasgos específicos de ansiedad ante el peligro físico, la ansiedad ante situaciones ambiguas, la ansiedad interpersonal y la ansiedad en situaciones cotidianas.

Los resultados de este estudio han confirmado la hipótesis de la multidimensionalidad del rasgo de ansiedad que se interpreta como la existencia de rasgos específicos de ansiedad o áreas

situacionales ligadas a diferencias individuales.

Al GAT, posteriormente se le añadió otro rasgo específico (evaluación social) (Endler, 1978; Flood y Endler, 1980) y, en una de las adaptaciones españolas de ésta prueba (Bermúdez, 1983), un sexto rasgo específico o ansiedad en situaciones importantes fue sumado a los cinco anteriores. En este último estudio, los seis rasgos fueron agrupados en dos factores:

1. El primer factor agrupa los rasgos específicos definidos por situaciones interpersonales y habituales.
2. El segundo agrupa los rasgos específicos definidos por situaciones ambiguas y de peligro físico.

Otra adaptación de esta prueba en España fue realizada por Chorot y Sandín (1985); sin embargo, este instrumento aunque sea pionero en el enfoque interactivo y demuestre su utilidad en el estudio de la multidimensionalidad del rasgo de ansiedad, no proporciona al sujeto situaciones concretas que se agrupen en factores situacionales (Cano-Vindel, 1989).

Entre estos estudios, es de interés referirnos a los realizados por Miguel-Tobal y Cano-Vindel (1986, 1988a) que también han puesto a prueba distintas hipótesis relacionadas con el enfoque interactivo y, a partir de ellos se ha elaborado el *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad* (ISRA; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986, 1988b, 1994). Mediante la factorización de las 22 situaciones que contienen dicho instrumento, se han encontrado cuatro factores situacionales o rasgos específicos de ansiedad, clasificados en:

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

Sin embargo, dado que el objetivo de nuestro trabajo está dirigido a la adaptación de esta prueba a la población brasileña, en el próximo capítulo dedicaremos toda nuestra atención a los aspectos relacionados con su construcción, propiedades psicométricas e investigación básica.

3.1.2 HIPÓTESIS DE LA CONGRUENCIA

El modelo interactivo multidimensional de la ansiedad (Endler, 1981; Endler 1983) propone que la interacción *persona x situación* depende de la congruencia entre rasgo específico de ansiedad que presente el sujeto y la situación en que se encuentre; es decir, para que una determinada situación amenazante provoque estados de ansiedad es necesario que dicha situación sea congruente con el rasgo específico de ansiedad que presente el sujeto.

El fenómeno conocido como hipótesis de la congruencia o diferencial, predice interacciones significativas cuando los rasgos y las situaciones amenazantes son congruentes; sin embargo se postula que no se dará interacción cuando los rasgos y las situaciones no sean congruentes (Endler y Magnusson, 1977; Endler, 1981).

Con el objetivo de comprobar la hipótesis de la congruencia, Cano-Vindel (1989) hace un estudio muy elaborado. Partiendo de una muestra total de 170 sujetos, selecciona dos grupos que presentan rasgos específicos establecidos en: 1) el primer grupo de sujetos (N=11) presentaba alta ansiedad de evaluación y baja ansiedad interpersonal, y 2) en el segundo (N=13), los sujetos presentaban justo los rasgos contrarios, baja ansiedad evaluación y alta ansiedad interpersonal.

El autor evalúa los sujetos antes y después de someterles a la situación ansiógena congruente con los rasgos específicos que presentan. Así mismo, dichos sujetos son evaluados en las situaciones que no son congruentes con sus rasgos específicos. Los resultados de este estudio han apoyado la hipótesis de la congruencia. Sin embargo, en las situaciones no congruentes con el rasgo específico, 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 aunque en menor intensidad con respecto a la situación congruente.

A partir de la realización de este estudio, se confirma la hipótesis de la congruencia; asimismo, dichos resultados sirven para aclarar posibles dudas derivadas de la capacidad de los inventarios construidos para evaluar y poner a prueba la multidimensionalidad del rasgo, la hipótesis de la congruencia y, por consiguiente, el modelo interactivo multidimensional de la ansiedad (Cano-Vindel, 1989). Posteriormente este estudio es corroborado por la investigación de Sanz (1991) que aporta un fuerte apoyo empírico tanto al modelo interactivo multidimensional de la ansiedad de Endler (1983) como a los rasgos específicos de ansiedad del Inventario de Situaciones de Respuesta - ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1988b).

3.2 MODELO TRIDIMENSIONAL DE LA ANSIEDAD

El modelo unidimensional de la ansiedad ha sido fuertemente criticado sobre la base de la disociación existente entre los índices de activación fisiológica y conductual, de las bajas correlaciones encontradas entre distintos índices de activación fisiológica, y por la existencia de patrones específicos de respuesta (Lacey, 1967).

En los años siguientes, estas críticas han sido apoyadas por diversos estudios, cambiando de manera radical la conceptualización de la ansiedad como constructo unitario y unidimensional (Miguel-Tobal, 1990). Sin embargo, el modelo del triple sistema de respuesta surge en los años sesenta, en la evaluación conductual de la ansiedad, propuesto por Lang (1968).

Lang (1968, 1971, 1978) formuló explícitamente que emociones como el miedo y la ansiedad entre otras, se manifiestan a través de un conjunto de respuestas ordenadas a tres niveles, es decir, el nivel motor o conducta expresiva, el nivel cognitivo, expresado mediante el lenguaje y, el nivel fisiológico o cambios somáticos, no presentando estos tres niveles una alta correlación entre sí.

Los trabajos y la teoría de los tres sistemas de respuesta de Lang, serán posteriormente ratificados por una serie de investigaciones llevadas a cabo por distintos autores (Rachman, 1974, 1976, 1977, 1978a, 1978b; Rachman y Hodgson, 1974; Hodgson y Rachman, 1974; Eysenck, 1976, 1979; Carrobbles, 1981; Hugdahl, 1981; Wolpe, 1990; Haynes, 1992;) generalizándose la idea de que la ansiedad se manifiesta según un triple sistema de respuestas (cognitivo, fisiológico

y motor) que no siempre correlacionan entre sí.

Según Bellack y Lombardo (1984), los tres sistemas de respuestas se especifican de la siguiente manera (Miguel-Tobal, 1985, 1990):

1. Sistema Cognitivo: El distrés o malestar subjetivo es lo que caracteriza las respuestas cognitivas mediante sentimientos de amenaza o catástrofe inminente. A esta dimensión pertenecen los estados de miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, aprensión, obsesiones, pensamientos intrusivos, etc.

2. Sistema Fisiológico: Las respuestas fisiológicas consecuencia de la ansiedad, están relacionadas con el incremento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo, como consecuencia de la activación del Sistema Nervioso Central o de la actividad neuroendocrina mediada por este sistema.

3. Sistema Motor: Las respuestas motoras estarían en función tanto de los cambios fisiológicos, como de los que proceden del sistema cognitivo; corresponden a los componentes observables de la conducta. Se distinguen las respuestas motoras directas relacionadas con movimientos o posturas corporales (p.e. inquietud, temblor, etc.) y las indirectas o instrumentales (p.e. escape y evitación) (Paul y Bernstein, 1973; Martin y Sroufe, 1970).

En estos términos, la ansiedad abarca un conjunto de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras que son provocadas por algún estímulo identificable, que incluye tanto estímulos

cognitivos, fisiológicos y/o ambientales.

Partiendo de la Teoría de los Tres Sistemas de Respuesta de Lang (1968, 1971), Hugdahl (1981) ha señalado algunas implicaciones que son muy relevantes cuando se desea definir, evaluar y/o tratar la ansiedad. Habrá que definirla, no como un constructo global, sino como un conjunto de respuestas que se agrupan en los tres sistemas (cognitivo, fisiológico y motor); también habrá que evaluar a los tres sistemas separadamente y elegir las técnicas terapéuticas en función de su eficacia diferencial y de la reactividad del paciente.

El modelo unidimensional de la ansiedad ya no es suficientemente válido para explicar fenómenos referentes a la disociación existente entre los índices de activación fisiológica y los cambios motores, las bajas correlaciones entre distintos índices de activación fisiológica, cognitiva y motora, y la existencia de patrones específicos de respuesta (Lacey, Bateman y Lhen, 1952; Lacey, 1967).

Las investigaciones centradas en los tres sistemas de respuesta de la ansiedad tienden a sugerir que las tres modalidades pueden estar disociadas, es decir, pueden no covariar entre sí, llevando a una falta de uniformidad entre dichos sistemas. A este fenómeno se suele llamar desincronía o fraccionamiento de respuestas.

3.2.1 DESINCRONÍA O FRACCIONAMIENTO DE RESPUESTA

Lang, en base a la investigación de laboratorio (Lang y Lazovik, 1963; Lang, 1968), propone la agrupación de las variables cognitivas, fisiológicas y motoras en tres categorías, observando que dichos sistemas correlacionaban de forma irregular (Miguel-Tobal, 1985).

Derivado de estas investigaciones iniciales, se observa que el triple sistema de respuesta presenta algunos problemas relativos a la falta de concordancia tanto sincrónica (*covariación*) como diacrónica (*sincronía/desincronía*) entre las tres modalidades, canales o sistemas de respuesta (Fernández-Ballesteros, 1994c). Además, puede existir falta de covariación entre respuestas de un mismo sistema. Así, se puede obtener correlaciones bajas e incluso nulas o negativas entre las medidas de respuestas pertenecientes a distintos sistemas e incluso entre medidas de respuestas de una misma modalidad; p.e. distintas respuestas psicofisiológicas pueden no covariar entre sí en un mismo problema de un sujeto (Schwartz, 1977).

Estos fenómenos conocidos como *discordancia* y *desincronía*, generalmente están caracterizados bajo el rótulo de *fraccionamiento de respuesta*. Sin embargo hay que puntualizar ciertos matices.

Por *concordancia* se entiende la covariación que en un momento concreto puedan presentar los tres sistemas, mientras *sincronía/desincronía* implica la concordancia entre los sistemas a lo largo del tratamiento; es decir, el término *desincronía* se emplea para referirse a la disociación de los tres sistemas de respuesta a través de varias fases de la evaluación (Haynes y

Wilson, 1979; Hodgson y Rachman, 1974; Vermilyea, Boice y Barlow, 1984).

Bellack y Lombardo (1984) recogen tres interpretaciones diferentes acerca de la desincronía (Miguel-Tobal, 1990):

1. Los tres sistemas de respuestas (cognitivo, fisiológico y motor) son independientes o parcialmente independientes (Hodgson y Rachman, 1974; Lang, 1971; Lang, Rice y Sternbach, 1972).
2. Los tres sistemas de respuestas son interdependientes (Schwartz, 1978).
3. La discordancia puede reflejar o deberse a problemas de medición (Bellack y Hersen, 1977; Cone, 1979; Hugdahl, 1981).

La asincronía entre las tres modalidades de respuesta y, en conjunto, el propio modelo ha sido criticada por algunos autores (Hugdahl, 1981). Sin embargo, la discordancia entre estos tres sistemas de respuesta parece estar muy aceptada en la comunidad científica. Las hipótesis planteadas para justificar el fenómeno del fraccionamiento de respuesta fueron las siguientes (Fernández-Ballesteros, 1981c):

1. Las bajas intercorrelaciones encontradas entre los tres sistemas de respuestas estarían en función de problemas metodológicos, para los cuales se propone el uso de matrices multimétodos-multicontenidos-multiconductas que comprueben los datos (Cone, 1976, 1979; Cone y Hawkins, 1977; Burns, 1980).

2. Se hipotetiza que los estudios realizados con muestras de sujetos "*clínicos*" podrían sesgar los resultados, mientras que al realizarse estudios con sujetos "*no clínicos*" los resultados apuntarían para una mayor sincronía (Fernández-Ballesteros, 1979).

3. La manipulación del *arousal* emocional y de los *niveles de demanda situacionales* serían causa de la variación de la respuesta; así, altos niveles de *arousal* y/o de demanda incrementarían la concordancia de las respuestas, mientras bajos niveles de ambas variables la disminuiría (Hodgson y Rachman, 1974).

4. Problemas metodológicos relacionados con el momento y la ocasión de la situación involucraría a los resultados de las investigaciones; la desincronía entre los tres sistemas se observaría tras el tratamiento, mientras seis meses después ésta, disminuiría significativamente (Lang y Lazovik, 1963). Igualmente, la desincronía se incrementaría en el periodo del seguimiento (Hodgson y Rachman, 1974).

5. La falta de correlación entre las medidas de los tres sistemas, podría ser explicada con estudios de caso único, partiendo de un *patrón específico de respuesta* (Lacey, 1967, Lacey, Bateman y Lhen, 1952).

La discordancia y la desincronía entre los sistemas de respuestas cognitivo, fisiológico y motor, serán muy determinantes en la evaluación, pronóstico y tratamiento de la ansiedad. A su vez, estarán en función de los métodos, los sujetos, las situaciones, el momento de la evaluación y la ocasión del registro, y el patrón específico de respuesta psicofisiológica (Fernández-

Ballesteros, 1981c, 1994c).

3.2.2 PERFILES DE RESPUESTA DIFERENCIALES

Los estudios de los fenómenos relativos al fraccionamiento de respuesta o desincronía, han proporcionado un área de investigación relacionada con la búsqueda de patrones o perfiles de respuesta diferenciales en los pacientes con trastornos de ansiedad; así se han señalado perfiles cognitivos, fisiológicos o motores de acuerdo con el predominio de los diferentes sistemas.

La importancia y utilidad de éstos patrones de respuestas en el estudio y tratamiento de la ansiedad, ha sido documentada por muchos estudios llevados a cabo por investigadores de gran prestigio internacional (Sandín y Chorot, 1995). En España, es de destacar los estudios realizados por el grupo de investigación de Miguel-Tobal y Cano-Vindel (1989, 1990).

Cano Vindel (1989) y otros investigadores comprueban que las situaciones concretas tienden a producir patrones específicos de respuestas en muchos individuos y, por otra parte, que diferentes situaciones provocan un patrón característico de respuesta en una misma persona. Por lo tanto, parece que cada sistema de respuesta tiene sus propias peculiaridades, presentando además las personas distintos perfiles de respuesta. Esto habrá que tenerlo en cuenta a la hora de aplicar cualquier tratamiento de reducción de ansiedad.

En este sentido, cuando se pretenda utilizar técnicas reductoras de ansiedad, parece que

cada técnica tiene una especial indicación para un sistema de respuesta, siendo menor su efectividad sobre los demás sistemas.

La importancia de los perfiles de respuesta se ha demostrado mediante los siguientes aspectos (Sandín y Chorot, 1986b):

1. A nivel del diagnóstico, en la separación de grupos de pacientes.
2. En la implementación del tratamiento, cuya eficacia mejora en función de la consonancia perfil-terapia.
3. Respecto al pronóstico, a mayor concordancia mejor pronóstico terapéutico.

Borkovec (1976) hizo la clasificación de las técnicas en base al sistema que reducían predominantemente. De cara a la efectividad del tratamiento, parece existir una interacción entre tipo de tratamiento y tipo de reactividad del individuo; en este punto se observan grandes diferencias individuales. Resulta aconsejable aplicar a cada persona aquellas técnicas que mejor se adecuen a su tipo de reactividad (Davidson y Schwartz, 1976).

Sin embargo, Cano Vindel (1989) señala que muchas veces se hacen evaluaciones parciales de la ansiedad que no corresponden con los objetivos de la investigación. Comenta que, en el ámbito de la personalidad, al evaluarse la ansiedad como rasgo, no se tienen en cuenta los tres sistemas de respuestas y cuando se evalúa el rasgo general, no se tienen en cuenta las situaciones. Además, menciona que en la modificación de conducta, el principal método de evaluación con el que se trabaja es el autoinforme, y la mayor parte de los cuestionarios que se

utilizan son poco adecuados para la evaluación de conductas de ansiedad en el contexto que se producen. Esto mismo puede ser corroborado en revisiones posteriores (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1990a; Miguel-Tobal, 1990).

Respecto a la interacción reactividad por tratamiento, varios investigadores han señalado que la desensibilización sistemática es más efectiva si predomina el componente fisiológico que si predomina el cognitivo (Lang, Melamed y Hart, 1970; Wolpe, 1977). Otros (Lehrer, Woolfolk y Golman, 1986) afirman una mayor especificidad somática o fisiológica de la relajación progresiva, así como de las técnicas cognitivas para la reactividad cognitiva .

Davidson y Schwartz (1976) han hipotetizado que habría que considerar dos tipos de sujetos ansiosos, los sujetos cognitivos y los sujetos somáticos, mostrando esos sujetos diferentes patrones de respuesta y diferentes respuestas a las técnicas de tratamiento, según sean de tipo cognitivo o de tipo somático.

Esta hipótesis, o teoría multiproceso, será apoyada en otro estudio (MacCann, Woolfolk y Lehrer, 1987) dónde la ansiedad interpersonal era tratada con tres técnicas diferentes. El estudio apuntó como resultado una mayor reducción de la ansiedad subjetiva autoinformada por la reestructuración racional; sin embargo, ésta técnica no redujo las medidas fisiológicas ni las observacionales. En cambio, el grupo de ensayo conductual sólo redujo sus puntuaciones en las medidas de observaciones de conducta abierta mientras que el grupo de relajación progresiva no redujo su capacidad de respuesta a la situación estresora interpersonal más que los otros grupos que habían recibido otros tratamientos (Cano-Vindel, 1989).

Otros trabajos en esta línea han encontrado que fóbicos sociales y claustrofóbicos obtenían mejores resultados con la relajación que con el entrenamiento en habilidades sociales o exposición, cuando mostraban una reactividad predominantemente fisiológica. Por otro lado, aquellos sujetos con una mayor reactividad motora mejoraban más con las técnicas de orientación motora que con la desensibilización o relajación (Öst, Jerremalm y Johansson, 1981; Öst, Johansson y Jerremalm, 1982).

Hay alguna controversia respecto de la interacción entre el tipo de tratamiento y tipo de reactividad del individuo. En esta línea, Norton, Di Nardo y Barlow (1983), tras la revisión del problema proponen, de cara a futuras investigaciones, una correcta evaluación de los tres sistemas de respuestas para sacar conclusiones más acertadas.

Aunque se trata de una cuestión discutible, parece claro que resulta conveniente elegir la técnica más adecuada para cada paciente, debido a que cada sistema de respuesta parece presentar sus propias peculiaridades por lo que se refiere a su modificación, presentando además los individuos distintos perfiles de respuestas característicos sobre los tres sistemas (Lang, 1968; Borkovec, 1973; Davidsson y Schwartz, 1976; Hayg, Brenne, Johsen, Berntzen et al., 1987; Michelson, 1986; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1984, 1989, 1990).

A la hora de tratar a los trastornos de ansiedad habrá que tener en cuenta todos esos aspectos y posiblemente ampliar la visión del constructo unitario de la ansiedad, tal como justifica Lang (1968, 1971).

4. DESCRIPCIÓN DEL ISRA ESPAÑOL

4. DESCRIPCIÓN DEL ISRA ESPAÑOL

La necesidad de contar con un instrumento adecuado a la hora de aproximarse a la realidad de un constructo tan expresivo y común, pero al mismo tiempo tan necesitado de precisión en sus componentes como es la ansiedad, fue la motivación que en 1986 llevó a Miguel-Tobal y Cano-Vindel a diseñar el ISRA como un instrumento que cumplía dichas condiciones. En los siguientes apartados de este capítulo se describe de forma pormenorizada la prueba inicial y las sucesivas modificaciones que ha ido sufriendo, hasta alcanzar la versión actual que será utilizada como base para su adaptación brasileña.

4.1 OBJETIVOS DEL ISRA

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad - ISRA, fue creado por Miguel Tobal y Cano Vindel (1986), con el objetivo de evaluar por separado la frecuencia de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana capaces de precipitar dichas reacciones.

El ISRA pretende ser un instrumento preciso de evaluación de las respuestas cognitivas de ansiedad y un primer detector de las respuestas psicofisiológicas y motoras ante situaciones específicas, proporcionando la obtención de una información detallada y completa al evaluar situaciones, respuestas, así como, la interacción entre ambas, y los tres sistemas de respuesta por separado (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986, 1988b, 1994). También hace posible, una relevante información que servirá como pautas de tratamiento en lo referente a situaciones de difícil manejo para la persona, comportamientos a modificar y tratamientos más indicados.

4.2 CONSTRUCCIÓN

En la construcción del ISRA se ha utilizado un gran número de situaciones y respuestas de ansiedad, en base a los siguientes criterios de selección:

1. Las situaciones elegidas deberían generar ansiedad sin que llegaran a ser acontecimientos extraordinarios que incitaran miedo en la mayoría de las personas.

2. Para la selección de las conductas o respuestas de ansiedad se tuvo en cuenta en primer lugar, que las poblaciones de respuestas de los tres sistemas (cognitivo, fisiológico y motor) estuviesen bien representadas y, en segundo lugar, que fueran redactadas de forma clara y precisa, representando comportamientos concretos.

Mediante este criterio racional, aunque avalado por criterios empíricos de los trabajos con otros cuestionarios, inventarios y escalas, se construyó una primera versión del ISRA que estaba constituida por 28 situaciones y 26 respuestas (7 cognitivas, 12 fisiológicas y 7 motoras), formando un total de 553 *ítems*, contenidos en tres subescalas, en forma de tablas de doble entrada (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1984).

Las tres escalas del ISRA, corresponden a las escalas C, F y M que evalúan la ansiedad cognitiva, fisiológica y motora ante distintas situaciones.

Las respuestas cognitivas de la escala C, se refieren a pensamientos y sentimientos de

preocupación, miedo, inseguridad, etc., que provocan tensión, falta de concentración y de decisión, así como ideas en las que las personas de su medio observan su conducta y se dan cuenta de sus problemas y torpezas.

Las respuestas fisiológicas de la escala F, corresponden a la activación del SNA (Sistema Nervioso Autónomo) y del SNS (Sistema Nervioso Somático), relacionadas con palpitaciones, taquicardia, sequedad de la boca, dificultad para tragar, escalofríos, tiritonas, temblor, sudoración, tensión muscular, respiración agitada, apnea, etc., junto con otros síntomas, tales como molestias de estómago, náuseas, mareo, dolor de cabeza, etcétera.

Las respuestas motoras de la escala M, se ocupan de conductas fácilmente observables de agitación motora, tales como: dificultad de expresión verbal, movimientos torpes, respuestas de huida o evitación, fumar, comer y/o beber en exceso, llanto, movimientos repetitivos con pies o manos, rascarse e hiperactividad, entre otras.

Cada *ítem* de la prueba estaba compuesto de una situación en el eje vertical, y una respuesta en el eje horizontal, a los que el sujeto debería contestar en la casilla en blanco correspondiente a la intersección de ambas, con un número del cero al cuatro de la escala de frecuencia.

Las casillas negras de la prueba no deberían ser contestada, pues indicaban ítems anulados, que carecían de sentido o tenían una probabilidad mínima de ocurrencia, según criterio de dos jueces independientes, cuyo mutuo acuerdo se tomaba como criterio excluyente.

Con esta primera versión, el estudio piloto ha sido realizado con una muestra de sujetos con algún problema psicofisiológico y otra con sujetos considerados "normales", por no padecer ningún trastorno. Tras la aplicación fueron realizados distintos análisis estadísticos, a partir de los cuales, se hizo la selección de los *ítems* más discriminantes entre las dos muestras tomadas (psicosomática y normal).

Con este estudio, se construyó la versión definitiva del ISRA, que estaba constituida de 23 situaciones, 22 específicas y una situación abierta y, 24 respuestas, con un total de 224 *ítems*, que mostraban una potente capacidad de discriminación entre las poblaciones estudiadas. Como se observa, fueron eliminados muchos *ítems* de la primera versión (553 *ítems*), aumentando el número de casillas negras de la prueba (Miguel-Tobal, 1985).

La situación abierta del ISRA, la número 23, estaba presente desde su primera versión; sirve para que el sujeto escriba una situación especialmente significativa para él, que no esté incluida en las 22 anteriores, para la cual debe evaluar la frecuencia con que manifiesta las conductas de ansiedad recogidas en la prueba, ante dicha situación.

La versión definitiva del ISRA fue sometida a una serie de rigurosos análisis estadísticos, donde se factorizaron las puntuaciones de una amplia muestra ante cada una de las 22 situaciones (suma de las puntuaciones de todos los *ítems* correspondientes a una misma situación). En consecuencia aparecieron cuatro factores situacionales o rasgos específicos (Miguel Tobal, 1985).

El primer factor situacional, o rasgo específico de ansiedad ante situaciones que conllevan

evaluación o asunción de responsabilidades, engloba las situaciones en las que la persona desempeña alguna actividad pendiente de crítica o evaluación por parte de los demás.

El segundo factor o rasgo específico de ansiedad interpersonal, agrupa las situaciones sexuales y de interacción social, por ejemplo, ir a un encuentro concertado con alguien de otro sexo, asistir a reuniones sociales y conocer a gente nueva, etcétera.

El tercer factor, o rasgo específico ante situaciones fóbicas, agrupa las situaciones relacionadas con peligro físico para el individuo, como por ejemplo, miedo a las alturas y/o aguas profundas, espacios abiertos y/o cerrados, multitudes, etcétera.

El cuarto factor, o rasgo específico de ansiedad en situaciones habituales o de la vida cotidiana, agrupa situaciones como: por nada en concreto, a la hora de dormir y aquellas relacionadas con el trabajo y/o estudio.

4.3 PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

En este apartado revisaremos los datos psicométricos del ISRA, relacionados con su fiabilidad, validez, estructura factorial y poder de discriminación, especificando las distintas muestras utilizadas en cada estudio y sus respectivos resultados (Miguel-Tobal, 1985; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1988b, 1994).

4.3.1 PRIMERA VERSIÓN

La muestra total utilizada en la primera versión del ISRA (Miguel-Tobal, 1985) estaba compuesta de 98 sujetos, divididos en dos grupos: normales y psicósomáticos.

La muestra "normal" agrupaba 50 sujetos, con 25 hombres y 25 mujeres que no padecían ningún trastorno.

El grupo "psicósomático" estaba formado por 48 sujetos, con 25 mujeres y 23 hombres que presentaban trastornos psicofisiológicos de tipo: hipertensión, úlcera de duodeno, cefaleas frecuentes, taquicardia y asma.

La edad de la muestra oscilaba entre los 18 y 64 años, no existiendo diferencias entre los grupos relativas a las variables edad y sexo.

A todos los sujetos se les pasó una batería de pruebas psicológicas de ansiedad que estaba formada por el MAS de Taylor (1953), el STAI de Spielberger et al. (1970) y la versión preliminar del ISRA.

Los análisis estadísticos realizados a partir de estas muestras y de los tres cuestionarios utilizados, hacían referencia al cálculo de medias y desviaciones típicas, a la capacidad de discriminación y correlaciones entre cada cuestionario y al análisis factorial de respuestas del ISRA (Miguel-Tobal, 1985).

Los resultados apuntaron diferencias muy significativas entre las puntuaciones medias de los dos grupos en cada uno de los cuestionarios utilizados, presentando el MAS y el STAI un nivel de significación de $p \leq 0.0000$ y $p \leq 0.0013$ respectivamente. En relación al ISRA, la prueba total ha discriminado entre ambos grupos con una probabilidad de error inferior a 1 por 10.000; discriminando cada una de sus escalas (C, F y M) con una probabilidad de error inferior a 1 por 1.000, siendo el cuestionario fisiológico el que discrimina con una menor probabilidad de error ($p \leq 0.0000$).

Las correlaciones obtenidas fueron altamente significativas, con una probabilidad de error inferior al 1 por mil. Las correlaciones del MAS y STAI, con el ISRA fueron de 0.63 y 0.70, respectivamente, dando al ISRA un alto grado de validez, ya que los dos cuestionarios citados están avalados como pruebas de medidas de ansiedad.

El análisis factorial de las respuestas mostró claramente la existencia de tres sistemas de

respuestas (C, F y M) relativamente independientes, tal como son evaluados por cada una de las escalas del ISRA (C, F y M); apareciendo también un cuarto factor que agrupa trastornos psicofisiológicos y alta emotividad, características propias del 50% de la muestra total. El método de los componentes principales con rotación varimax, fue utilizado en dicho análisis, siendo la proporción de varianza total explicada de un 68.71% y en particular para cada factor de 31.5%, 17.62%, 12.53% y 7.40%, respectivamente.

Esta primera versión del ISRA ha revelado su gran capacidad de discriminación entre grupos, alta consistencia interna, altas correlaciones con las pruebas utilizadas y una robusta estructura factorial (Miguel -Tobal, 1985).

Con el objetivo de eliminar los ítems considerados *superfluos* o de poca capacidad de discriminación se llevan a cabo distintos análisis estadísticos para cada uno de los 553 *ítems*. Se calculó la probabilidad del coeficiente Chicuadrado (X^2); el coeficiente de Contingencia (C) y las diferencias entre medias normales y psicósomáticas (t). Para la selección de los *ítems* más potentes, fueron establecidos dos criterios: probabilidad de $X^2 \leq .05$ y coeficiente de Contingencia $\leq .29$ y probabilidad de $t \leq .05$.

Estos dos criterios fueron de igual modo utilizados en la eliminación tanto de situaciones como de respuestas poco potentes de la prueba, resultando al final un ISRA con 56 *ítems* en la escala C, 112 *ítems* en la escala F, de los cuales 2 *ítems* cumplían solamente un criterio, y la escala M con 56 *ítems*. De esta manera se facilita la valoración de la totalidad del ISRA, en la que la puntuación se obtiene sumando las tres escalas ($PT=C+F/2+M$).

4.3.2 SEGUNDA VERSIÓN DEFINITIVA

Con el objetivo de comprobar las características del ISRA, así como dotarle de una fuerte estructura psicométrica, otros análisis estadísticos fueron llevados a cabo. En ellos fueron utilizados una muestra mayor que la primera, con la inclusión de sujetos con algún trastorno psicológico, estudiantes y sujetos de la calle o de la población general.

La muestra total estaba compuesta de cinco subgrupos de 383 sujetos, con edades comprendidas entre los 16 y 64 años, de los cuales 55 eran hombres y 76 eran mujeres. El primer grupo (N) de sujetos "normales" estaba compuesto por 129 sujetos (V=53 y M=76); el segundo (P), por 131 sujetos con algún problema psicofisiológico (V=55 y M=76); el tercero (C), por 22 sujetos con algún problema psicológico (V=7 y M=15); el cuarto grupo (E), por 57 estudiantes (V=7 y M=50) y, el último y quinto grupo (L), por los 44 sujetos de la calle (V=18 y M=26).

El procedimiento fue similar al utilizado en los primer estudio, siendo aplicado por dos veces el ISRA, a las muestras E y L, con el objetivo de obtenerse la fiabilidad test-retest. El intervalo para la segunda aplicación fue de dos meses. Además se han realizado pruebas de t (diferencias entre medias) entre el grupo N y los grupos P, C, E y L (Miguel Tobal, 1985).

El ISRA total, así como sus tres escalas, han sido muy sensibles al detectar diferencias altamente significativas entre los grupos N y P, así como al comparar los grupos N y C, con una $p \leq .0000$ en ambos casos.

Al comparar el grupo N con el E, se ha encontrado que los estudiantes de psicología puntúan significativamente más alto que el grupo normal ("p" oscila entre .01 y .0000 dependiendo de la escala).

Se ha observado que las medias referentes a los grupos P y C, presentaban diferencias en todas las escalas del ISRA (C, F y M) con una P oscilante entre el .01 y .001, dependiendo de la escala.

Otro resultado importante mediante estos estudio fue respecto a la diferencia entre sexos: las mujeres han puntuado más alto que los hombres, y la diferencia se presentó más significativa en la escala cognitiva. Este hecho se ve corroborado con los resultados referentes a los demás inventarios aplicados en este estudio ($p \leq .009$ para el MAS y $p \leq 0.048$ para el STAI).

Los resultados obtenidos con estos análisis revelan una alta capacidad de discriminación del ISRA, tanto en su totalidad como a través de sus escalas (C, F y M) (Miguel-Tobal, 1985).

La consistencia interna del ISRA, entre las tres escalas y su totalidad, fue calculada a través del Coeficiente de Correlación de Pearson. Los resultados obtenidos muestran correlaciones altamente significativas en los grupos utilizados (N y P) y en todas las subescalas, encontrándose las más elevadas entre las fisiológica y motora y, las más bajas, entre las cognitiva y motora.

El método test-retest fue utilizado para hallar la fiabilidad del ISRA y de cada una de sus subescalas. Se empleó el coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones de la

primera y la segunda aplicación. Los resultados del cálculo de la fiabilidad test-retest han arrojado valores muy elevados; así para el grupo E las puntuaciones oscilaron entre .68 y .75, para el grupo L, entre .76 y .86 y finalmente los dos grupos juntos, entre .74 y .81.

El análisis factorial de las respuestas fue realizado a partir de la muestra total; el método que se ha utilizado fue el P.C.A. (Componentes Principales) con rotación DQUART (oblicua). Se han obtenido tres factores, con valor propio superior a 1, que explica el 52.4% de la varianza total: siendo el primero responsable de un 23.10%, el segundo el 21.18% y el tercero un 8.19. Los factores se denominaron: factor I o activación fisiológica, factor II o cognitivo y factor III o activación motora.

Al comparar estos resultados con los primeros, referentes a la primera versión, se observa que el cuarto factor (Trastornos psicofisiológicos y emotividad) ha desaparecido; probablemente por la modificación en la muestra estudiada anteriormente, la cual poseía un 50% de sujetos psicósomáticos (Miguel-Tobal, 1985).

Según los resultados obtenidos, los supuestos teóricos de los que parte el ISRA están sobradamente avalados, como demuestra claramente la existencia de tres sistemas de respuesta relativamente independientes, con niveles de correlación entre el factores de .60 para el I y el II, de .40 para I y el III y, de .30 para el II y el III.

En este segundo estudio se lleva a cabo el análisis factorial de las situaciones a partir de las puntuaciones de la muestra total a través del método de los componentes principales (P.C.A.)

y rotación DQUART.

Los resultados revelan la existencia de cuatro factores con valores propios superiores a 1, que explican el 51.62% de la varianza total. El primer o factor I, que implica evaluación y asunción de responsabilidad, representa un 25.07% del total, el factor II o situaciones sexuales y de interacción social es responsable de un 9.97%, el factor III o situaciones fóbicas, de un 9.03% y por último, el factor IV o situaciones habituales o de la vida cotidiana explica el 7.55% del total de la varianza. Para un mejor entendimiento de la descripción de los factores, tanto de las respuestas como de las situaciones, acudir al apartado 3.2.

Estos resultados manifiestan la existencia de cuatro áreas o rasgos específicos elicidores de la ansiedad, con una cierta independencia entre sí, que presentan correlaciones de .59 entre FI y FII, de .40 entre FI y FIII, de .41 entre FI y FIV, de .27 entre FII y FIII, de .32 entre FII y FIV y .28 entre FIII y FIV.

En consecuencia, el ISRA posee una fuerte *validez de contenido* al ser construido en base a teorías de la ansiedad recientes y contrastadas, y una alta *validez empírica*, mostrada por su capacidad de discriminación entre grupos con distintos niveles de ansiedad; lo mismo se refleja en su *validez estructural*, basada en los análisis factoriales realizados y en las correlaciones con otras pruebas (MAS, STAI) (Miguel-Tobal, 1985, 1988b).

En cuanto al cálculo de correlaciones, se han utilizado los dos grupos con mayor número de sujetos (N y P), y la muestra total. Todas las correlaciones han sido muy significativas, con un

nivel de confianza superior al 1 por mil. Sin embargo, todas las correlaciones del ISRA con las otras dos pruebas son menores que las correlaciones que presenta entre sus subescalas (C, F, M), lo que se explica al saber que estas dos pruebas evalúan el rasgo de ansiedad, lo que no es específicamente el objetivo del ISRA. Las correlaciones oscilan dependiendo de la escala (C, F, M) del ISRA, mostrando puntuaciones entre .53 y .62 en relación al MAS y, de .56 y .69 para el STAI.

Una vez comprobado que el ISRA es una prueba con un alto grado de validez, tanto en su contenido como empírica y estructuralmente (Miguel-Tobal, 1985), se llevó a cabo su tipificación con el objetivo de facilitar la tarea del clínico o investigador al comparar las puntuaciones de un sujeto con las de un grupo de referencia.

4.3.3 TERCERA EDICIÓN DEL ISRA

Pasados ocho años desde la 1ª edición del ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986), y tras el éxito alcanzado por este inventario en ámbitos profesionales y de investigación, los autores deciden ampliar las muestras tanto de la población general como de las personas que presentan patología psicofisiológica y trastornos de ansiedad, para profundizar sus características psicométricas. Además fueron construidos nuevos baremos, de cara a su tercera edición (Miguel-Tobal, 1994).

La muestra total de este estudio esta constituida por 1.209 sujetos, distribuidos en tres

grupos, de los que 635 son sujetos de la población general (N); 303 padecen algún trastorno psicofisiológico (P), y 271 son personas con algún trastorno de ansiedad (C).

Los análisis estadísticos llevados a cabo revelan, tanto para los tres sistemas de respuestas como a nivel general de ansiedad, notables diferencias entre los sujetos de la población general y los sujetos de la población psicofisiológica y clínica, observándose a la vez que las mujeres presentan altos niveles de ansiedad en relación a los hombres (Miguel-Tobal y Cano Vindel, 1994).

Con el objeto de determinar la *consistencia interna* del ISRA, se ha calculado la correlación de Pearson entre cada subescala (C, F y M) y con el Total. Las mayores correlaciones observadas se dan entre las subescalas fisiológica y el motora y, las menores entre las cognitiva y motora. Sin embargo, todas las correlaciones son altamente significativas en todos los grupos ($p \leq 0.001$).

El cálculo de la *consistencia interna* del ISRA, mediante el coeficiente "alfa", fue realizado sobre la muestra total compuesta por 1.209 sujetos. Los resultados encontrados confieren una alta consistencia interna para el Total y cada una de sus partes (C, F y M), oscilando entre 0.95 y 0.99. Estos resultados atribuyen al ISRA una alta fiabilidad, entendida tanto desde el punto de vista de su estabilidad (test-retest) (Miguel-Tobal, 1985), como desde la perspectiva de su consistencia interna (coeficiente alfa) (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994).

En el nuevo análisis factorial de las 24 respuestas de ansiedad que incluye el ISRA fue realizado a partir de las puntuaciones de todos los sujetos que componen la muestra ampliada.

revelando tres factores que explican el 64.7% de la varianza total. Mediante este análisis se constata que los tres factores encontrados en el estudio anterior (Fisiológico, Cognitivo y Motor) (Miguel-Tobal, 1985) se mantienen y que, además, su capacidad explicativa de la varianza total aumenta en más de 12 puntos porcentuales (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994). Por lo tanto, estos resultados confirman la estructura obtenida originalmente y, en este caso, de forma fortalecida, diferenciándose los tres sistemas de respuesta.

Para el análisis factorial de las situaciones, también se encuentran cuatro factores que coinciden con los originales (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1988a) explicando el 67.9% de la varianza total, lo que la incrementa en 16 puntos porcentuales (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994). Estos factores o dimensiones de rasgo guardan una relación de contenido bastante parecida a los factores encontrados por Endler y colaboradores (Endler et al., 1962; Endler y Okada, 1975), constatándose la existencia de perfiles individuales específicos para cada persona en relación al tipo de situaciones competentes para provocar ansiedad en los diferentes individuos (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994).

4.4 INVESTIGACIÓN BÁSICA

En 1985, Cano-Vindel hace una revisión de los tipos de autoinformes utilizados en la evaluación conductual de la ansiedad y su utilización frente a otros métodos. En ella, analiza las características generales de los autoinformes centrándose posteriormente en el estudio de tres tipos distintos de inventarios, con especial atención en la estabilidad de la evaluación de respuestas concretas de ansiedad ante situaciones específicas.

Los objetivos propuestos en dicha investigación fueron:

1. El análisis de qué evaluación resulta más fiable: la evaluación de respuestas generales que se manifiestan en las personas, mediante inventarios de respuestas, la evaluación de una conducta global de ansiedad ante distintas situaciones a través de los inventarios de situaciones, o la evaluación de cada respuesta ante una situación descrita verbalmente, utilizándose para esto los inventarios de tipo interactivo S-R.

2. La indagación de si la evaluación que el sujeto hace de una serie de respuestas de ansiedad en cada situación, es específica para esa situación.

Para realizar esta investigación, se realizaron dos experimentos utilizando distintos tipos de cuestionarios elaborados a partir de los *ítems* del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) que aún se encontraba en prensa (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986).

En el *primer* experimento se pone a prueba la hipótesis de que la inclusión de situaciones y respuestas en los inventarios mejora su calidad respecto a los que sólo evalúan situaciones o respuestas.

Para este experimento se utilizan el Inventario de Respuestas de Ansiedad (IRA), el Inventario de Situaciones de Ansiedad (ISA) y el Inventario Interactivo de Ansiedad (IIA). Se emplearán dos grupos de estudiantes de la Universidad Complutense de Madrid (UCM); uno formado por 68 sujetos y el otro por 83, que sumaban una muestra total de 151 sujetos, de la cual un 80% eran mujeres.

Respecto al *segundo* experimento, la estabilidad de estimación de la ansiedad experimentada por los sujetos en una situación dada, es puesta a prueba manipulándose experimentalmente el grado de ansiedad de las situaciones evaluadas.

La muestra total utilizada en este segundo experimento fue de 222 estudiantes (UCM), distribuidos aleatoriamente en tres grupos, existiendo también una proporción de un 80% de mujeres. Los tres grupos cumplimentaban inicialmente el IIA y, a continuación eran reorganizados de modo que no hubiera diferencias entre ellos en cuanto a la puntuación obtenida en este inventario.

En una fase posterior, el primer grupo era evaluado a través del IIA-AB, forma del Inventario Interactivo de Ansiedad (IIA), que distribuía las situaciones ansiógenas en el siguiente orden: primero, las situaciones ansiógenas; luego, la situación media, y finalmente, las situaciones

menos ansiosas. El segundo grupo era evaluado por la forma invertida del IIA, es decir, por el IIA-BA, que organizaba las situaciones ansiógenas de menor a mayor intensidad. Y, finalmente, el tercer grupo era evaluado por el IIA en su forma original. Todos los grupos de este segundo experimento estimaban la frecuencia con que se producían en ellos una serie de respuestas de ansiedad cuando se encontraban en la situación "test" en ambas fases del experimento.

Los resultados obtenidos en el *primer* experimento arrojan correlaciones de Pearson entre el Test y el Restest de 0.80 para el IIA, de 0.79 para el IRA y de 0.66 para el ISA. Al interpretar dichas correlaciones el autor no puede afirmar que sea más fiable el inventario interactivo (IIA) que el inventario de respuestas (IRA). Sin embargo, el inventario de situaciones (ISA) presenta una fiabilidad menor que el inventario interactivo (IIA) y el inventario de respuestas (IRA). Estos resultados apoyan la especificidad de este tipo de evaluación, ya que la fiabilidad del inventario interactivo ha sido muy aceptable y no superada por las de los otros dos tipos de inventarios (Cano-Vindel, 1985).

En el *segundo* estudio, tras la realización de un análisis de varianza 3x2 (grupo por sexo) sobre las puntuaciones en el IIA (medida pre), los resultados han mostrado la no influencia del factor grupo ($F= 0.06, p \leq 0.9460$). No obstante, el factor sexo se presenta como influyente ($F= 6.75, p \leq 0.01$), no siendo significativo el efecto de la interacción. Otro análisis de varianza sobre las puntuaciones de la misma situación (situación test) durante la fase "post", presenta como significativa la influencia del factor grupo ($F= 5.19, p \leq 0.0063$) y la del sexo ($F= 12.84, p \leq 0.0004$) pero no su interacción ($F= 0.22, p \leq 0.8033$).

El análisis de estos resultados apoya la especificidad de la evaluación mediante autoinforme de respuestas de ansiedad sobre una situación descrita verbalmente, aunque no se da el efecto de halo entre las situaciones, al menos, en la cantidad suficiente para que su influencia resulte significativa sobre la evaluación que el sujeto hace de una situación específica (Cano-Vindel, 1985).

En un estudio posterior (Cano-Vindel, 1989), la hipótesis de la congruencia del modelo interactivo multidimensional de la ansiedad es puesta a prueba. En él se plantea la hipótesis de que sobre el estado de ansiedad se producirá una interacción significativa entre el rasgo específico (ansiedad de evaluación y ansiedad interpersonal) y el tipo de situación (hablar en público y estar a solas con una persona del otro sexo). Es decir, se espera que los individuos con mayor ansiedad de evaluación y menor ansiedad interpersonal muestren un mayor grado de ansiedad en las situaciones de evaluación mientras, aquellos individuos con menor ansiedad de evaluación y mayor ansiedad interpersonal mostrarán un mayor nivel de ansiedad en situaciones interpersonales.

A partir del ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986) se hizo la selección de los rasgos específicos y de las situaciones disparadoras de la ansiedad. Para la realización de dicho estudio fue necesario la utilización de una muestra compatible con las características de la hipótesis planteada. En este sentido, el autor parte de una muestra inicial de 170 sujetos, para después, seleccionar aquellos que cumpliesen los siguientes criterios:

1. Sujetos que presentasen a la vez un centil igual o superior a 50 en ansiedad de evaluación y un centil inferior a 50 en ansiedad interpersonal.

2. Sujetos con rasgos opuestos, es decir, con un centil igual o superior a 50 en el rasgo de ansiedad interpersonal y un centil inferior a 50 en ansiedad de evaluación.

Con los sujetos seleccionados se formaron dos grupos.

El primero, con once sujetos, dos hombres y nueve mujeres, que presentaron una puntuación media de 93.46 en el rasgo específico de evaluación y una media de 12.46 para el rasgo específico de ansiedad interpersonal.

El segundo, estaba constituido por 13 mujeres con una puntuación media de 70 en el rasgo de ansiedad interpersonal, y de 25.39 en el rasgo de ansiedad de evaluación.

Las edades para los dos grupos estaban comprendidas entre los 18 y 20 años.

Tras el proceso de selección de los sujetos, los dos grupos pasaron por las dos situaciones experimentales. Primero, la situación de hablar en público; segundo, la situación con una persona del otro sexo. Dichas situaciones fueron diseñadas con el máximo grado de realidad para lograr un aumento de ansiedad en los sujetos.

La información obtenida en ambas situaciones fue de ansiedad estado anterior y posterior a la situación experimental, así como el nivel de preocupación al finalizar la situación y el grado de credibilidad con que el sujeto había vivido la situación.

Con el objeto de recabar dicha información se construyó, a partir de los ítems del ISRA, el Cuestionario de Estado de Ansiedad (CEA), utilizándose además una medida de autoinforme verbal (escala de 0 a 100) sobre el nivel de preocupación y credibilidad generados por las situaciones.

Los hallazgos más significativos de dicho estudio fueron los siguientes (Cano-Vindel, 1989):

1. Los tratamientos experimentales han sido efectivos en la inducción de ansiedad.
2. La interacción rasgo específico por situación se presentaba como significativa ($p \leq 0.02$) sobre el estado de ansiedad antes de la fase experimental; los sujetos de rasgo congruente con la situación presentaban más ansiedad en dicha situación que aquellos de rasgo no congruente.
3. Las puntuaciones de ansiedad postratamiento, reflejan una interacción significativa rasgo específico por situación ($p \leq 0.05$), lo que corrobora la hipótesis de la congruencia.
4. Las puntuaciones obtenidas tanto en la fase pre como en la fase post, sobre el estados de ansiedad apoyan más la interacción rasgo por situación que las características del grupo (p.e. rasgo específico de evaluación alto) o las características de la situación (p.e. hablar en público) por sí solas.

Estos resultados confirman la hipótesis de la congruencia desarrollada a partir del modelo interactivo de la ansiedad propuesto por Endler (1981); sin embargo, el autor matiza que las situaciones suficientemente intensas pueden disparar los niveles de ansiedad en las personas, independientemente de sus rasgos específicos.

En definitiva, los resultados de este estudio refuerzan el concepto de la multidimensionalidad del rasgo de ansiedad y, a su vez, confirman la validez del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) responsable en la operativización de los rasgos específicos estudiados (Cano-Vindel, 1989).

4.5 CARACTERÍSTICAS DEL ISRA

El ISRA cuenta indudablemente con una potente validez de contenido que viene apoyada por las más recientes y contrastadas teorías de la ansiedad; posee una alta validez empírica demostrada a la hora de discriminar grupos con distintos niveles de ansiedad, y una fuerte validez estructural, ya que en su totalidad como en cada una de sus escalas, se ha mostrado como un instrumento con gran capacidad de discriminación, apoyando de manera consistente los presupuestos teóricos que le sirven de base.

Frente a otros inventarios S-R, el ISRA está dotado de algunas ventajas como las siguientes (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986, 1988b, 1994):

1. Cuenta con una amplia gama de situaciones disparadoras de ansiedad.
2. Posee una "situación abierta" que posibilita al sujeto la oportunidad de añadir una situación especialmente conflictiva para él y no catalogada entre las anteriores.
3. La taxonomía de situaciones está relacionada con el ambiente natural del sujeto que contesta a la prueba y sólo son potencialmente ansiógenas, evitándose situaciones extremas donde la respuesta de ansiedad sería habitual, como por ejemplo, "está escalando un elevado saliente en el alto de una montaña" (Endler et al, 1962) etc..
4. Las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad son muy variadas y representativas.
5. Posibilita la obtención de diferentes perfiles de ansiedad (cognitivo, fisiológico y motor) para cada situación, según lo propuesto por Kazdin (1979) con respecto a la "especificidad

situacional".

Sin embargo, el ISRA presenta algunas limitaciones que están relacionadas principalmente con su aplicación a sujetos con alteraciones psicóticas o a personas con bajo nivel cultural, pues requiere un cierto grado de discriminación que en la mayoría de los casos es muy escasa en este tipo de población.

5. ÁREAS DE APLICACIÓN E INVESTIGACIONES CON EL ISRA

5. ÁREAS DE APLICACIÓN E INVESTIGACIONES CON EL ISRA

Desde su publicación inicial en España, en 1986, el ISRA viene siendo utilizado en las diversas áreas aplicadas a la Psicología que pretenden evaluar la ansiedad en su vertiente multidimensional. Este hecho se justifica por ser una prueba de validez comprobada e idónea para desempeñar la función a que se propone. Asimismo, sus características permiten aplicarlo en campos diversos de investigación que proporcionan datos referidos al estudio de la ansiedad, sobre la base de su alto poder discriminante entre grupos dotados de mínimas variaciones.

5.1 ÁREAS DE APLICACIÓN

La especificidad del ISRA y la capacidad para abarcar un amplio abanico de situaciones relativas a la ansiedad, posibilita que la prueba tenga una amplia aplicación en diversos campos de la patología clínica, tanto referidos al diagnóstico como al tratamiento. En relación al primero, el ISRA confiere medidas de respuestas de ansiedad ante situaciones concretas, lo que permite la obtención de perfiles específicos de respuesta entendidos como la forma de reacción característico de cada sujeto.

En el ámbito educativo, además de permitir una evaluación precisa y amplia de la ansiedad, proporciona un estudio muy riguroso de las relaciones entre ansiedad y rendimiento, fracaso escolar, ansiedad entre los exámenes, ansiedad en el profesorado, etc.

En el ámbito laboral esta indicada la aplicación del ISRA principalmente cuando se quiera seleccionar personal con características especiales ajustadas a la demanda de las necesidades del trabajo y, cuando se desea comprobar el efecto de determinadas tareas sobre el individuo o poblaciones específicas.

En la investigación hace asequible la elaboración y puesta a prueba de nuevas hipótesis en la realización de diversos trabajos, tanto desde un enfoque conductual como interactivo, facilitando la tarea de seleccionar grupos en función del sistema de respuesta más reactivo (C, F y M) y de los rasgos específicos de ansiedad (evaluación, interpersonal, fóbico y cotidiano) de los sujetos.

Ello permite su aplicación a campos diversos, especificados en la tabla V-I.

Todas las áreas abordadas por el ISRA se benefician de una alta capacidad discriminante entre grupos de población relativamente amplios, valorando las influencias de la ansiedad sobre el sistema de respuesta más reactivo (cognitivo, fisiológico y motor), sobre el que se puede actuar mediante técnicas cognitivas (p.e. autoinstrucciones, reestructuración cognitiva, inoculación al estrés, etc.) si existe una predominancia del sistema cognitivo, o mediante otras técnicas (p.e. relajación, desensibilización sistemática, desvanecimiento, etc.) cuando la reactividad actúe a nivel más fisiológico, o con técnicas de entrenamiento en habilidades sociales, práctica reforzada, etc. cuando dicha reactividad es más aguda en el sistema motor.

Tabla V-I: Áreas de aplicación del ISRA.

CLÍNICA	Diagnóstico	Análisis funcional de la conducta
	Tratamiento	Guía de técnicas a emplear
		Predictor del éxito o fracaso
ESCOLAR	Rendimiento y fracaso escolar	
	Ansiedad ante los exámenes	
	Ansiedad en el profesorado	
LABORAL	Selección de personal ajustada al puesto de trabajo	
	Influencia del trabajo sobre el individuo o grupo de individuos	
INVESTIGACIÓN	Elaboración de trabajos de corte cognitivo-conductual	
	Selección de grupos en función del sistema de respuesta (Variable independiente)	Cognitivo
		Fisiológico
		Motor
	Selección de grupos en función de las áreas situacionales o rasgos específicos (Variable Independiente)	Evaluación
		Interpersonal
		Fóbica
Cotidiana		

5.2 INVESTIGACIONES CON EL ISRA

En los últimos años el ISRA viene siendo utilizado como instrumento en la evaluación de la ansiedad en diferentes estudios debido a su potente capacidad de discriminación entre distintas poblaciones y patologías.

A este respecto, se ha trabajado con una amplio abanico de poblaciones clínicas, entre ellas hipertensión y otros trastornos psicofisiológicos (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1990, 1991; Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1990), cefaleas (Martínez-Sánchez, Sánchez Hernández, Muela Martínez y Moreno Gil, 1993), hipertensión y úlcera péptica (Casado, 1994; Miguel-Tobal y Casado, 1994; Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado, y Escalona 1994; Amorim-Gaudêncio, Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1997), dermatosis (Amorim-Gaudêncio, Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1996; Amorim-Gaudêncio, Roustan y Cano-Vindel, 1996; Amorim-Gaudêncio y Roustan 1997), síndrome pre menstrual (Pérez-Pareja, 1991; Pérez-Pareja y Borrás, 1992; Pérez-Pareja, Borrás y Palmer, 1994; Borrás, Pérez-Pareja y Palmer, 1993, 1994), diversos trastornos de ansiedad, como agorafobia, fobias simples, fobia social y ansiedad generalizada (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1990, 1992), mostrando en todos los casos una alta capacidad de discriminación (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994).

Uno de los puntos en el que el test se ha mostrado más útil ha sido en la discriminación entre los síndromes de ansiedad y depresión, mediante la adecuada evaluación de los rasgos específicos de la primera, permitiendo que la depresión aparezca en los análisis factoriales como un constructo relativamente independiente y discernible de la ansiedad (Sanz, 1991).

En el ámbito clínico, puede ser de utilidad en la valoración de la eficacia del tratamiento, una vez que se presenta como altamente sensible en la detección de los cambios entre evaluación pre y postratamiento. Como ejemplo de ello, se señalan resultados obtenidos con muestras tan impares como jóvenes delincuentes (Ortiz Bascuñada, 1992), pacientes con trastornos de ansiedad (Cáceres, Arrarás, Jusué y Zubizarreta, 1996), pacientes hipertensos (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1993), escolares con ansiedad ante los exámenes (Escalona y Miguel-Tobal, 1993, 1996) o ATS con altos niveles de estrés en el ámbito hospitalario (Merín, Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1995a, 1995b).

Del mismo modo, la obtención del perfil de reactividad permite la selección del tratamiento más adecuado a las características individuales, favoreciendo una valoración exhaustiva y específica de cada caso en particular, al resaltar las áreas o rasgos situacionales en las que debe centrarse el tratamiento (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1989; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1989; Miguel-Tobal, 1990; Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1990, Espada, García, Cano-Vindel, Ochoa y Uncal 1992; Espada, Torres, Cano-Vindel y Ochoa, 1994; Espada, 1995; Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 1997).

A continuación vamos a comentar a modo de resumen algunas de las investigaciones llevadas a cabo con el ISRA en las diversas áreas aplicadas

5.2.1 ÁMBITO CLÍNICO

5.2.1.1 TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los estudios comprendidos al abordar los trastornos de ansiedad se han basado en la búsqueda de los perfiles diferenciales de respuesta sobre la base de la existencia de ciertas características específicas de los trastornos estudiados, como serían la ansiedad fóbica, conductas de escape y evitación, en la angustia con agorafobia así como, una ausencia de claridad de los estímulos incitadores de la ansiedad y conductas de evitación, en el trastorno de ansiedad generalizada (Espada, Torres, Cano-Vindel y Ochoa, 1994). Un propósito más amplio y complementario es emprendido por el primer autor (Espada, 1995) al realizar un análisis de los perfiles diferenciales de ansiedad mediante diversas pruebas, en un intento por validar la capacidad discriminante del ISRA para detectar los perfiles característicos de la ansiedad en los tres sistemas de respuesta y los rasgos específicos de los distintos trastornos de ansiedad y el trastorno depresivo mayor, al tiempo que se estudiaban las diferencias entre ellos, en función de los instrumentos específicos empleados para su evaluación.

Para ello, el trabajo citado empleaba una amplia batería de tests psicológicos tales como el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986, 1988b, 1994), Inventario para la Depresión de Beck (BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), Inventario de Movilidad Social para la Agorafobia (MI; Chambless, Caputo, Jasin, Gracely y Williams, 1985) y la Escala Abreviada de Temor a la Evaluación Negativa (B-FNE; Leary, 1983), si bien con vistas a nuestro propósito nos reduciremos sólo a los resultados obtenidos mediante

el ISRA.

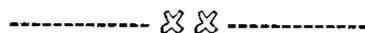
Las conclusiones de la investigación de Espada (1995) confirman la multidimensionalidad de la ansiedad, de acuerdo con otros autores (Lacey, 1967; Vanderwolf y Robinson, 1981; Vila, 1985), encontrando diferencias en cuanto a los sistemas de respuestas entre la ansiedad generalizada y el pánico con agorafobia, aún con similar nivel general de ansiedad. También se confirma los supuestos teóricos interactivos previos (Endler y Magnusson, 1976a, 1976b; Endler, 1978; Breen, Prociuk, Endler y Okada, 1978; Flood y Endler, 1980).

Al aplicar el ISRA a los trastornos de fobia social, los resultados obtenidos fueron congruentes y confirmaron la definición ofrecida por la OMS (CIE-10, 1992, 1993) y por la APA (DSM-III-R, 1987) al caracterizar este trastorno por la presencia de respuestas de ansiedad ante situaciones de evaluación y, sobre todo, en momentos de interacción social. Precisamente la evaluación por parte del ISRA de dichas "situaciones de interacción social", permite obtener diferencias significativas entre la fobia social y los trastornos de ansiedad generalizada y pánico con agorafobia.

El uso del ISRA ha permitido demostrar que si bien los individuos diagnosticados de fobia simple ante situaciones de carácter fóbico, tal como señalan Taylor y Arnow (1988), reaccionan a nivel fisiológico con elevaciones similares a los sujetos con otros trastornos de ansiedad, al ser comparados con los controles difieren en la ansiedad que presentan ante dichos estímulos fóbicos, en los tres sistemas de respuesta, así como en el rasgo específico de situaciones habituales o cotidianas, en contra del pensamiento de Barlow (1988).

La citada tesis confirma la existencia de una reactividad cognitiva en el caso de los trastornos depresivo mayor y pánico con agorafobia, de acuerdo con publicaciones previas (Emmelkamp, 1982; Abramson, Metalsky y Alloy; 1989), mientras que detecta diferencias en el nivel de situaciones fóbicas, con respecto al trastorno de pánico con agorafobia, y destaca la mayor reactividad cognitiva del trastorno depresivo mayor frente a la ansiedad generalizada.

De esta forma, en la tesis de Espada (1995) el ISRA aparece como un instrumento de alta sensibilidad a la hora de detectar diferencias entre diversos grupos de sujetos ansiosos, así como para ser utilizado de forma complementaria con otros test específicos, aumentando su capacidad de diagnóstico.



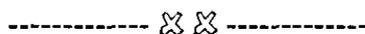
Al objeto de resolver problemas metodológicos derivados de la comparación de grupos entre sí, Miguel-Tobal y Cano-Vindel (1995) han aplicado el ISRA a un grupo de 237 sujetos en el que se incluían trastornos como fobia simple, agorafobia, ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo y un grupo control, intentando estudiar las diferencias entre dichos trastornos y entre cada sexo, mediante estudios estadísticos paramétricos y no paramétricos.

Los resultados obtenidos de su investigación permitieron detectar la existencia de una respuesta concordante sin diferencias significativas intragrupo en los tres sistemas de respuesta, sin que existiera un perfil característico ni en los sujetos con trastornos de ansiedad ni en la población general, con independencia del sexo.

Así mismo, se concluyó que si bien la concordancia entre los sistemas de respuesta era una característica individual y no de grupo, en cuanto a los rasgos específicos o áreas situacionales, existían perfiles discordantes relacionados con el sexo y, sobre todo, con diferencias a nivel de situaciones interpersonales o sexuales.

Adicionalmente, el estudio citado (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1995) indica que el patrón de diferencias intergrupo de las mujeres a nivel general, es similar al de los hombres, siendo similares los grupos control y de fobia simple, mientras que los niveles de los restantes estaban elevados, sobre todo en la agorafobia y fobia social en que dicho aumento era estadísticamente significativo. Asimismo, señala que las diferencias entre los trastornos están relacionadas con el grado de significación clínica que suelen presentar dichos trastornos.

Este estudio viene a confirmar la fiabilidad y validez de las investigaciones hechas con el ISRA, al coincidir con los perfiles estudiados con similar metodología pero en muestras más reducidas (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1992, 1993; Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1993, 1994), así como en muestras independientes (Espada et al., 1992; Espada, et al., 1994).



Recientemente se detecta un aumento en la aplicación de tratamientos combinados, es decir, la utilización conjunta de fármacos y técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento de los distintos trastornos de ansiedad. Este hecho es una realidad en nuestros días, ya que se sabe que los problemas de ansiedad están presentes en aproximadamente un 20% de todas las personas

que acuden a un Centro de Atención Primaria y que de éstos, un 15% cumplen los criterios de algún trastorno de ansiedad (Goldberg y Huxley, 1991). Todo esto, lleva a que, tanto el personal de asistencia primaria como el personal del área de salud mental, así como en muchas ocasiones, los propios pacientes, soliciten cada vez más la terapia combinada en un intento por evitar la posterior dependencia a los fármacos ansiolíticos, y por adquirir estrategias de afrontamiento psicológicas para combatir dichos problemas.

Pensando en la posibilidad de comparar la eficacia de diferentes tipos de tratamiento - cognitivo-conductual, farmacológico o mixto (farmacológico y cognitivo-conductual), Cáceres et al (1996) llevan a cabo una investigación meticulosa con una muestra de 65 pacientes con problemas de ansiedad que acudieron a un centro de salud. Estos pacientes fueron aleatoriamente divididos en cuatro grupos, y a cada grupo le correspondía una forma de tratamiento (expuestos anteriormente), a excepción de un grupo control definido como lista de espera, al cual no fue asignado ningún tratamiento. A todos los pacientes fueron aplicados cuestionarios de ansiedad - ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1988b); Hamilton (Hamilton, 1959) y California (Conde y Franch, 1984), y registros psicofisiológicos - presión arterial, tasa cardíaca, actividad electrodérmica -, tanto en reposo como tras confrontar diferentes situaciones estresantes, antes y después de cada programa de tratamiento.

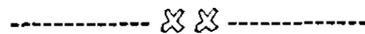
Los resultados de dicho estudio apuntan a los tres tipos de tratamiento como eficaces; sin embargo, se señalan que cada tratamiento ha contribuido a la eficacia de manera diferente: el farmacológico redujo los niveles basales, pero no la reactividad ante estresores externos; el cognitivo-conductual disminuyó la reactividad a situaciones estresantes; el mixto mejoró la

impresión subjetiva del paciente, no mostrando diferencias en cuanto a los niveles basales ni a la reactividad ante situaciones estresantes, y, por último, el grupo definido como lista de espera no presentó ninguna mejoría y, al contrario, sufrió un aumento de la reactividad ante situaciones estresantes.

Una de las conclusiones más significativas de dicha investigación se refiere a que se hace necesario el tratamiento de los problemas de ansiedad, no siendo suficiente para su mejoría el simple paso del tiempo y que, por el contrario, muchas veces se produce un agravamiento de dichos problemas al no ser tratados, aun cuando se trate de trastornos reactivos. Aunque, se ha señalado la eficacia de todos los tratamientos utilizados, se recomienda que los pacientes aprendan afrontar la situación temida, real o vicariamente, sin que se apoyen en el efecto protector del fármaco, dado que éste no permite la habituación de las respuestas psicofisiológicas al confrontar el estímulo temido, y que se preste atención al estilo atribucional del paciente respecto a las ganancias terapéuticas.

Respecto al estudio correlacional de los instrumentos de evaluación realizado y, en particular, a las correlaciones medias de 0.44 encontradas entre el ISRA y la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton, quisiéramos puntualizar que dichos resultados no serían una sorpresa, dado que dichos instrumentos aunque pretendan medir un mismo constructo, son pruebas de ansiedad construidas bajo diferentes criterios. Siendo el Hamilton una prueba que evalúa únicamente el nivel general de ansiedad; el ISRA no busca sólo ese objetivo, contando con un fuerte soporte empírico y una indudable capacidad para valorar los cambios a lo largo del proceso terapéutico, como demuestra el estudio expuesto. Por otro lado, estos dos instrumentos usan una

metodología diferente: el ISRA es un inventario, mientras que la escala de Hamilton no lo es; el inventario es un autoinforme y la escala de Hamilton es una mezcla entre autoinforme y escala de observación. Cuando se trata de dos inventarios, las correlaciones encontradas son mayores como las encontradas entre el ISRA y el STAI-R (0.61) y, entre el ISRA y el MAS (0.63).



En otro estudio, con el fin de contrastar las hipótesis planteadas por Rachman respecto a la adquisición del miedo, Rodríguez Saavedra y Cano-Vindel, 1995, aplican el ISRA-Estado a un grupo de fóbicos dentales a los que los criterios de selección de la DSM-III-R fueron aplicados y, posteriormente, divididos en dos grupos: condicionamiento clásico y condicionamiento indirecto.

La distinción entre los mecanismos de adquisición del miedo y las consecuentes respuestas de ansiedad han sido estudiadas por Rachman (1978a) quien defiende que, si el miedo se adquiere por condicionamiento directo; las respuestas de ansiedad inducidas serán, predominantemente, fisiológicas y motoras, en contra que predominarán las respuestas ansiosas de tipo subjetivo, si la adquisición fue por condicionamiento indirecto.

Dado a los objetivos propuestos para la investigación, los autores han diseñado el denominado Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad-Estado, construido a partir de las respuestas de ansiedad del ISRA original (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986, 1988b, 1994).

El ISRA-Estado consta de 18 ítems que valoran la intensidad de la respuesta de ansiedad del individuo en cada modalidad de respuesta (C, F y M) en la situación puntual en que se le evalúa. Esta versión reducida fue aplicada al antes citado grupo de fóbicos dentales junto al cuestionario sobre "Modo de Adquisición de Fobia" desarrollado por los autores para dicho estudio y que permitía su inclusión en los grupos de condicionamiento clásico o condicionamiento indirecto.

El resultado más destacado de la investigación fue que a mayor experiencia indirecta existía una menor reactividad fisiológica, lo que apoyaba las ideas previas de Rachman (1978) y coincidían con los resultados de Öst y Hugdahl (1981, 1983, 1985) relativos a la fobia a animales, en las que el aprendizaje directo induce una respuesta fisiológica en lugar de cogniciones negativas (Rodríguez Saavedra y Cano-Vindel, 1995).

A modo de conclusión de este apartado relativo a las investigaciones sobre los trastornos de ansiedad, queremos señalar que en todos los casos, el ISRA se ha mostrado como instrumento altamente fiable a la hora de evaluar los diferentes trastornos de ansiedad, evidenciando los distintos patrones de respuesta o modo de reacción de los sujetos, y al comparar la eficacia de diferentes tipos de tratamiento; también se ha revelado útil al contrastar hipótesis relacionadas con el modo de adquisición de la fobia.

5.2.1.2 TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

Uno de los aspectos más interesantes en cuanto a la respuesta fisiológica del cuerpo humano es la interacción que determinadas situaciones o circunstancias mentales pueden efectuar sobre él, justificando la existencia de un amplio campo recogido por la medicina psicosomática y aceptado universalmente en la actualidad. El problema reside en el desconocimiento existente sobre las estructuras nerviosas responsables de la modificación de la respuesta en base a estímulos de orden psíquico, así como la forma de elaboración de dichas respuestas. La ansiedad se ha demostrado como un constructo de importante influencia sobre la respuesta de variados sistemas orgánicos o través de relaciones complejas (Weissman, 1985) ante las que no hay una exacta delimitación ante las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras.

Si la ansiedad es un fenómeno multidimensional que actúa presumiblemente a diversos niveles dentro del mecanismo nervioso inductor de respuestas orgánicas (eje tálamo-hipotálamo), se hace imprescindible intentar delimitar y definir las diferencias existentes entre los sujetos normales y psicosomáticos en el patrón cognitivo, fisiológico y motor de respuestas ante diferentes estímulos ansiógenos.

Para ello Cano-Vindel y Miguel-Tobal (1990) aplicaron el ISRA a una muestra de 252 sujetos en la que el grupo clínico (N=124) estaba constituido por personas que padecían diversos trastornos psicofisiológicos (hipertensión arterial crónica, cefaleas, arritmias, asma, úlcera gastroduodenal, etc.). En comparación con el grupo control (N=128), los sujetos afectados de patología psicosomática mostraron niveles significativamente más altos en los tres sistemas de

respuestas y en cada uno de los cuatro tipos de situaciones exploradas (evaluación, interpersonal, fóbica y de la vida cotidiana). El estudio concluye definiendo una mayor reactividad de los sistemas fisiológico y cognitivo sobre la reactividad de tipo motor en los pacientes psicósomáticos en comparación con los sujetos pertenecientes al grupo control (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1990).

El ISRA se manifiesta aquí como un instrumento capaz de detectar la existencia de variables claramente definidas y útiles para diferenciar entre criterios psicopatológicos y de normalidad, de gran utilidad para el diagnóstico y posterior tratamiento de personas afectas de trastornos del alta frecuencia de presentación.

----- ✕ ✕ -----

Otro aspecto diferente al expresado, sería la influencia que determinados cambios físicos que ocurren en el organismo, producen sobre el estado anímico. Mientras que en la patología psicósomática, los cambios psíquicos influyen en la respuesta orgánica, en el trabajo de Pérez Pareja, Borrás Sansaloni y Palmer (1994) se estudió la acción moduladora del comportamiento del ciclo menstrual femenino. Mientras que la sensación de bienestar se asocia a la fase de la ovulación, los momentos perimenstruales, sobre todo premenstruales, han sido descritos como propios de reacciones negativas (ansiedad, tensión, irritabilidad, depresión e, incluso, agresividad, ira y tendencia a suicidio) (Reid, 1985) aun cuando no existen explicaciones concluyentes relativas a la severidad de su sintomatología (Walker, 1992). Parece existir una relación entre la respuesta general de ansiedad y la presencia de cambios premenstruales negativas, sean de tipo emocional

o físico (Borrás et al., 1993).

Pérez Pareja et al. (1994) analizan las modificaciones aparecidas en la respuesta de ansiedad a lo largo de las distintas fases del ciclo menstrual mediante la aplicación del ISRA a un grupo de 79 mujeres buscando obtener puntuaciones relativas al nivel general de ansiedad en función de los tres sistemas de respuestas (C, F y M) y en las situaciones que las generan (FI, FII, FIII y FIV), independientemente del ciclo ovárico. Para valorar las respuestas de ansiedad en función de las fases del ciclo, aplicaron el ISRA estado, elaborado a partir de las respuestas del ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1988).

Los resultados de la investigación demostraron que aunque habían diferencias significativas entre las medias obtenidas en las distintas fases del ciclo ovárico, el análisis de varianza múltiple sólo las identificó entre la fase menstrual y postmenstrual, lo que confirma la idea de Clare (1985) de que las modificaciones premenstruales y menstruales habitualmente se solapan, al contrario del pensamiento de Dalton (1964) que creía que la severidad de la dismenorrea era inversamente proporcional a la intensidad de los síntomas.

La conclusión fundamental del trabajo de Pérez Pareja et al. (1994) sería que los cambios en la respuesta de ansiedad encontrados a lo largo del ciclo no dependerían de las variaciones de las concentraciones hormonales sino de factores dependientes de la respuesta general de ansiedad, lo que corrobora investigaciones previas del grupo (Pérez Pareja, Palmer Pol y Borrás Sansaloni, 1992; Borrás Sansaloni, Pérez Pareja y Palmer Pol, 1993, 1994 y de otros investigadores (Mohán y Chopra, 1986, 1987).

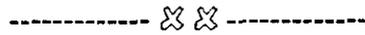
Este ejemplo es demostrativo de la capacidad prospectiva del ISRA para delimitar el origen de las manifestaciones clínicas en determinados trastornos con alta correlación en su origen, de las que los cambios psíquicos del ciclo femenino son un ejemplo privilegiado.

----- ✂ ✂ -----

La *cefalea* es otra entidad clínica de alto índice de presentación en la población general que tan sólo en un 10% corresponde a causas orgánicas, mientras que el 90% restante corresponde al grupo de las denominadas migrañas o jaquecas de predominancia femenino y familiar, influida por factores como estado atmosférico, comidas, estado emocional, enfermedades intercurrentes, etc.

Tal diversidad de factores que influyen en la aparición de la crisis de jaqueca, obligó a plantear un estudio sobre los determinantes situacionales y las respuestas cognitiva, fisiológica y motora de la ansiedad. Para ello Martínez Sánchez et al (1993) emplearon el ISRA a 94 personas afectas de cefaleas funcionales crónicas a las que compararon con 44 personas asintomáticas, previa cuantificación de los parámetros de la cefalea (intensidad, frecuencia, duración y grado de trastorno causado por el dolor) mediante un cuestionario específico. Los resultados demostraron diferencias significativas entre el grupo clínico y control tanto en las respuestas de ansiedad como ante distintas situaciones específicas, sobre todo en las de tipo fisiológico. Los autores presentaron a la variable frecuencia de la cefalea como la de mayor capacidad predictiva para los resultados del ISRA, si bien, en nuestra opinión los altos niveles de ansiedad presentados por los sujetos con cefalea serían mejor entendidos como predictivos para la alta frecuencia, intensidad y duración del

trastorno.

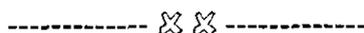


Otro ejemplo de trastorno interesante para un análisis detallado de sus implicaciones clínicas serían las *dermatosis crónicas*. La piel, como órgano externo, juega un papel importante en las relaciones interpersonales. Las manifestaciones de las dermatosis resultan tan visibles que conllevan un impacto psicológico que disminuye la autoestima, facilitando la aparición de ideas irracionales y conductas inadaptadas que deterioran la calidad de vida de las personas afectadas. Al tiempo, el carácter crónico de estas enfermedades y la dificultad de establecer su etiología, hacen de estos pacientes candidatos "ad hoc" para sufrir altos niveles de ansiedad.

Al objeto de valorar la influencia de esta variable en la aparición y mantenimiento de la patología dermatológica, se ha aplicado el ISRA y un cuestionario relativo a la historia de la enfermedad, a 95 pacientes afectados de psoriasis, dermatitis atópica, acné, vitiligo, urticaria crónica y alopecia areata, comparándolos con el mismo número de sujetos sanos (Amorim-Gaudêncio, Roustán y Cano-Vindel, 1996). Se han considerado factores como sexo, edad, tiempo de evolución y nivel de afectación del trastorno así como su relación con el estrés. Mediante un análisis de varianza y pruebas de "t" de diferencias entre medias, los resultados indicaron diferencias significativas entre los grupos y principalmente entre los sexos, confirmándose la hipótesis que asocia altos niveles de ansiedad y estrés con padecimiento de dermatopatías inflamatorias. Los pacientes con dermatosis perciben como más ansiógenas ciertas situaciones en comparación con el grupo control, ante las que emiten respuestas cognitivas.

fisiológicas y motoras de ansiedad significativamente más intensas y frecuentes. Estos resultados corroboran otro estudio anterior realizado con una muestra independiente (Amorim-Gaudêncio, Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1996).

En conclusión, señalamos que el impacto psicológico producido por la dermatopatía, así como su carácter crónico, se relacionan con el alto grado de ansiedad, definiéndose el perfil de reactividad de ansiedad característico de tales pacientes, y ofrecemos algunas pautas de aplicación para el tratamiento. Asimismo, queremos resaltar el amplio abanico de posibilidades de aplicación del ISRA.



Si bien hasta aquí, se han revisado diversos estudios encaminados al diagnóstico de varias manifestaciones de la ansiedad y su interacción con la génesis de los trastornos psicofisiológicos, en 1994, Miguel-Tobal et al ponen en marcha un programa cognitivo conductual encaminado al control de la *hipertensión arterial*, patología en la que se acepta que coinciden múltiples factores que intervienen en la génesis y mantenimiento, entre los que se pueden citar la ansiedad, la ira, la estrategia de solución de problemas, y el estilo de vida. Para ello se programa la combinación de diversas técnicas como son las sesiones informativas, el entrenamiento en relajación muscular progresiva, la respiración, la solución de problemas y el autocontrol, destinadas a obtener cambios de hábitos de vida del paciente. Todas ellas se aplicaron a 25 hipertensos siguiendo tres fases denominadas como evaluación pretratamiento, tratamiento y evaluación postratamiento. La batería de evaluación psicológica estaba constituida por Inventario de Solución y Afrontamiento de

Problemas - ISAP (Miguel-Tobal y Casado Morales, 1992), ISRA (Miguel-Tobal y Cano Vindel, 1988b) y Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo - STAXI (Spielberger, 1988, 1991), así como diversos datos de carácter personal (edad, sexo, ocupación actual, consumo de alcohol y tabaco, ejercicio físico) y un historial médico relativo a la propia enfermedad como duración del trastorno, fecha del diagnóstico, tratamiento, etc.

La aplicación de la terapia antes descrita dio lugar a un aumento de confianza por parte de los pacientes que comenzaron a ser capaces de resolver sus problemas, al tiempo que la ansiedad se reducía en todos los niveles, tanto en los tres sistemas de respuesta, en el rasgo general de ansiedad, como en las cuatro áreas situacionales, mostrando unas diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la ansiedad cognitiva ($p < .02$), fisiológica ($p < .006$), rasgo general de ansiedad ($p < .001$), ansiedad de evaluación ($p < .001$) y ansiedad fóbica ($p < .02$). Un aspecto interesante del estudio citado, fueron los descensos en diversas variables relativas a la ira. Todo ello condicionó un descenso en la tensión arterial tanto diastólica como sistólica, comprobadas estadísticamente.

La posibilidad de aplicar un programa de control a cuadros patológicos de tanta transcendencia y frecuencia de presentación como es la hipertensión arterial, hace del ISRA un instrumento de importancia social y económica al permitir detectar las circunstancias que concurren en la génesis y mantenimiento de la enfermedad. La hipertensión arterial esencial es una afección de frecuente presentación que, por tanto, produce un importante consumo de recursos sanitarios - atención médica y utilización de medicamentos -, así como inductora de complicaciones graves como enfermedades isquémicas cerebrales, cardíacas y renales. Si el ISRA

permite precisar las formantes psíquicas que intervienen en su génesis y mantenimiento y, consecuentemente, permite actuar sobre ellas como indica el estudio citado, sus ventajas desde el punto de vista de política sanitaria, son indudables.

5.2.1.3 DEPRESIÓN

Muchas investigaciones sobre la relación entre los trastornos emocionales son unánimes al afirmar que existe una correlación muy significativa entre las medidas de autoinforme de depresión y ansiedad, como en adultos sanos (Evason, Holland, Metha y Yasin, 1980; Tanaka-Matsumi y Kameoka, 1986; Orne, Reis y Herz, 1986).

Con el objeto de abordar el tema de la diferenciación psicométrica de los constructos ansiedad y depresión, así como de aportar datos sobre la validez de constructo de los rasgos de ansiedad del ISRA, Sanz (1991) lleva a cabo una investigación que pone a prueba el modelo interactivo multidimensional de la ansiedad de Endler (1983). El autor ha seguido como metodología tres procesos diferentes para alcanzar los objetivos propuestos.

1. Validez convergente con otras pruebas que miden el mismo rasgo específico de ansiedad, mediante el análisis de las correlaciones en el factor I del ISRA (ansiedad de evaluación) y las escalas "Test Anxiety Inventory" de Spielberger et al (1980), "Brief Version of the Fear of Negative Evaluation Scale" de Leary (1983) y "Personal Report of Confidence" de Paul (1966), y entre el factor II del ISRA (ansiedad interpersonal) y la "Social Avoidance and Distress Scale"

de Watson y Friend (1969).

2. Validación divergente mediante correlaciones entre los factores del ISRA con otras pruebas que miden diferentes factores, y a través de correlaciones de la sintomatología depresiva medida por el "Beck Depression Inventory" de Beck et al (1979).

3. Análisis factoriales exploratorios de los factores del ISRA con la inclusión de variables de personalidad, índices de capacidad de discriminación interpersonal, índices de orientación interpersonal, índices de congruencia entre autoconceptos y en relación a las medidas de ansiedad y depresión.

Para ello, utiliza una muestra de 157 estudiantes de cuarto curso de Psicología (86% mujeres, media de edad era de 22 años) a la cual fue aplicada la batería psicológica citada anteriormente.

Los resultados de este estudio revelan una moderada validez convergente de los factores I y II del ISRA (.33 y .47) con pruebas que miden el mismo rasgo específico de ansiedad. Asimismo, demuestra que existe una aceptable validez divergente de los factores III, IV y I con respecto a otros rasgos específicos de ansiedad evaluados con otros autoinformes. Por otra parte, hay una correlación media de los factores del ISRA con las medidas de depresión ($r=0.37$), siendo inferior a la que muestra el BDI con medidas de ansiedad de rasgo general ($r=0.70$). También, los rasgos específicos del ISRA se muestran relacionados con otros constructos que sugieren desajuste psicológico, pero no con otras variables psicológicas que teóricamente tienen poco

vínculo con la ansiedad.

En conclusión, el autor interpreta las puntuaciones obtenidas del ISRA como índices de la tendencia del sujeto a presentar estadios de ansiedad en diferentes áreas situacionales, y apunta el ISRA como un fuerte apoyo empírico al modelo interactivo multidimensional de la ansiedad. Con respecto a la diferenciación psicométrica entre ansiedad y depresión, las subescalas de rasgos específicos de ansiedad del ISRA serían instrumentos de elección a la hora de discriminar entre sujetos ansiosos y depresivos frente a las medidas de rasgo (Sanz, 1991).

El estudio de Sanz ha aportado una riqueza de datos empíricos para la validez del ISRA, principalmente en los referido a su validez convergente y divergente con otras pruebas. Asimismo, mediante este estudio se puede decir que, a la hora de hacer un diagnóstico diferencial entre la ansiedad y la depresión, estaría indicada la aplicación del ISRA debido a la potencia factorial que presenta dicho instrumento para discriminar entre sujetos ansiosos y depresivos. Las bajas correlaciones entre el ISRA y el BDI, es una prueba de que dichos instrumentos evalúan distintos constructos. Tras la realización de todos los análisis estadísticos referentes a dicho estudio, una vez más el modelo multidimensional de la ansiedad de Endler (1983) se confirma, al haber una fuerte correlación entre la ansiedad y las distintas situaciones que la generan.

5.2.2 ÁMBITO EDUCATIVO

El estudio acerca de la relación existente entre ansiedad y rendimiento data de principios

del siglo (Yerkes y Dodson, 1908) y continúa hasta nuestros días. Sin embargo, esta relación es muy compleja y ha proporcionado un gran número de estudios empíricos preocupados principalmente con la ejecución de la tarea durante los exámenes. Los hallazgos más significativos de dichos estudios hacen referencia a que, en situaciones de gran estrés, el rendimiento de los sujetos con alto nivel de ansiedad disminuye de forma considerable, mientras que en situaciones neutras, no existen diferencias en rendimiento entre sujetos con alto y bajo nivel de ansiedad (Sarason, 1961).

Por todo ello, la Psicología ha prestado una atención especial a los problemas de actuación de las personas debido a altos niveles de ansiedad. Es en el contexto educativo donde el problema se agrava debido a la situación de examen.

Dada la importancia del tema, en las últimas décadas se han estudiado un amplio abanico de técnicas, tanto de corte fisiológico como cognitivas para el control de la ansiedad ante los exámenes así como para incrementar el rendimiento. Sin embargo, no existe un acuerdo sobre cuales son las más eficaces, ni tampoco sobre la eficacia diferencial existente entre ellas, considerando algunos autores las técnicas cognitivas más eficaces (reestructuración cognitiva, terapia racional sistemática, técnicas de autoinstrucciones), comparadas con las técnicas fisiológicas (relajación, biofeedback, desensibilización sistemática) (Goldfriend, Linehan y Smith, 1978; McCordick et al., 1981).

De cara a analizar la eficacia diferencial de dos programas o paquetes terapéuticos destinados a reducir los niveles de ansiedad ante los exámenes y al incremento del rendimiento,

Escalona y Miguel-Tobal (1996) realizan un estudio comparativo. Dichos programas fueron aplicados en varios centros de enseñanza de la Comunidad de Madrid, a través de un acuerdo de colaboración establecido entre el Master en Intervención en la Ansiedad y el Stress de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid y el Departamento de Orientación y la Asociación de Padres de alumnos de dichos centros.

Ambos programas están formados por tres fases: evaluación pretratamiento, tratamiento y evaluación postratamiento. La única diferencia existente entre ambos sería la inclusión en el programa 1 de un entrenamiento de desensibilización sistemática de carácter individual y en el programa 2 de un entrenamiento grupal en solución de problemas.

En la primera fase se evalúa la ansiedad de los sujetos mediante la aplicación del Test Anxiety Inventory - TAI (Spielberger et al, 1980) y del ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1988b). A su vez, se lleva a cabo una valoración del rendimiento de los participantes midiéndose la calificación media de los exámenes realizados ante del inicio del programa.

En la segunda fase se informa a los sujetos sobre las bases de la ansiedad, se entrena a los mismos en las diversas técnicas para su control (p.e. relajación muscular progresiva, autoinstrucciones, desensibilización sistemática o solución de problemas) y en el final, se introducen diversas pautas en el estilo de vida de los estudiantes.

La última está destinada a la evaluación de la puesta en marcha de los programas, volviéndose a pasar los instrumentos de evaluación seleccionados.

Los resultados obtenidos tras la aplicación del Programa 1 revelan un reducción considerable en los tres factores que evalúa el TAI: preocupación ($p < .004$), emocionalidad ($p < .0003$) y rasgo general de ansiedad ante los exámenes ($p < .004$). Con respecto al ISRA, los resultados muestran descensos altamente significativos en todas las escalas, es decir, en los tres sistemas de respuesta (C, F y M) ($p < .001$), en las cuatro áreas situacionales (FI, FII, FIII y FIV) ($p < .0000$, $p < .001$, $p < .01$, $p < .006$) y en el rasgo general de ansiedad (T) ($p < .0005$). En relación al rendimiento, hubo un aumento en la calificación media altamente significativo ($p < .0000$).

El programa 2 muestra un resultado altamente significativo en relación a la situación específica de examen medida a través del TAI: preocupación ($p < .0002$), emocionalidad ($p < .0000$) y rasgo general ($p < .0001$). Las ocho variables del ISRA han tenido descensos muy significativos ($p < .0001$). El rendimiento también ha sufrido un incremento considerable y altamente significativo ($p < .0001$).

Al comparar los dos programas, el análisis de la eficacia diferencial revela una F significativa en un rango que oscila entre 30.06 y 108.20, siendo $p < .0000$, indicando que los cambios producidos entre la medida pre y postratamiento son altamente significativos. Asimismo, la interacción grupo x eficacia de tratamiento, siendo $p < .01$, indica que ambos programas son eficaces en la reducción de la ansiedad pero que el programa 2 se muestra más eficaz a la hora de producir incrementos en el rendimiento. Estos resultados apoyan los estudios de diversos autores como Meichenbaum (1972), Holroyd (1976), Denny (1980), quienes consideran que la aplicación de paquetes terapéuticos que incluyan técnicas cognitivas es muy útil para incrementar el rendimiento (Escalona y Miguel-Tobal, 1993).

Podríamos concluir este apartado diciendo que el ISRA, al determinar de forma diferenciadora la intervención sobre la ansiedad tanto en los tres sistemas de respuesta, como en las cuatro áreas situacionales y en el rasgo general de ansiedad, permite la aplicación selectiva de las técnicas de control adecuadas a la resolución de cada problema de forma individualizada, lo que permite tratar casos concretos con técnicas específicas en lugar de emplear terapias indiscriminadas.

5.2.3 ÁMBITO LABORAL

El estrés laboral es considerado un factor potencial de enfermedad de reconocida trascendencia económica y sanitaria (OMS, 1985).

Algunas investigaciones señalan que los conductores de transportes públicos son especialmente propensos a padecer los problemas del estrés (Fraser, 1986; Seia, 1987), y la necesidad de aplicar una metodología eficaz para su prevención y control (Cupeta y Fumagali, 1988). Con el objeto de investigar la posible utilidad de un protocolo de múltiples determinantes del estrés ocupacional en su control, así como establecer relaciones con los posibles factores de riesgo, se lleva a cabo un estudio (Yorio, Leibovich y Segura, 1994) con 45 conductores hombres, divididos en tres subgrupos: 1) 9 conductores en evaluación pre-ocupacional para transporte de mercancías; 2) 13 conductores de transportes públicos de corta distancia en activo, que no habían solicitado consulta médica en un período de 12 meses; 3) 24 conductores de transportes públicos de corta distancia, quienes habían efectuado consulta médica previa por síntomas inespecíficos de

ansiedad.

Se ha aplicado una batería de pruebas, constituida por: a) Batería psicológica: 1) Inventario de datos personales, socioculturales, educacionales y clínicos (Leibovich, 1989; citado por Yorio et al, 1994); 2) Cuestionario EPQ-R (Eysenck y Eysenck, 1969); ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986); Cuestionario de Predicción, Comprensión y Control de Eventos en el Ambiente Laboral (Tetrick y La Rocco, 1987); b) Pruebas comportamentales (tiempo de reacción y porcentaje de respuestas erróneas); c) Registros electrofisiológicos (porcentajes evocados visuales y actividad eletrodérmica tónica).

Las comparaciones entre los grupos revelan diferentes niveles de ansiedad: los pre-ocupacionales presentaban un bajo nivel de ansiedad; los asintomáticos, un nivel intermedio, y, un nivel más elevado para los conductores sintomáticos: Así mismo, el tiempo de reacción era menor para los sujetos pre-ocupacionales respecto a los otros conductores. El potencial evocado basal presentaba mayor amplitud en el grupo de conductores sintomáticos, intermedia en los pre-ocupacionales y menor, en los conductores asintomáticos. Por último, los valores de conductancia de la piel eran menores en el grupo de conductores sintomáticos que en los otros dos grupos.

En resumen, el estado de los sujetos conductores con afectación clínica en comparación con los sujetos pre-ocupacionales se caracteriza por un aumento en el nivel de ansiedad, una disminución en la velocidad de respuesta, una mayor actividad eléctrica cerebral basal y una menor actividad electrodérmica basal y en tareas. Estos pacientes presentan también diferencias en el mismo sentido, aunque en menor proporción, con los sujetos conductores sin afectación clínica.

Los resultados obtenidos con la utilización de dicha metodología, han permitido verificar la relación existente entre los niveles de la prueba de ansiedad y las mediciones fisiológicas, indicando los cambios de estado vinculado con una sensación de perturbación emocional en la ejecución de la tarea. Por otra parte, se ha observado que la impredecibilidad en las situaciones laborales al no permitir al sujeto estructurar sus estrategias de afrontamiento, juega como un factor generador de ansiedad y estrés (Yorio et al, 1994).

En el ámbito laboral se hace imprescindible una activación de la atención con caracteres constructivos que estimula la creatividad referida al propio trabajo. En determinadas profesiones esta activación puede ser tanto frente a estímulos como de problemática laboral, como es el caso de los conductores profesionales o de aquellas personas ocupadas en tareas de riesgo. En ese caso, la actitud imprescindible de atención puede convertirse en un agente estresor sobre el propio sujeto. La aplicación del ISRA a este tipo de profesionales permite detectar la presencia de estímulos excesivos a las condiciones particulares de cada persona a las que se podrían aplicar técnicas de afrontamiento de problemas, así como la selección de las más adecuadas a cada puesto de trabajo, convirtiéndose así en un instrumento recomendable par uso de los servicios de salud laboral, desde donde puede hacerse extensivos a otras actividades como, pilotos, navegantes, bomberos, policías etc.

El ISRA, una vez más, demuestra su sensibilidad a la hora de captar matices en el desarrollo de la ansiedad en situaciones cotidianas, lo que lo hace un instrumento para uso generalizado en múltiples aplicaciones.

6. UNA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL DE LA ANSIEDAD

6. UNA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL DE LA ANSIEDAD

La interrogante que se plantea en relación con la continuidad en los diversos países de situaciones vitales, como puede ser la ansiedad, debe ser contestada a la hora de iniciar estudios comparativos entre grupos culturales diferentes. Circunstancias tales como las características imprescindibles de la investigación transcultural y los requisitos mínimos para la adaptación de instrumentos serán descritos en el presente capítulo, junto a una revisión de la bibliografía más reciente referida a la ansiedad como fenómeno presente en diversos ámbitos culturales.

6.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN TRANSCULTURAL

En Psicología, el enfoque comparativo incluye el método transcultural. La utilización de dicha metodología implica a veces, la falta de una investigación científica *clara y precisa* que posibilite el diseño de nuevas hipótesis psicológicas relacionadas con el estudio de distintas culturas (Serpell, 1981).

El origen del método transcultural está relacionado con las teorías de la evolución cultural en el campo de la antropología. El trabajo titulado "On Method of Investigating the Development of Institutions: Applied to Laws of Marriage and Descent" (Tylor, 1889) ha sido una de las primeras tentativas efectivas destinado a medir, cuantificar y correlacionar datos etnográficos con postulados teóricos. El período comprendido entre 1889 hasta 1937 fue crucial en la investigación transcultural, destacándose principalmente dos trabajos: Nieboer (1910) que relaciona la esclavitud como parte integrante de los sistemas industriales, y Hobhouse, Wheeler y Ginsberg (1915) investigando la correlación entre cultura material y las instituciones sociales.

En el mismo período, especialmente valiosa en psicología transcultural, fue la investigación del campo de "personalidad y cultura" (Mead, 1928; Malinowski, 1937), destacándose también en ese campo los trabajos de Kardiner (1937), el cual desarrolla el concepto de personalidad básica. Este concepto, explica que las configuraciones de la personalidad son compartidas por la mayoría de los miembros de cualquier sociedad, debido a las experiencias en común que han tenido previamente.

El método transcultural fue renovado por Murdock (1937) con una prueba de correlación entre la prioridad evolucionaria de instituciones matrilineales y patrilineales. El método utilizado por Murdock fue inicialmente el inductivo-estadístico, igual que Tylor; sin embargo, más tarde, pasó a utilizar el hipotético, que implica empezar con una hipótesis, para que todas las operaciones racionales o lógicas se hagan antes de la prueba empírica y estadística. Desde entonces la investigación transcultural ha logrado un alto nivel de desarrollo científico en antropología, psicología y educación.

Según la perspectiva transcultural, se pueden hacer tres tipos distintos de estudios comparados: Transculturales, transnacionales y interculturales. Sin embargo, el término *transcultural* es más amplio, busca la diversidad entre todas las regiones, naciones, lenguas; en resumen, la investigación transcultural se refiere a estudios en los que se comparan dos o más culturas o sociedades.

Las áreas de mayor desarrollo en psicología transcultural en los últimos años fueron la epistemología genética de Piaget y los estudios sobre estructuras cognoscitivas en una dimensión transcultural (percepción, memoria, formación de conceptos, razonamiento), la cultura y personalidad, la psicología educativa, la psicolingüística, la semántica y el biligüismo, el estudio y la mención del modernismo, la necesidad de logro y la cultura temática, el enfoque bio-social en relación al medio ambiente biológico y los estudios longitudinales entre niños de diferentes culturas (Serpell, 1981). Asimismo, hay investigaciones transculturales sobre procesos emocionales y afectivos (Sánchez, 1984). La mayor parte de estos estudios han sido realizados en culturas asiáticas y africanas. En Latinoamérica existen un número aceptable de investigadores trabajando

en el campo, debiéndose en gran medida el desarrollo de la psicología transcultural a Díaz-Guerrero en México y Angeline en Brasil (Serpell, 1981).

La elaboración de leyes y principios generales de conducta es el objetivo fundamental de la psicología transcultural, es decir, la elaboración de hipótesis generales y específicas para las culturas implicadas, sin distorsionar una meta común y articulada.

Conforme apunta Holtzman (1968), la investigación transcultural está constituida como mínimo por cuatro fases:

1. Definición del objetivo del estudio y especificación de las variables transculturales relacionadas con las características transociales, transnacionales, transcomunicacionales y subculturales.
2. Estudio piloto de carácter preliminar para poner a prueba el diseño de investigación establecido previamente, teniendo en cuenta la estructura subcultural de la población.
 - 2.1 Diseñar, seleccionar y adaptar los instrumentos a las culturas estudiadas.
 - 2.2 Estudios preliminares de pequeñas muestras de sujetos en cada cultura, sociedad o nación.
 - 2.3 Recopilación y codificación de datos, y confección de cronogramas.
3. Realización del estudio.

3.1 Replica del estudio piloto.

3.2 Eliminación de las principales fuentes de invalidación interna: historia, aplicación de pruebas, maduración, instrumentación, regresión estadística, inestabilidad, selección, mortalidad experimental.

4. Refinamiento del análisis e interpretación de los resultados.

Angelini (1964) y más recientemente Brislin et al. (1973) han propuesto ciertas pautas metodológicas para el desarrollo de un trabajo más preciso en el campo transcultural. Estas pautas son:

1. Empleo de la metodología científica como punto de partida en la investigación transcultural.
2. Comparación de los estudios realizados por examinadores de psicología de distintas culturas.
3. Uso de muestras o diseños estratificados a fin de reducir los efectos de la difusión.
4. Discriminar las variables culturales mediante la utilización de un diseño diversificado que posibilite una conclusión válida y generalizada.
5. Equivalencia semántica y conceptual del instrumento en culturas diversas:

5.1 Teoría de construcción de test. Cada instrumento tendrá que ser adaptado a la cultura que se quiera estudiar debido a las diferencias semánticas que conllevan grandes problemas a la hora de interpretar los resultados.

5.2 Validez nominal. Proceso de normalización del instrumento y de su adaptación a otras culturas que requiere el establecimiento de criterios generales y específicos. Los primeros están relacionados con la utilización de las mismas técnicas del instrumento original y modificaciones de ítems que presenten algún problema específico, muchas veces debido a las diferencias socio-culturales, socio-económicas, desarrollo lingüístico y actitudes hacia la situación sometida a examen. Los criterios específicos obligan a la utilización de una muestra concisa y representativa, al proceso de traducción y de la aplicación de algunas reglas generales de la teoría psicométrica, etc..

6. Aspectos éticos: hay que dar una correspondencia social o científica a la sociedad o país que se investiga.

Finalmente, los estudios transculturales pueden ser de tipo *histórico*, *descriptivo* o *experimental*. En lo que respecta a los diseños, el investigador puede analizar las características del comportamiento de su cultura dentro de otras culturas, sociedades o naciones, o analizar las características del comportamiento de otras culturas en relación a la suya.

6.2 REQUISITOS PARA LA ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTOS

La investigación transcultural requiere una calibración cuidadosa de los instrumentos de medida psicológica en diferentes sistemas de lenguaje. Esto resulta más difícil de lo que se imagina y conlleva importantes problemas teórico-metodológicos.

Para facilitar la integración de la teoría psicológica con la metodología transcultural, es imprescindible que los traductores de los instrumentos entiendan la estructura en la que se fundamenta dichos instrumentos y hagan las adaptaciones necesarias de los aspectos relevantes a la nueva cultura asegurando así su equivalencia semántica y conceptual (Sharma y Spielberger, 1976).

Según Sharma y Spielberger (1976), la traducción de una prueba psicológica a otra lengua generalmente involucra cuatro estadios fundamentales: el primero, la preparación de una traducción preliminar del instrumento original para el idioma de la cultura objeto de estudio; el segundo, la evaluación de la traducción preliminar por personas capacitadas y expertas en el lenguaje que puedan hacer la selección de un conjunto de *ítems* adecuados para la forma experimental de la prueba; el tercero, se refiere al establecimiento de la equivalencia transcultural de la escala original a la forma experimental traducida; y por último, los aspectos relacionados con la fiabilidad y validez del nuevo instrumento. A estos estadios luego se sumarían otros puntos importantes que comentaremos a continuación.

Siguiendo las indicaciones de Spielberger, es importante que la preparación inicial de la

traducción de una prueba psicológica sea realizada por psicólogos o psiquiatras auxiliados por expertos en lenguaje. Asimismo, los traductores deben tener conocimientos psicométricos y de la teoría de los tests, así como, sobre el campo específico en que dicho test será utilizado.

Al preparar la escala psicológica preliminar, se debe utilizar el formato y instrucciones de la versión original, prestando una atención especial al contenido psicológico y gramatical de cada ítem, debido a que pequeños cambios podrían tener una gran influencia en las respuestas de las personas. Asimismo, cuando la traducción literal no es posible, la traducción utilizada debe ser la más fiel en el sentido de guardar el significado esencial del *ítem* original.

La traducción de expresiones idiomáticas también conlleva problemas y, en esos casos es más indicado la traducción del *sentido de la expresión* en lugar de la traducción del *mero significado literal* de las palabras separadas. En tanto en cuanto sea posible, se debe identificar la *expresión idiomática comparable* en el segundo idioma.

Cuando un instrumento psicológico está siendo adaptado a varios idiomas es aconsejable la traducción de una única propiedad lingüística. Spielberger ejemplifica que cuando estaban realizando la versión española del STAI (Spielberger y Sharma, 1976), el verbo inglés "*to be*" fue traducido tanto como "*ser*" que implica características permanentes de las personas, como "estar" que implica un estado transitorio. Lo mismo pasó en la traducción de la forma hindú del STAI, con los verbos *raha hun* y *rahta hun*, que tienen la misma connotación española, siendo el primero relativo a un estado transitorio y el segundo a un rasgo de personalidad estable; esta distinción es fundamental a la hora de estudiar los hechos psicolingüísticos. Por último, añade que la clave de

una buena traducción reside en su simplicidad, dado que ésta debe ser aplicada a diferentes muestras de distintos niveles educacionales, para determinar si el significado de los *items* son fácilmente comprendidos. Asimismo, el establecimiento de la equivalencia de las escalas en dos lenguas debe seguir las características utilizadas en la estandarización de la escala original en términos de edad, sexo, status socioeconómico, educación, y otras variables demográficas y psicosociales.

Una vez finalizado el proceso de traducción, ésta debe ser evaluada por personas capacitadas y, sobre todo, que sean expertas en el área, es decir, que tengan conocimientos de la teoría de la personalidad y de psicopatología, así como experiencia en ambas lenguas, en el idioma del instrumento original y en el de la versión experimental. Una de las maneras utilizadas para evaluar la traducción es hacer una "*back translation*", traducción de la nueva versión a la versión original para analizar las posibles cambios semánticos en los ítems (LeCompte y Oner, 1976). Otra forma de evaluación estaría basada en el acuerdo o desacuerdo de jueces o mediante utilización de programas estadísticos de correlaciones de *items*-restantes para aquellos *items* difíciles de una traducción ideal, como por ejemplo en las expresiones idiomáticas.

Tras la evaluación de las versiones, se debe pasar a lo que se conoce como demostración empírica de la equivalencia de las versiones mediante investigación transcultural, con lo que serán obtenidas las correlaciones de los *items* entre ambos instrumentos para probar su validez y la capacidad psicométrica de ambos (Spielberger et al., 1971; Mote et al., 1971; González-Reigosa, 1976; Biaggio et al., 1976).

6.3 ESTUDIOS TRANSCULTURALES DE ANSIEDAD.

Una revisión sobre la investigación transcultural relativa la ansiedad señala que ésta, así como sus trastornos, están universalmente presentes en todas las sociedades. Existen variaciones significativas según las culturas que se expresan en la edad de aparición, en su curso y distribución social, y principalmente en las consecuencias para las vidas de los que la padecen (Hahn y Kleinman, 1983).

La literatura transcultural sobre la ansiedad está menos desarrollada que la de la esquizofrenia o la depresión, hecho comprensible debido a las ambigüedades generales en su campo de estudio que conciernen a la naturaleza de las discontinuidades entre su forma patológica y normal, la interrelación conceptual de la ansiedad emocional, la ansiedad como síntoma, sus trastornos y la relación de éstos con otros (Good y Kleinman, 1985). Estas dificultades aumentan al estudiar sociedades radicalmente diferentes donde la clasificación diagnóstica occidental no puede ser utilizada muy fácilmente.

A pesar de estas dificultades, los investigadores no se intimidaron y unieron esfuerzos hasta ser capaces de llevar a cabo diversos estudios epidemiológicos transculturales sobre los trastornos de ansiedad, incluyendo tanto estudios que analizaban niveles de síntomas en diversas poblaciones como otros que identificaban sus trastornos específicos y determinado su prevalencia.

En gran medida la investigación transcultural de la ansiedad está estrechamente vinculada a los estudios de Cattell a partir de los años 60 (Cattell y Scheier, 1961; Cattell y Warbustón,

1961; Tsujioka y Cattell, 1965) y Spielberger en los años 70 (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; Spielberger y Díaz-Guerrero, 1976).

En la revisión que hace Spielberger (1966, 1972) sobre la naturaleza y medida de ansiedad, se clarifica la terminología usada en las investigaciones y se aportan referencias históricas al trabajo transcultural. Este autor despeja el camino de la definición y medida de la ansiedad limitando cuidadosamente el término; usa la palabra "*amenaza*" para la percepción subjetiva e interpretación de la situación, mientras define el estrés como la propiedad objetiva del estímulo en una situación dada. Argumenta además que la ambigüedad y la confusión semántica se ha producido por el uso del término "*ansiedad*" para referirse a dos tipos de conceptos muy diferentes, proponiendo la distinción entre rasgo y estado de ansiedad.

Según este autor, el estado de ansiedad surge cuando una situación o un pensamiento es percibido como amenazante, independientemente del peligro objetivo; es decir, cuando hay una alta activación del sistema nervioso autónomo y cuando los sentimientos de tensión y aprensión acompañan a la percepción de peligro o amenaza de una situación dada. Por otra parte, cuando para observadores externos determinadas situaciones no suponen ningún peligro y la persona tiene a menudo gran tendencia a ponerse ansiosa, se dice que ésta tiene alto rasgo de ansiedad y que es más susceptible a la ansiedad que otras personas.

Para Spielberger y colaboradores, el sistema perceptual y cognitivo es de fundamental relevancia en la medida de ansiedad. Así, el inventario desempeña un papel importante, siendo el método clave para obtener información sobre la percepción del individuo sobre su específica

situación vital, sentimientos, sensaciones corporales y reacciones de estrés.

Fundamentándose en esta teoría se ha desarrollado el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), así como el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para niños (STAIC) que proporcionan medidas exactas y relativamente breves, de autoinforme, tanto de ansiedad-estado como de ansiedad-rasgo. En apenas cinco años de publicación del formato inglés del STAI más de 500 estudios han aplicado este instrumento de investigación, además de ser utilizado como instrumento clínico en el proceso terapéutico (Spielberger et al, 1979).

El STAI ha sido traducido rápidamente a un gran número de idiomas y pronto ha pasado a ser una medida estándar internacional en los estudios transculturales de ansiedad (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1976). Así, estudios similares que utilizaban la misma metodología demostraron la universalidad de la ansiedad (Iwawaki, Sumida, Okuno y Cohen, 1967; Chiu, 1971; Lynn, 1982). En la tabla VI-I se muestran algunos de los temas abordados en las investigaciones transculturales llevadas a cabo mediante la utilización de autoinformes.

Analizando la tabla VI-I, se podría decir que los estudios relativos a la ansiedad podrían ser agrupados en dos grandes apartados. Uno, relativo a las consecuencias individuales de la ansiedad, es decir, podría ser definido como el enfrentamiento personal con una situación ansiógena concreta. Así investigaciones relativas a la ansiedad rasgo y ansiedad estado, a la ansiedad ante los exámenes, la relación entre la ansiedad y el rendimiento escolar, la inducida por los ordenadores, las manifestaciones de ansiedad en madres con deficiencias, su influencia sobre la predicción y el estilo de afrontamiento, pueden ser incluidas dentro de este primer apartado.

Tabla VI-I. Temas de estudios transculturales sobre la ansiedad.

TEMA	AUTOR
Ansiedad rasgo, ansiedad estado	Spielberger y Díaz-Guerrero 1976; Endler y Magnusson, 1974, 1976
Ansiedad en niños	Díaz-Guerrero 1976; Díaz-Guerrero y Spielberger 1976
Ansiedad ante los exámenes	Díaz-Guerrero 1976; Guida y Ludlow 1989; Sharma y Sud 1990; Sud-Aup 1990; Engelhard 1990; El-Zahhar y Hocevar 1991
Ansiedad y rendimiento	Chiu 1985
Ansiedad ante los ordenadores	Marcoulides y Wang 1990; Marcoulides 1991
Ansiedad de muerte y efectos psicológicos causados por las guerras	Goldering y Doctor 1986; Robinson et al 1989; Abdel-Khalek, Ahmed-M 1986; Shumaker et al 1988; Shumaker 1991; Tudge et al 1991
Ansiedad, herencia cultural y expresión del dolor	Pfefferbaum et al 1990
Ansiedad y sus manifestaciones en madres de niños minusválidos	Kim 1986
Ansiedad y predicción de la autoestima	Ortiz y Campbell 1985; Jerusalem y Schwarser 1989; Scott et al 1991
Ansiedad y estilo de afrontamiento	Weiser, Endler y Parker 1991
Ansiedad y consecuencias amenazantes	Stattin et al 1991
Ansiedad, curiosidad e ira	Ben-Zur y Zeidner 1988
Ansiedad y ajuste social	Pulkkinen y Tremblay 1992
Ansiedad y factores socio-demográficos	Schwarz y Birn 1995
Reducción de ansiedad intercultural	Stephan y Stephan 1992
Adaptación, validez y fiabilidad de los autoinformes de ansiedad	Spielberger, Sharma y Singh 1973; Bergeron et al 1976; Biaggio et al 1976; Bauermeister et al 1976; Bech et al 1992; Lester y Castromayor 1993; Sanz 1994; Comunian y Schuller 1995; Sandín et al 1996

En el segundo apartado, estudios generales sobre la ansiedad infantil, las consecuencias de las guerras sobre la ansiedad de muerte, las manifestaciones socioculturales manifestadas como experiencia del dolor, las situaciones que inducen consecuencias amenazantes, la presencia de

ansiedad e ira en comparación con la ansiedad, el ajuste social consecutivos a variables relacionadas con ella, la relación entre fobia dental y factores sociodemográficos, experiencias relativas al estudio de la reducción de la ansiedad a través del contacto transcultural, o las adaptaciones de los autoinformes, pueden ser expresivas de investigaciones encaminadas a analizar la influencia de factores universales sobre la expresión ansiosa de la persona. Estos análisis adquieren máximo valor cuando, como en los trabajos citados en la tabla VI-I, se realiza una comparación entre culturas diferentes, lo que la valida como constructo universal, al tiempo que se interrelacionan con las sociología al denunciar las variaciones existentes en las diversas culturas.

Sin embargo, esta clasificación es claramente artificiosa. Cualquier factor que influye sobre el individuo, lo hace de forma exclusiva pese a la generalización de sus orígenes. Sean situaciones individuales, o situaciones generales, van a afectarle de una forma personal y directa; la determinación del origen ansiógeno del trastorno será función del profesional que plantea el tratamiento, pero no va a variar la percepción por parte del sujeto afecto. Donde sí tiene transcendencia la división establecida, es en el análisis desde el punto de vista transcultural por la influencia de las peculiares formas de vida de cada país y/o región en el desarrollo del problema.

La aplicación de estudios comparativos a estudiantes han demostrado mayores índices de ansiedad en niñas mexicanas que en las norteamericanas (Díaz-Guerrero, 1976), con mayor predominio en las niñas sobre los niños en ambas culturas, hecho que se repite en todo el mundo, lo que puede ser debido a una diferencia real de sexos, o bien a que, debido a pautas culturales exista una mayor capacidad expresiva de ellas frente a un sentido más reprimido del varón.

Endler y Magnusson (1974) aportan una gran riqueza de datos empíricos y una serie de conclusiones relativas a la naturaleza y medida de rasgo y estado de ansiedad analizando transculturalmente a estudiantes universitarios canadienses y suecos. Con este estudio, los autores contradicen la distinción hecha por Spielberger entre rasgo y estado de ansiedad, así como la suposición de que la ansiedad rasgo es un concepto unidimensional. Estos estudios tendrán gran trascendencia en el desarrollo del ISRA. Experiencias realizadas en los Países Bajos, Noruega, Alemania, Turquía, India y otros países analizan la ansiedad ante los exámenes. Sin embargo, gran parte de esos estudios sólo incluyen apenas dos o más naciones en el mismo trabajo (Endler y Magnusson, 1976).

El fenómeno de ansiedad ante los exámenes sigue siendo objeto de estudio de muchos investigadores. Sin embargo una vez más, se debe a Spielberger el gran avance en este campo, ya que este mismo autor ha desarrollado el Inventario de Ansiedad ante los Exámenes (TAI-Spielberger et al., 1980) que es una de las pruebas más utilizadas en este campo.

Por la diferencia de ámbitos culturales comparados, merece destacar el estudio comparativo planteado por Sharma y Sud (1990) entre cuatro países asiáticos (India, Jordania, China y Corea) y cinco países Euro-Americanos (Hungria, Turquía, Italia, Alemania y EE.UU). La comparación fue hecha por medio de datos obtenidos a través del Inventario de Ansiedad ante los Exámenes (Spielberger et al 1980 - TAI). La muestra total estaba constituida por 3.822 chicos y 3.857 chicas estudiantes de secundaria en los respectivos países. Los resultados mostraron diferencias significativas en términos de preocupación y activación fisiológicas entre las culturas estudiadas con diferencias significativas dentro de cada cultura en particular, puntuando las chicas,

en general, más alto que los chicos en la dimensión de preocupación y excitabilidad. Parece ser que una mayor tendencia a la anticipación de las chicas favoreció los resultados en ese sentido.

Otro estudio que comparaba las culturas italiana e india fue llevado a cabo por Sud-Aup (1990). La ansiedad ante los exámenes fue similar para ambas culturas. Sin embargo, se pudo observar un gran estrés en las mujeres indias universitarias a la hora de examinarse en ambas dimensiones de la ansiedad ante los exámenes (preocupación y emocionalidad), mientras las mujeres de ambas culturas puntuaron alto en la ansiedad ante los exámenes y en la dimensión de preocupación en comparación con los hombres. Los estudiantes italianos de secundaria puntuaron más alto en ansiedad ante los exámenes, preocupación y emocionalidad que los demás estudiantes italianos universitarios.

Tanto por la metodología empleada como por el hecho de plantear un estudio comparativo con Brasil, país objeto de nuestra Tesis, hay que resaltar el trabajo de El-Zahhar y Hocevar (1991) que proponen la obtención de datos en tres países simultáneamente asegurando la homogeneidad de procedimiento, muestra y instrumentos. Estos autores desarrollan una investigación transcultural acerca de la ansiedad ante los exámenes en países que atribuyen una mayor valoración a los exámenes en relación a los Estados Unidos. Como primer objetivo de la investigación, los autores quieren comprobar los niveles de ansiedad ante los exámenes en Egipto, Brasil y Estados Unidos; y como segundo objetivo, analizar las diferencias sexuales de la ansiedad ante los exámenes desde una perspectiva transcultural. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Ansiedad ante los Exámenes (Spielberger et al 1980 - TAI) y el Inventario de Ansiedad y Activación Fisiológica (El-Zahhar, 1986) en las versiones inglesa, árabe y portuguesa

respectivas de cada cultura. Los resultados apuntaban mayores niveles en los rasgos de ansiedad y de activación fisiológica o excitabilidad, en los estudiantes de secundaria de Egipto comparados con los de Brasil. En comparación con los Estados Unidos, se encontró mayor nivel de ansiedad en Egipto, tanto en la dimensión de preocupación como en la dimensión de emocionalidad. Finalmente, en las tres culturas, las mujeres demostraron una mayor preocupación, emocionalidad, rasgo de ansiedad y excitabilidad que los hombres. Los autores apuntan como posible explicación para esas diferencias culturales que tanto en Egipto como en Brasil, pueden ser consecuencia de exámenes selectivos de gran dureza al final de la educación secundaria como requisito imprescindible para acceder a la universidad que, finalmente, presupone una mejora social y económica futura, hecho que no ocurre en Estados Unidos donde la educación superior tiene menor peso en la futura vida profesional que, por otra parte no depende tanto de ello como en los otros países citados. Adicionalmente, en Egipto la prueba final de la educación secundaria no sólo permite acceder a la universidad, sino que certifica la realización de los estudios previos.

Otro estudio transcultural sobre la ansiedad ante los exámenes fue el de Guida y Ludlow (1989); comparando estadounidenses y chilenos. Esta investigación se fundamentó en variables como cultura, status socioeconómico y sexo. Los resultados apuntaron en ambas culturas una baja ansiedad ante los exámenes en los sujetos pertenecientes a un nivel socioeconómico alto mientras que había, una alta ansiedad en los sujetos de un bajo status socioeconómico. Los chilenos demostraron generalmente un mayor nivel de ansiedad ante los exámenes que los norteamericanos. Las mujeres de un bajo status socioeconómico de ambas culturas puntuaron más alto que los hombres pertenecientes al mismo status socioeconómico; sin embargo, un alto nivel socioeconómico no muestra diferencias significativas en ambos sexos.

La relación entre el sistema cognitivo, la manifestación de ansiedad y el rendimiento académico fue estudiada por Chiu (1985) sobre una muestra de 50 niños chinos entrenados en reducción de ansiedad y 50 no entrenados, que vivían en Taiwán. Se pudo observar que el rendimiento académico de los sujetos entrenados fue significativamente más alto que la de los no entrenados mientras los sujetos no entrenados puntuaron más alto en ansiedad en relación a los entrenados. Los resultados son coincidentes con otras investigaciones realizadas en Estados Unidos. Este hecho tiene transcendencia ya que justifica la actuación sobre la ansiedad que puede ser manipulada con vistas a su reducción. Muchas personas presentan altos niveles de ansiedad al carecer de habilidades para el desarrollo de determinadas tareas.

En la misma línea, la influencia del uso de máquinas desconocidas (ordenadores) justifica estudios como los planteados por Marcoulides y Wang, (1990) y Marcoulides, (1991) que analizaron las respuestas de estudiantes universitarios americanos y chinos. En ambos estudios los chinos y americanos mostraron altas reacciones de ansiedad ante los ordenadores lo que demuestra la necesidad de un entrenamiento previo en el uso de un instrumento de progresiva implantación en todos los ámbitos de la vida.

Frente a la serie de estudios expuestos, relativos a temas puntuales, algunos autores han abordado la ansiedad relacionada a conceptos que atañen a toda la humanidad mediante estudios transculturales referentes a la "*ansiedad de muerte*" y otros que investigan los "*efectos psicológicos*" causados por las guerras en personas jóvenes y/o adolescentes.

Los estudios relativos a la comparación del miedo hacia la muerte, con sus múltiples

variantes, proporcionan una valiosa información relativa a las formas de reacción psíquica de cada cultura cuando se establecen paralelismo entre sujetos de ámbitos diferentes a los que se aplica una misma prueba. De cualquier forma, esos análisis no están exentos de error debido a la influencia de múltiples factores que deben ser contemplados bajo una perspectiva sociocultural que los dificulta, al tiempo que valida los análisis transculturales. Así experiencias comparativas entre australianos y japoneses (Shumaker et al., 1991), australianos y malayos (Shumaker et al., 1988), egipcios y americanos (Abdel-Khalek, 1986), libaneses y americanos (Abdel-Khalek, 1991), americanos y soviéticos (Robinson et al., 1989; Tudge et al., 1991), americanos y europeos (Goldering y Doctor, 1986), relativos al miedo a la muerte y, en consecuencia, a las influencias de una gran guerra nuclear, demuestran una mayor capacidad de afrontamiento en los sujetos pertenecientes a las naciones o clases más privilegiadas, como si existiera una mayor posibilidad de descarga de tensiones o, al menos, una mayor capacidad de afrontamiento de problemas.

Unas conclusiones similares se extraen de los estudios que se basan en las actitudes frente a la enfermedad, ya que el agente opresor se manifiesta como algo externo y amenazante, al igual que la guerra, aunque posiblemente más personalizado. Cuando Pfefferbaum et al (1990) comparan el comportamiento de niños hispanos y estadounidenses frente al diagnóstico de cáncer, llegaban a la conclusión de que los pequeños enfermos de ambas culturas respondían de forma idéntica, mientras que la actitud de los padres difería en el sentido de que los hispanos mostraban mayores niveles de ansiedad. Este hecho, debe ser matizado por el desamparo cultural de esta etnia que, adicionalmente, pertenece a los más bajos substratos culturales dentro de la sociedad americana.

Es interesante resaltar el trabajo de Kim (1986) en que se comparan los niveles de ansiedad de madres de niños deficientes mentales en Japón y de Corea del Sur. Aunque no existían grandes diferencias en ambos grupos, las madres de Tokio estaban preocupadas básicamente por la educación institucional de sus hijos, mientras que las coreanas lo estaban en admitir que sus hijos fueron deficientes mentales. El trabajo parece concluir que factores educacionales propios de cada cultura ponen de manifiesto ámbitos de preocupaciones diferente entre ellas.

La forma de enfrentarse al estrés de cada persona ha sido objeto de numerosas publicaciones. Comparaciones entre estudiantes puertorriqueños y americanos (Ortiz y Campbell, 1985) en las que el estado económico familiar era predictivo en los primeros, al que se añadía el sexo en los americanos. Otras entre alemanes y turcos (Jerusalen y Schwarzer, 1989) demostraban que el afrontamiento emocional estaba influido por el nivel de ansiedad mientras que la alta autoestima de la muestra alemana estaba influida por su capacidad de afrontamiento focalizado a los problemas, lo que estaría relacionado con la protección familiar existente en una muestra australiana de Scott et al, (1991). Contraria a la explicación aducida al justificar los resultados de los trabajos anteriores, Weiser, Endler y Parker (1991) encuentran que el nivel de ansiedad es mayor entre los universitarios canadienses que en los mexicanos lo que parece indicar que intervienen factores culturales propios de una sociedad más relajada, frente al funcionalismo más reglado de la vida canadiense.

La exposición a las situaciones amenazantes provocadoras de ansiedad en países tan dispares como Suecia, Hungría, Yemen e India (Stattin et al, 1991), la intervención de factores

como la curiosidad y la ira en israelíes y americanos (Ben-Zur y Zeidner, 1988), la identificación de variables como la opresión, hiperactividad, distracción y falta de adaptación social (Pulkkinen y Tremblay, 1992) entre Finlandia y Canadá, la fobia dental entre chinos y daneses (Schwarz y Birn, 1995), son ejemplos de estudios transculturales que aportan información decisiva sobre las diferencias más primarias de los diversos pueblos.

Es especialmente interesante la investigación de Stephan y Stephan (1992) relativa a la reducción de la ansiedad que produce la inmersión en otras culturas mediante el proceso transcultural del conocimiento, realizado con americano que permanecían un tiempos en Marruecos. Este hecho es de gran transcendencia para explicar algunos de los hallazgos descritos en publicaciones previas (Pfefferbaum et al, 1990), demostrando que la falta de integración, y por consiguiente de conocimiento, puede ser causa de manifestaciones ansiosas a un nivel superior al de los sujetos pertenecientes a la cultura receptora. Sobre todo, tiene transcendencia con vistas a uno de los objetivos de la presente Tesis, si se precisa que una de las principales características del país al que se adapta el ISRA - Brasil - es su capacidad homogeneizadora de la inmigración recibida a lo largo de los siglos, con lo que sujetos pertenecientes a etnias totalmente diferentes acaban adquiriendo la forma de vida, mentalidad y peculiaridades brasileñas, lo que justifica la uniformidad de los resultados obtenidos en nuestra investigación.

Una parte decisiva en la investigación transcultural sobre la ansiedad. lo supone la adaptación de instrumentos de evaluación a diferentes culturas, tal y como se hace en esta Tesis. Pruebas como el "Anxiety Sensitivity Index" (Sandín et al, 1996), el Inventario de Activación de Ansiedad (AAI) (Comunian y Schuller, 1995), la Escala de Interacción Ansiosa (AIS) (Sanz.

1994) han sido adaptados a diversos países, entre ellos, a España. Sin embargo, cuando Beck et al, (1992) administrando la Escala de Puntuación de la Depresión -HRSD (Hamilton, 1960), la Escala de Puntuación de la Ansiedad - HRSA (Hamilton, 1960) y el listado de Hopkings -SCL-90 (Guy, 1976) a pacientes de 14 diferentes países anglos y americanos, que incluían a Brasil y España entre otros, pudieron identificar subescalas homogéneas para la depresión y el malestar, si bien, se encontró que el peso relativo de los diversos ítems cambiaba dependiendo del país, lo que justifica que, como consecuencia de peculiaridades nacionales aún no totalmente aclaradas, se haga precisa la adaptación de las pruebas de forma individualizada a cada cultura, como constituye el primer objetivo de la presente investigación.

A través de todos estos estudios se identifica la ansiedad como una emoción universal presente en mayor o menor nivel en diversas sociedades, culturas y razas. En gran medida, es vista como una emoción desagradable o displacentera que perjudica el buen rendimiento de los individuos y que interacciona con muchas conductas desadaptadas o trastornos relacionados.

A partir de la Segunda Guerra Mundial (Weissman y Klerman, 1978), se generalizan los estudios epidemiológicos transculturales de los trastornos específicos de la ansiedad. La principal dificultad radicaba en la aplicación de criterios diagnósticos universales, siguiendo tres estrategia de forma mayoritaria; 1) Encuestas diagnósticas llevadas a cabo por psiquiatras investigadores, 2) Aplicación de instrumentos de clasificación de síntomas y 3) Estudios epidemiológicos mediante vocabulario de síntomas culturalmente específicos (Good y Kleinman, 1985).

En esta fase, se investigó la existencia de depresión, pánico y ansiedad generalizada entre

adultos africanos (Hollifield et al, 1990), se intentó localizar la presencia de los trastornos de ansiedad en todo el mundo (Sato et al, 1990), o en personas de la tercera edad (Flint, 1994) sobre una crítica de publicaciones previas (Uhlenhuth et al, 1983; Copeland et al, 1987; Regier et al, 1988; etc.), que indicaban que estos trastornos eran menos frecuentes que en los menores de 60 años.

Un paso importante en la normalización de las investigaciones epidemiológicas transculturales fue cuando se impuso el uso del DSM-III como instrumento común de diagnóstico y medida. Así pues, como ejemplo, se puede citar el estudio de la prevalencia de los trastornos mentales en Islandia emprendido por Lindal y Stefánsson, (1993) mediante el DIS ("Diagnostic Interview Schedule") que presenta una buena fiabilidad al ser comparado con el DSM-III (McLeod, et al, 1990). El Estudio de Lindal y Stefánsson demostró que la media de prevalencia de los trastornos de ansiedad fue de 44% con una mayor prevalencia de la forma generalizada (22%), mientras que la fobia simple (específica) era el trastorno fóbico de presentación más frecuente, todos estos trastornos con una proporción doble para las mujeres que para hombres.

Las metodologías citadas permiten detectar prevalencias de los trastornos de ansiedad relativamente estables en las diferentes sociedades, con excepción como puede ser el caso de Nueva Zelanda (Ferguson, 1976) que contrasta con el estudio citado por Lindal y Stefánsson (1993), hablando de un 34% para la ansiedad generalizada. También permiten planificar las variaciones temporales de prevalencias, fenomenología y cuidados médicos (Gerdes, Yales y Clancy, 1995) como consecuencia de la generalización de su diagnóstico por parte de los médicos generales y especialistas a partir de los nuevos criterios diagnósticos.

Resuelta sorprendente concluir que, a la vista de los estudios transculturales expuestos, se detecta una relativa uniformidad de los trastornos de ansiedad en culturas diferentes repartidas por todo el mundo. Sin la revisión efectuada, se podría predecir que factores culturales, socioeconómicos, religiosos, etc., modificarían la forma de expresión de las emociones a lo largo del mundo. Sin embargo, tras ella, es preciso reconocer que en la raza humana existe una similitud de reacciones ante estímulos comunes, si bien, su expresión puede articularse en modismos culturalmente específicos, sobre todo en base a quejas somáticas secundarias a problemas intecurrentes, como pueden ser los trastornos parasitarios, infecciosos y nutritivos (Good y Kleinman, 1985). Por tanto, la cultura ejerce un importante papel en el curso, evaluación y tratamiento de dichos trastornos, así como, otros factores relacionados con el sexo, la edad, la herencia biológica, la condición socioeconómica y el propio estilo de vida de las personas.

Por esta razón, se hace imprescindible la medida de la ansiedad en un amplio grupo de población brasileña perteneciente a diversos estados, sobre la base de que en Brasil existe una amplia amalgama racial desde el siglo XV, posiblemente una de las más altas del mundo. La comparación con una muestra española, país para el que se ha desarrollado el *ISRA* como prueba de validez contrastada, permite su adaptación a la muestra brasileña lo que le confiere importantes características de universalidad.

PARTE II: ESTUDIOS EMPÍRICOS

7. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA BRASILEÑA

7.1 OBJETIVOS

El objetivo *principal* de la presente tesis es adaptar el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad - *ISRA* (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986) a la población brasileña.

El *ISRA* es un instrumento de evaluación psicológica, de formato S-R, construido en base a las teorías tridimensional (Lang, 1968) e interactiva de la ansiedad (Endler, 1981). Este instrumento evalúa por separado la frecuencia de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana, capaces de precipitar dichas reacciones o respuestas. Fue publicado en España por primera vez en 1986, realizándose una segunda edición en 1988, y otra tercera revisada y ampliada en 1994.

Adicionalmente se plantea un segundo objetivo, al realizar un estudio comparativo entre amplias poblaciones de sujetos brasileños y españoles, diferenciadas por sexos, con lo que esta tesis adquiere un valor transcultural, dotado de matices peculiares que se expondrán más adelante.

7.2 HIPÓTESIS

La hipótesis de partida de nuestro estudio es que al adaptar el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad a la población brasileña, se espera confirmar una estructura similar a la encontrada en la española: tres sistemas de respuesta - *cognitivo, fisiológico y motor* - y cuatro áreas situacionales o rasgos específicos de ansiedad -*situaciones de evaluación, situaciones interpersonales, situaciones fóbicas y situaciones cotidianas*. Así mismo, éste mostrará en todos los casos las mismas características psicométricas de la versión original: alto poder de discriminación entre diferentes muestras, elevada fiabilidad de medida, así como, notables índices de validez, es decir, una robusta estructura factorial y una alta correlación con otras pruebas de ansiedad.

Nuestra segunda hipótesis hace referencia a las posibles diferencias en la manifestación de ansiedad entre Brasil y España y que, de existir esas diferencias, el uso de un método común a ambas poblaciones permitirá identificar los determinantes de ellas, mientras que la comparación por sexos permitirá confirmar las diferencias en cuanto a los altos índices de ansiedad de la mujer, ya apreciados en estudios transculturales realizados en otros países.

7.3 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA BRASILEÑA

La aplicación de un método de análisis a la población de un país concreto, obliga a hacer una breve descripción de las características de la muestra elegida.

La República Federal de los Estados Unidos de Brasil, constituida por 26 estados y un distrito federal, representa el mayor país de América del Sur y el quinto a nivel mundial, con una extensión territorial de 8.511.996,3 Km² y una población de 157.941.129 habitantes, a esperas del último censo que está en proceso de realización (IBGE, 1994).

La población brasileña conforma un gran conjunto de razas integrado por blancos, negros, indios, mulatos y mestizos que se caracteriza por una gran amalgama racial, donde los distintos grupos fueron, poco a poco, asimilando de los demás los valores de interés y dando paso a la formación de un pueblo con características propias que, con independencia de la raza, del color de la piel o del status socioeconómico, se representa en el denominado carácter brasileño.

El proceso de formación del pueblo brasileño está directamente relacionado con las corrientes migratorias acontecidas en el país desde el inicio de su colonización, en el siglo XV, hasta mitad del siglo XX, por ser el Estado iberoamericano de mayor extensión y estar poco poblado, así como, contar con importantes recursos minerales y un gran propósito por industrializarse. Sin embargo, la política inmigratoria de Brasil poseía, igual que la de otros países receptores de inmigrantes, ciertas características de control y selección que estaban condicionadas a los intereses del mercado de mano de obra, previniendo la saturación de las posibilidades de

empleo y la postergación del trabajador nacional (Hernández, 1992).

Fue principalmente en el período comprendido entre los años 1884 a 1939, cuando un gran número de inmigrantes llegó a Brasil. La tabla VII-I muestra el origen y frecuencia de la inmigración.

Tabla VII-I. Inmigración a Brasil, clasificada de acuerdo con el país de origen, durante el período de 1884 a 1939.

PAÍS DE ORIGEN	NÚMERO	% SOBRE EL TOTAL
Italia	1.412.263	34.0
Portugal	1.204.394	29.0
España	581.718	14.0
Japón	185.799	4.5
Alemania (incluyendo Danzing)	170.799	4.1
Rusia (incluyendo Ucrania)	109.502	2.6
Austria	85.790	2.1
Turquia	78.455	1.9
Polonia	44.765	1.1
Otros	282.216	6.7
Total	4158717	100.0

Fuente: UNESCO (1955)

Como se observa, la inmigración de extranjeros a Brasil estuvo constituida por pueblos de diferentes países, siendo los portugueses, italianos y españoles el grupo de mayor representación, constituyendo un 77% del total. Del total de todos ellos, casi el 60% se dirigió al estado de São Paulo, que a la sazón, estaba convirtiéndose en el estado más importante del país, merced al impulso de sus inmensas plantaciones cafeteras, a sus incipientes industrias y a su intenso intercambio comercial. Otras estadísticas dan cifras discordantes ya que sólo para los inmigrantes alemanes se apuntan tasas de 280.000 personas referidas a los cincuenta años comprendidos entre 1886 a 1939 (Williams, 1980). Este mismo autor cita una cifra que oscila

entre 655.000 y 1.150.000 individuos, sobre el total de brasileños de descendencia germánica, sin contar aquellos muchos millares que perdieron sus características étnicas. En estos datos no estarían incluidos las inmigración durante el llamado "primer período de inmigración" (1824-1830), para el cual existen estimaciones bastantes divergentes (4.856; 5.350; 6.856), y para el "segundo período" (1844-1870) en que tampoco hay una cifra común (17.714; 16.297). Otro ejemplo sería la cifra de 198.1333.3 inmigrantes japoneses presentada por el Anuario Estadístico de Brasil (IBGE, 1951) referentes a los años 1886 a 1925 que supera los datos presentados por la UNESCO.

Posteriormente, el censo general de 1950 cifró la población total brasileña en 51 millones de personas, de los que correspondía a los extranjeros un total de 1.214.184, es decir 2.34% de la población global brasileña. Sin embargo, durante el período intercensario acontecía la 2ª Guerra Mundial, disminuyendo drásticamente el movimiento migratorio para Brasil. De 1941 a 1945, la inmigración cae sensiblemente, y solamente a partir de 1946 comienza a crecer nuevamente como consecuencia de la promulgación por el gobierno brasileño de un ley de inmigración y colonización que daba mayores facilidades para la entrada de inmigrantes, agricultores y/o técnicos, que potenciasen el desarrollo económico del país.

Sin contar a los portugueses por su influencia en la formación de Brasil y su constante presencia en la inmigración brasileña, los italianos, japoneses, alemanes, turco-árabes y polacos continuaban figurando en las estadísticas demográficas como los principales grupos extranjeros de inmigrados. Si en los primeros años de la década entre 1941 a 1950, el volumen numérico había caído como consecuencia de la Guerra, la contribución cultural de estos era notoria en la sociedad

brasileña. En Brasil, a diferencia de otros países receptores de emigración como Estados Unidos o Argentina, el descenso del número de personas que se afincaban en él, no supondría una alteración en la aportación de nuevos hábitos culturales, sociales y económicos, ya que estos procesos se habían consolidado en una sociedad mestiza dotada de una capacidad de asimilación previamente establecida.

La gran diversidad climática del país motivada por su extensión del paralelo 5° del hemisferio norte hasta el paralelo 35° del hemisferio sur, condicionan grandes diferencias socioculturales entre los variados estados y regiones. Estas circunstancias provocaron que existiera una atracción para la emigración diferenciada según las diversas regiones (Tabla VII-II).

Tabla VII-II. Distribución de inmigrantes y brasileños naturalizados por regiones brasileñas.

INMIGRANTES	Regiones brasileñas				
	Norte	Noreste	Este	Sur	Centro-Oeste
Portugueses	6.670	3.311	163.910	161.920	1.045
Italianos	764	1.007	37.791	201.927	847
Españoles	1.099	373	17.851	111.811	474
Japoneses	630	38	2.469	124.486	1.569
Alemanes y australianos	210	889	15.302	66.078	758
Polacos	52	184	9.107	39.028	435
Soviéticos y bálticos	46	318	4.975	43.008	322
Sirios y libaneses	1.264	889	14.708	26.157	1.700
Húngaros	22	53	1.913	8.410	85
Total	17.361	94.15	245	867.118	23.450

Fuente: IBGE (1958)

En el censo de 1950, se recogía que la mayor parte de los inmigrantes se habían concentrado en la región sur del país, con un total de 867.118 personas, representando el 71.4%

del total; la región este con 296.870 (25.5%); mientras que en las demás regiones de Brasil - centro-oeste, norte y nordeste - la presencia del inmigrante era inferior, sumando un total de 50.196 personas (4.1%).

La revisión histórica efectuada confirma a Brasil como un país receptor de emigración procedente inicialmente de Portugal, después de Africa y recientemente de Europa, y Asia en menor medida, que ocupa en alternancia con Argentina el segundo o tercer lugar, tras USA, permite fijar las características multiculturales de la población a que se aplica el ISRA, unido todo ello por el efecto uniformizador característico de la cultura brasileña que, sin embargo, conserva elementos diferenciadores propios de los países de origen.

La aplicación de cualquier prueba a la población de tales características - en este caso el ISRA -, confiere a ésta un valor universal en base a la amplitud y diferencias existentes entre los sujetos estudiados.

8. TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN INICIAL

8.1 PROCESO DE TRADUCCIÓN

La traducción del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA- fue realizada por la autora de la presente Tesis. El proceso de traducción siguió los siguientes pasos:

1. Preparación de una traducción preliminar al portugués.
2. Evaluación de la traducción por tres nativos brasileños que actuaron como jueces.
3. Establecimiento del lenguaje transcultural equivalente.
4. Elaboración de una "backtranslation".
5. Investigación con los propios sujetos acerca de las posibles dificultades a la hora de contestar el cuestionario.

La traducción preliminar del I.S.R.A al portugués se hizo en un primer momento de forma literal, para luego adaptar el lenguaje literal al significado conceptual y semántico de los ítems que presentaban alguna dificultad.

Siguiendo los requisitos establecidos por la teoría de construcción y adaptación de test (Spielberger y Sharma, 1976) se buscó realizar la traducción literal de los 224 ítems del inventario (23 situaciones y 24 respuestas), sin que hubiera modificación en la estructura conceptual de éstos. La metodología utilizada no acarrió demasiado problemas dado que ambas lenguas poseen la misma raíz latina.

Así, de las 23 situaciones que está constituido el inventario, 20 de ellas fueron traducidas

literalmente al portugués puesto que fue suficiente para su adaptación a la forma portuguesa, de manera que el contenido psicológico y gramatical del inventario original permanecieran en la nueva versión.

Para las tres situaciones restantes (1, 7, 15) la traducción literal no fue suficiente, siendo necesario recurrir a la adaptación semántica de dichas situaciones.

La situación nº 1 en español, "ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante" fue adaptada de la siguiente manera: "*antes de un exame ao qual me esforcei muito, ou se vou ser entrevistado para um trabalho importante*". Para la parte final de la situación fue posible su traducción literal, pero para la primera, la expresión "jugarse mucho" no existe en portugués; a lo mejor se podría traducir esa expresión como "*antes de un exame ao qual existen muitas coisas em jogo*", pero de esa forma el examen al que la situación haría referencia sería un examen muy específico como una oposición, etc. Por consiguiente se optó por la otra traducción donde otros tipos de situaciones de evaluación estarían relacionadas, jugando un papel importante las diferencias individuales o las características de la persona que contesta al inventario.

Con respecto a la situación nº 7 "si una persona del otro sexo está muy cerca de mi, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima", se tradujo inicialmente como "*se uma pessoa de outro sexo está perto de mim, acariciando-me ou se estou em uma situação sexual íntima*" porque denotaría más el significado de relacionamiento íntimo dentro de la esfera sexual, aunque posteriormente, se optó por mantener la expresión "*roçando-me*" para identificar la

situación no sólo en situaciones sexuales íntimas espontáneas sino también, en otras situaciones ocasionales como pueden ser, "...cuando alguien está muy cerca, dentro del autobús, metro etc.", permaneciendo entonces la forma original.

Finalmente, en la situación nº 15 "cuando voy a una cita con una persona del otro sexo" se tradujo como "*quando vou a um encontro marcado com alguém de outro sexo*" porque la palabra "*cita*" como tal no existe en portugués, ya que el verbo "*citar*" en portugués hace referencia a una intimación judicial o de una autoridad.

En la traducción de las respuestas al portugués, todas las respuestas motoras y fisiológicas sufrieron una traducción literal sin necesidad de otros ajustes. Sin embargo, para las respuestas cognitivas, sí fue necesario echar mano de un acercamiento semántico.

Por lo tanto, las respuestas (4, 7) "doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme" y "pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos" fueron traducidas de la siguiente manera respectivamente: "*faço grandes rodeios e não me decido*" y "*penso que as pessoas percebem meus problemas ou a incapacidade de meus atos*". En el primer caso, la expresión "*dar demasiadas vueltas*" no existe como tal en portugués, optándose por la forma arriba citada -"*faço grandes rodeios*"-. Sin embargo, después de aplicar el I.S.R.A. experimental a una determinada muestra de personas se verificó que esta traducción aún presentaba un cierto nivel de dificultad. Las personas siempre se fijaban en ella, solicitando alguna información suplementaria. Después de explicarla muchas veces se encontró la más óptima traducción -"*penso mil coisas ao mesmo tempo e nao me decido*"- para esta respuesta, la cual fue

incluida definitivamente en el inventario. Para la respuesta número siete, la palabra "*torpe*" en portugués significa "*desonesto, impúdico, infame, repugnante, obsceno*", prefiriéndose la manera en que se puso anteriormente "*incapacidade de meus atos*"-. No obstante, se podría haber optado por otras tres palabras - "*desastrados, desengonçados o desajeitados*"-; sin embargo, quizás al elegir una de éstas, pudiera suponer problemas al haber alguna diferenciación o poca frecuencia de uso en alguna región o estado brasileño.

En lo que dice respecto a la traducción de las instrucciones de contestación de la prueba así como, de la tabla de frecuencia, no hubo ninguna dificultad; se hizo una traducción literal permaneciendo la misma estructura y frecuencias de la original.

Una vez concluida la traducción preliminar, ésta pasó por una evaluación de tres jueces brasileños. Dichos jueces eran bilingües; uno de ellos era profesor de Literatura Portuguesa, otro, profesor de Ciencias de la Educación y el tercero, profesor de Ciencias Políticas.

Para hacer la evaluación se invitó a cada uno de los jueces a hacer una traducción individual que luego se compararían entre sí, y después se cotejaron éstas con la traducción preliminar. Tras la realización de este proceso se llegó a un consenso acerca de los ítems comentados anteriormente. Además, una cuarta persona independiente realizó una "*backtranslation*", es decir, ha traducido la prueba brasileña otra vez al español, para garantizar una vez más la fidelidad de la versión preliminar brasileña. Las tres escalas y hoja de instrucción del ISRA español están recogidas en el anexo I; el anexo II recoge la hoja de instrucción y las escalas del ISRA brasileño. Ambos de encuentran en el final de esta Tesis.

8.2 ESTUDIO PILOTO INICIAL

Después de hecha la traducción preliminar, se realizó un primer estudio piloto con la finalidad de valorar la traducción del inventario al portugués aplicándolo a 30 sujetos brasileños residentes en un colegio mayor brasileño en Madrid. Además se aprovechó dicho estudio para recabar información con respecto a la traducción de la prueba, utilizando para ello las dudas presentadas por los sujetos.

Los sujetos que constituyeron esta primera muestra eran representantes de nueve estados brasileños y del distrito federal ("São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Goias, Bahia, Peranambuco, Paraíba y Brasilia"), lo que hizo que esta muestra, a pesar del pequeño número de participantes, fuera bastante representativa en el test de la traducción preliminar. La edad media del grupo fue de 31,5 años, con la mitad de cada sexo.

Los resultados obtenidos y presentados en la tabla I, fueron muy semejantes a los de la baremación española (ISRA - Miguel Tobal y Cano Vindel, 1988). De estos primeros resultados se pudo decir que en siete de las ocho variables del ISRA no hubo diferencias de medias significativas entre los datos de la población española con los datos obtenidos en esta primera muestra de población brasileña, encontrándose solamente diferencias significativas en la variable FIII o ansiedad fóbica ($F=4.11$; $P<.04$), hecho que se ha tomado como un buen indicador de la fiabilidad de la traducción del test en su adaptación al portugués y, tal vez, como un índice que refleje escasas diferencias culturales en las manifestaciones de ansiedad entre las poblaciones de ambos países.

Tabla VIII-I. Puntuaciones medias obtenidas al aplicar el ISRA en el primer estudio piloto en comparación con datos de la baremación española.

		BRASIL	ESPAÑA	F	P
C	Media D.t.	67.9 28.4	75.4 31.2	1.11	0.295
F	Media D.t.	38.7 24.4	43.7 27.3	0.64	0.424
M	Media D.t.	40.8 25.6	50.7 31.0	2.09	0.152
T	Media D.t.	147.4 72.5	169.9 78.3	1.58	0.213
FI	Media D.t.	70.2 33.6	77.1 19.5	1.25	0.267
FII	Media D.t.	16.0 11.5	19.6 11.2	1.86	0.177
FIII	Media D.t.	27.7 22.2	39.6 26.4	4.11	0.046
FIV	Media D.t.	17.8 17.3	16.4 12.5	0.16	0.686

8.3 SEGUNDO ESTUDIO PILOTO

8.3.1 MUESTRAS Y PROCEDIMIENTO

Con la finalidad de asegurar la traducción preliminar al portugués del ISRA brasileño y verificar la capacidad psicométrica de ésta, se hizo un segundo estudio piloto. Inicialmente, se aplicó el inventario a 100 sujetos brasileños residentes en España y luego se aumentó esta muestra con 242 brasileños residentes en Brasil. Así, en la muestra total había 342 sujetos; de éstos 110 eran hombres y 232 eran mujeres, con una edad media de 30,8 años (figura 8,1).

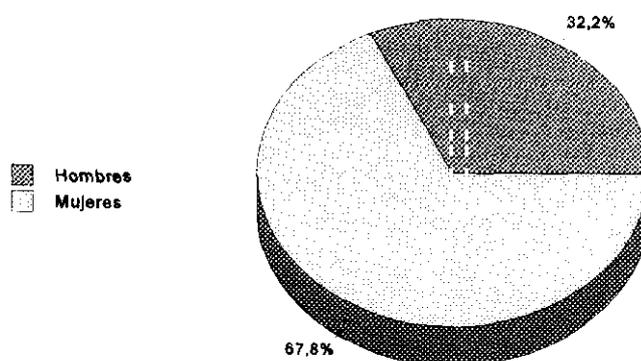


Figura 8,1. Muestra brasileña utilizada en el segundo estudio piloto diferenciada por el sexo (N=342)

Los brasileños residentes en España, eran personas que por motivos profesionales o académicos, se encontraban entonces en este país, no siendo residentes definitivos, y provenían de diversos estados brasileños, entre ellos São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná, Santa Catarina, Ceará, Pernambuco, Alagoas, Paraíba, Bahia y Distrito Federal - Brasilia. Los sujetos residentes en Brasil eran personas de tres estados brasileños: Santa Catarina, Paraíba y Pernambuco. En ambos grupos habían sujetos de distintos niveles socioeconómicos - clase baja, media y alta -, pero en su gran mayoría las personas pertenecían a clase media. El status socioeconómico fue autoinformado por los sujetos investigados en función de sus profesiones y actividad desarrollada.

La muestra total de brasileños estaba formada por cuatro subgrupos: población general (N= 195), con 85 hombres y 110 mujeres clínico; estudiantes (N= 102), con 15 hombres y 87 mujeres; trastornos psicofisiológicos (N= 25), con 8 hombres y 87 mujeres, y trastornos de ansiedad (N= 20), con 2 hombres y 18 mujeres (figura, 8,2). Además, de los 342 sujetos de la muestra total se formaron otras tres submuestras para calcular la fiabilidad test-retest, la validez criterial y la validez concurrente, comparándose los resultados obtenidos mediante la aplicación del ISRA brasileño con los obtenidos con el ISRA original en la versión de 1988.

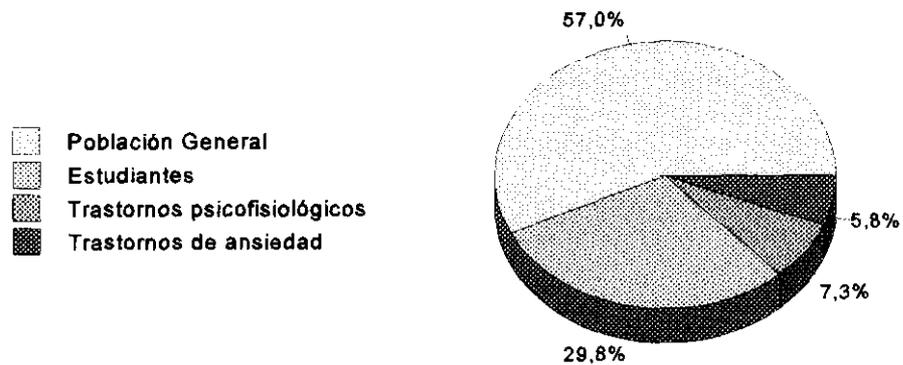


Figura 8,2. Muestra brasileña utilizada en el segundo estudio piloto diferenciada por subgrupos (N=342)

Así, a partir de la muestra de 342 sujetos fueron llevados a cabo los siguientes estudios estadísticos mediante el paquetes estadísticos BMDP (Dixón, 1992) y SPSS (1990):

1. Cálculo de medias y desviaciones típicas separados por el sexo en cada subgrupo (población general, estudiantes, psicofisiológicos y clínicos).
2. Análisis factorial de la prueba (validez de constructo).
 - Respuestas (sistemas de respuesta)
 - Situaciones (rasgos específicos)
3. Validez criterial: capacidad de discriminación entre grupos.
4. Validez concurrente:

- **Correlación con el Inventario Rasgo-Estado de Spielberger (STAI - Spielberger et al, 1970; IDATE - Spielberger et al, 1979; traducción y adaptación de Biaggio y Natalicio).**
5. **Fiabilidad:**
 - **Método test-retest, con un intervalo de mes y medio.**
 6. **Coefficiente Alpha de Fiabilidad.**

8.3.2 RESULTADOS

1. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS GRUPOS

En el primer caso, el cálculo de las puntuaciones medias de ansiedad en las ocho escalas del ISRA, diferenciadas por el sexo, ha revelado resultados muy semejantes a las muestras de la baremación española, siendo el grupo de la población general el que obtuvo las puntuaciones medias más bajas y, los grupos clínico y psicofisiológico, las puntuaciones más elevadas, según se muestra en la tabla VIII-II.

Tabla VIII-II: Puntuaciones medias y desviaciones típicas de los grupos de la muestra total separados por el sexo (N= 342)

	Sexo	P. General N=195	Estudiantes N=102	Psicofisiolog. N=25	Clínico N=20
C	Hombre DT	60.2 29.1	60.1 29.8	93.0 31.4	129.0 24.4
	Mujer DT	71.0 30.4	84.8 37.7	95.6 33.5	118.7 30.8
F	Hombre DT	32.4 23.6	33.6 19.4	63.7 47.1	62.0 59.4
	Mujer DT	42.5 24.7	60.2 34.2	66.0 37.3	91.5 32.2
M	Hombre DT	36.6 27.8	34.4 24.2	74.5 44.8	74.5 77.1
	Mujer DT	44.3 25.0	52.8 30.6	62.4 39.2	80.3 34.4
T	Hombre DT	129.2 70.1	128.0 65.5	231.1 100.0	265.5 160.5
	Mujer DT	158.0 68.7	198.0 92.1	224.0 100.0	290.5 77.6
FI	Hombre DT	56.0 33.0	57.3 29.8	96.7 41.9	104.5 71.4
	Mujer DT	74.3 33.1	89.3 40.0	101.2 42.5	122.5 34.5
FII	Hombre DT	13.5 10.7	11.2 7.4	25.5 15.4	36.5 19.1
	Mujer DT	14.7 10.4	22.2 13.7	23.6 15.6	32.8 17.1
FIII	Hombre DT	32.2 24.0	33.5 19.7	57.0 35.6	57.0 38.2
	Mujer DT	38.2 28.4	53.9 37.9	65.5 42.8	79.2 30.6
FIV	Hombre DT	12.5 10.0	14.0 14.8	25.1 16.3	41.0 22.6
	Mujer DT	16.2 13.1	22.3 15.2	24.0 17.1	41.2 15.4

2. ANÁLISIS FACTORIAL

El análisis factorial de la versión preliminar brasileña del ISRA fue llevado a cabo con la muestra total, tanto para las respuestas como para las situaciones, utilizándose el método de los componentes principales (P.C.A.) con rotación oblicua (DQUART).

Cada una de las 24 respuestas fue identificada por la letra correspondiente al sistema de respuesta o subescala a que cada una de éstas pertenece, asignándoles además un número de 1 a 24 a las letras C, F, y M respectivamente. En este primer análisis, se han obtenido tres factores con un valor propio superior a 1, que explicó el 60% del total de la varianza de los factores no rotados y el 51% de la proporción de la varianza de los factores rotados (Ver tabla VIII-III). En la versión original española se han obtenido tres factores con un valor propio superior a 1, con un 52.47 % de la varianza total explicada.

Los factores encontrados fueron los siguientes:

- Factor 1. Cognitivo. Respuestas cognitivas, como miedo a críticas negativas, dificultad en concentración, inseguridad y dificultad de resolver problemas, etc.
- Factor 2. Fisiológico. Un alto nivel de respuestas fisiológicas relacionadas con el aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, como: mareo, náusea, dificultad en respirar, boca seca o escalofríos.
- Factor 3. Motor. Respuestas motoras que incluyen movimientos repetitivos, movimientos estereotipados e idiosincráticos, como rascarse, tocarse, etc.

Estos resultados apoyan la teoría tridimensional de la ansiedad (Lang, 1968) en la cual la construcción del ISRA está fundamentada. En el caso brasileño, el factor más fuerte ha sido el cognitivo, seguido por el fisiológico y motor. En la versión original española, no obstante, el factor más potente ha sido el fisiológico (Miguel-Tobal, 1985).

Tabla VIII-III. Análisis factorial de las respuestas y correlación entre factores (N=342)

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
C4	0.903		
C7	0.980		
C6	0.828		
C2	0.772		
C3	0.684		
C5	0.659		
C1	0.535		
M12			
F16		0.946	
F15		0.849	
F17		0.748	
F8		0.722	
F14		0.672	0.264
F9		0.621	
F10	0.257	0.507	
F13	0.349	0.436	
F11	0.373	0.425	
M20			0.729
M22			0.707
M19			0.704
M24	0.274		0.400
M23		0.298	0.252
F12	0.395	0.259	0.250
M18		0.269	
Vp	5.465	4.508	2.162
Factor 1	1.000		
Factor 2	0.640	1.000	
Factor 3	0.475	0.435	1.000

Nota: Se han eliminado las saturaciones inferiores a 0.250 y los valores inferiores vienen ordenados por el valor propio.

El análisis factorial de las 22 situaciones ha agrupado cuatro factores que sumaron el 66% de la varianza de los factores no rotados, y la proporción de varianza explicada de los factores rotados fue de 52% (Ver tabla VIII-IV). En el ISRA original, se ha encontrado los mismos cuatro factores que suman 62.51. Estos factores son los siguientes:

- Factor 1. **Ansiedad de evaluación.** Rasgo específico de ansiedad en situaciones que implican evaluación o aceptación de responsabilidades, tales como, hablar en público, situaciones de examen, tomar decisiones, resolver un problema difícil, ser observado, etc.
- Factor 2. **Ansiedad fóbica.** Rasgo específico de ansiedad en situaciones de carácter fóbico, como viajar en barco o avión, estar en lugares altos, observar escenas violentas, estar en lugares con mucha gente o en espacios cerrados.
- Factor 3. **Ansiedad interpersonal.** Rasgo específico de ansiedad en situaciones sociales o de interacción sexual, como en las reuniones sociales, encuentros y citas sexuales, etc.
- Factor 4. **Ansiedad en situaciones de la vida diaria o cotidiana.** Rasgo específico de ansiedad relacionado con las situaciones del día a día, como situaciones de trabajo o estudio.

En resumen, el análisis factorial de las situaciones muestra la existencia de cuatro tipos de situaciones relativamente independientes que generan ansiedad, siendo situaciones de evaluación el primer factor en ambas versiones - original y preliminar -, seguida por la ansiedad fóbica, ansiedad interpersonal y ansiedad en situaciones de la vida diaria, en este orden, para la versión brasileña; y por ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad en la vida diaria en el caso de la versión original del ISRA.

Tabla VIII-IV. Análisis factorial de las situaciones y correlación entre factores (N=342)

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
S4	0.795			0.282
S1	0.750			
S10	0.730		0.295	
S9	0.629		0.275	
S11	0.592			
S13	0.587			
S3	0.579			0.353
S8	0.570			
S19		0.905		
S12		0.791		
S17		0.687		
S20	0.465	0.528		
S14		0.493		
S15			0.849	
S7			0.785	
S18	0.342		0.652	
S6			0.573	
S22				0.863
S5	0.324			0.489
S16		0.281		0.366
S21		0.257		0.295
S2	0.273		0.332	
Vp	4.273	2.781	2.653	1.640
Factor 1	1.000			
Factor 2	0.497	1.000		
Factor 3	0.528	0.450	1.000	
Factor 4	0.395	0.343	0.343	1.000

Nota. Se han eliminado las saturaciones inferiores a 0.250 y los factores vienen ordenados por el valor propio.

3. VALIDEZ CRITERIAL

Con el objetivo de calcular la capacidad discriminante del ISRA brasileño, tres submuestras de la muestra total fueron utilizadas. Primero, se ha seleccionado aleatoriamente 112 sujetos de la población general brasileña, 24 hombres y 88 mujeres, que formaron uno de los grupos; después, se hizo la unión de los sujetos clínicos y psicofisiológicos, a los cuales se les denominó grupo clínico, que estaba constituido por 45 sujetos, con 10 hombres y 35 mujeres. Al objeto de comparar ambos grupos fueron equiparados según el "sexo" (Ver tabla VIII-V).

Tabla VIII-V. Medias, desviaciones típicas y tests estadísticos de las diferencias entre medias de los sujetos clínicos (N=45) y de la población general (N=112).

Subescalas	Clínico	Pob. General	"t"	P
	Medias / DT	Medias / DT		
C	105.9 33.3	65.9 29.1	7.46	0.0000
F	75.6 39.0	38.7 24.9	5.87	0.0000
M	72.3 39.2	41.4 25.5	4.88	0.0000
T	253.7 146.0	156.0 71.4	6.88	0.0000
FI	109.1 40.5	68.1 34.7	5.96	0.0000
FII	28.2 16.4	13.5 10.8	5.55	0.0000
FIII	69.1 36.6	35.6 26.1	5.59	0.0000
FIV	31.8 18.0	14.4 12.1	5.97	0.0000

Los resultados de la validez criterial han mostrado que el ISRA brasileño es eficiente en la discriminación de la población general y sujetos clínicos. Las diferencias entre los grupos fueron significativas en todas las variables, con $p < 0.0000$.

4. VALIDEZ CONCURRENTES

Para calcular la validez concurrente de la versión preliminar del ISRA brasileño se hizo la correlación de ésta con el Inventario Estado-Rasgo - STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1979) en la versión portuguesa adaptada a la población brasileña (IDATE - Biaggio y Natalicio, 1979), que es un test muy utilizado y con una importante aceptación internacional.

El cálculo de las correlaciones entre las ocho variables del ISRA con la escala rasgo del STAI se ha realizado con una submuestra compuesta de 39 sujetos de la población general, 13 hombres y 26 mujeres, a los que, primero se solicitaba que contestasen la escala rasgo del STAI, e inmediatamente después, las tres escalas del ISRA. Los resultados presentados en la tabla VIII-VI, revelan correlaciones estadísticamente significativas para todas las variables con $p < 0.001$, lo que es similar a los resultados de validez concurrente de la versión española con la misma prueba. Las puntuaciones varían entre 0.48 a 0.63 en la versión brasileña y de 0.40 a 0.62 en la versión española.

5. FIABILIDAD TEST-RETEST

El método de fiabilidad test-retest fue utilizado para investigar la fiabilidad de la versión

preliminar brasileña, con una submuestra de 56 sujetos pertenecientes a distintos subgrupos, con 22 hombres y 34 mujeres. La tabla VIII-VII muestra que para ambas versiones del ISRA, brasileña y española, las tasas de fiabilidad fueron altas, sobre todo considerando que el intervalo de aplicación fue de 1 1/2 y 2 meses respectivamente y que normalmente se utilizan intervalos más cortos de aplicación. Las puntuaciones variaron entre 0.80 a 0.90 para la versión brasileña, y entre 0.74 a 0.81 para la versión española.

Tabla VIII-VI. Correlaciones entre las versiones brasileña y española del ISRA con la escala rasgo del STAI

Subescalas ISRA	ISRA brasileño STAI (N=39)	ISRA español STAI (N=129)
C	0.59	0.61
F	0.60	0.44
M	0.54	0.44
T	0.63	0.60
FI	0.59	0.60
FII	0.55	0.51
FIII	0.48	0.40
FIV	0.63	0.62

6. COEFICIENTE ALFA

Se ha calculado también el coeficiente "alfa" en base a la fórmula 20 de Kuder-Richardson, modificada por Cronbach (1951). Las puntuaciones para las ocho variables de ambos ISRA, el brasileño y el español, se presentan en la tabla VIII-VIII. Los coeficientes alfa

para ambas versiones fueron bastante elevados y oscilaban entre 0.89 a 0.98 en la versión brasileña, y entre 0.92 a 0.99 en la versión española.

Tabla VIII-VII. Fiabilidad Test-retest

Subescalas	BRASIL (N=89)	ESPAÑA (N=76)
C	0.87	0.74
F	0.85	0.77
M	0.80	0.78
T	0.90	0.81
FI	0.87	0.76
FII	0.80	0.74
FIII	0.89	0.81
FIV	0.82	0.79

Tabla VIII-VIII. Coeficiente Alfa en ambas versiones del ISRA

Subescalas	BRASIL (N=342)	ESPAÑA (N=1.209)
C	0.94	0.96
F	0.97	0.98
M	0.94	0.95
T	0.98	0.99
FI	0.95	0.96
FII	0.89	0.92
FIII	0.95	0.96
FIV	0.90	0.93

Los análisis para el cálculo de la validez criterial prueban que la versión preliminar del ISRA brasileño es eficiente al discriminar entre la población general y sujetos clínicos, con diferencias significativas entre los grupos ($p < 0.0000$).

La validez concurrente o correlación entre la versión preliminar con el STAI, ha proporcionado un sólido soporte a la validez estructural de ISRA brasileño. Todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas. Del mismo modo, ambos métodos de fiabilidad, test-retest y coeficiente alfa, fueron muy altos.

De los resultados relativos al estudio piloto, se concluye que la adaptación del ISRA a la población brasileña viene siguiendo un camino prometedor, y que posiblemente se utilizará esta versión preliminar en la adaptación definitiva. El siguiente paso y fundamental para dicha adaptación, será la ampliación de la muestra, tanto de población general como de sujetos psicofisiológicos y clínicos (trastornos de ansiedad), y que ésta sea representativa de la población brasileña.

8.3.3 CONCLUSIONES

Las conclusiones con respecto a los resultados obtenidos con este estudio fueron muy similares a los obtenidos con el español (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1988). Los análisis estadísticos llevados a cabo revelaron una alta estructura interna para la versión preliminar brasileña del ISRA. El análisis factorial de la construcción del test ha identificado, como en el ISRA español, tres sistemas de respuestas y cuatro rasgos específicos. Estos resultados apoyan la teoría tridimensional de la ansiedad (Lang, 1968) que fundamenta la construcción del ISRA original. Este análisis factorial mantiene la taxonomía de los tres sistemas de respuestas, revelándolos como relativamente independientes. Asimismo, el análisis factorial de las situaciones ha mostrado la existencia de cuatro tipos de situaciones relativamente independientes que generan ansiedad.

9. ADAPTACIÓN DEFINITIVA

9.1 DESCRIPCIÓN DE LAS MUESTRAS Y PROCEDIMIENTO UTILIZADO

La adaptación definitiva del *ISRA* a la población brasileña se ha llevado a cabo bajo un riguroso criterio de investigación, siguiendo un diseño similar al que se adoptó en la baremación española, y todos los requisitos indispensables a la hora de adaptar un autoinforme a una nueva cultura.

La consecución de una muestra suficientemente diversificada y representativa de la población brasileña como para permitir la adaptación del Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad con las indispensables garantías de rigor científico, ha supuesto una dedicación intensiva durante cinco años. Si ello se une a la necesidad de conseguir que dicha muestra no sólo fuera representativa de la población general, sino también de los sujetos con trastornos psicofisiológicos y de los que presentan trastornos de ansiedad, de tal forma que permitiera la aplicación de los métodos estadísticos precisos para la investigación, se comprende la ambición del propósito.

En consecuencia, la muestra total empleada estuvo constituida por 1136 sujetos, pertenecientes a 13 estados brasileños y al distrito federal - Brasilia (ver tabla IX-I) y a diversas clases socioeconómicas (alta, media y baja), una media de edad de 32 años, con un 65% de mujeres y el resto hombres, estando dividida en cuatro submuestras (población general, sujetos con trastornos psicofisiológico, sujetos con trastornos de ansiedad y estudiantes de psicología) (Ver figuras 9,1 y 9,2). Con respecto a las clases socioeconómicas, el 24% de la muestra pertenecían a la clase alta, el 41% a la clase media y el 34% a la clase baja. Este status

socioeconómico fue identificado por autoinforme de los sujetos, así como por la actividad laboral desarrollada y la remuneración recibida.

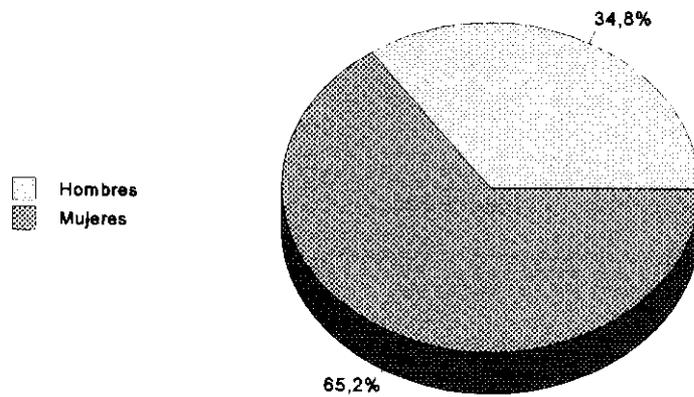


Figura 9.1. Muestra total brasileña diferenciada por el sexo (N=1136)

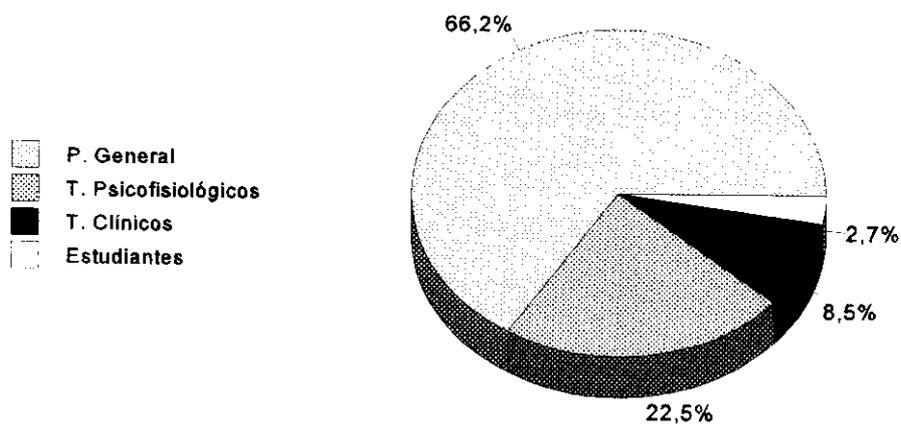


Figura 9.2. Muestra total brasileña diferenciada por subgrupos (N=1136)

Tabla IX-I. Estados brasileños empleados en la muestra total.

ESTADOS BRASILEÑOS	%
São Paulo	9.2
Rio de Janeiro	7.1
Paraná	8.2
Santa Catarina	7.2
Rio Grande do Sul	6.5
Distrito Federal - Brasilia	4.7
Minas Gerais	3.6
Goiás	2.5
Bahía	7.7
Rio Grande do Norte	6.9
Ceará	4.9
Paraíba	17.6
Pernambuco	12.3
Alagoas	2.6

La muestra de población general agrupó a 752 brasileños, de los cuales 302 eran hombres y 450 mujeres, y una media de edad de 32 años. Las personas de este grupo eran personas que no padecían de ningún trastorno de ansiedad o psicofisiológico; se les invitaba a participar en el estudio, informándoles el motivo de la investigación, y el carácter anónimo de la encuesta. Una vez aceptado, se aplicaba el ISRA generalmente de forma individual en sesiones medias de 50 minutos, aunque algunas veces se aplicó a pequeños grupos. Para la obtención de los datos de esta muestra se contó con la colaboración de investigadores de diferentes estados de Brasil, entrenados previamente por el investigador principal para no perder la fiabilidad.

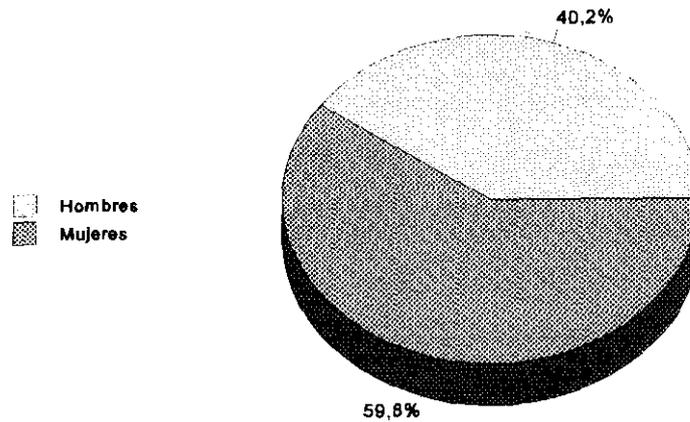


Figura 9.3. Muestra de la población general brasileña diferenciada por el sexo (N= 752)

En el grupo de personas con trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos se encontraban 256 pacientes, con edad media de 38 años y un 72% de mujeres, afectados de úlcera gástrica (N=46), de asma (N=43), de hipertensión esencial (N=65), de cefaleas (N=54) y de dermatosis (N=48). Los pacientes anteriormente eran seleccionados por médicos especialistas y generales que les remitían al psicólogo después de informarles sobre el motivo de la investigación y recibir su consentimiento para la entrevista. En ella, el psicólogo recababa toda la información necesaria para el estudio, se aclaraba las posibles dudas, e iniciaba la aplicación del ISRA. Este grupo de pacientes ha sido seleccionado en Hospitales Universitarios de la Universidad Federal brasileña y en algunas consultas privadas.

Las 97 personas con trastornos de ansiedad diagnosticadas de acuerdo con los criterios del DSM-IV (APA, 1994), formaban el grupo clínico, con una edad media de 35 años (80% mujeres,

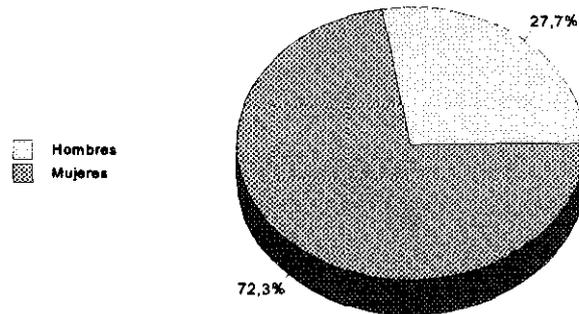


Figura 9,4. Muestra de sujetos psicofisiológicos diferenciada por el sexo (N= 256)

20% hombres) (ver figura 9,5), entre los que había pacientes con ansiedad generalizada (N=34), fobia social (N=5), agorafobia (N=5), ataque de pánico (N=19), obsesión y compulsión (N=1), ansiedad no especificada (N=13) y otras con depresión mayor episodio único (N=20). Todos los pacientes de este grupo pertenecían a los Servicios de Salud Mental de Centros de Especialidades públicos. Los datos eran recogidos por el psicólogo cuando los pacientes acudían al centro para una consulta. A los pacientes de este grupo, así como a los del grupo anterior se pidió su participación voluntaria en el estudio y se ofrecieron a cambio la devolución de los resultados.

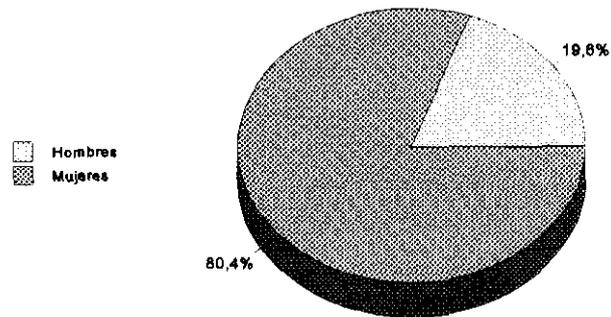


Figura 9,5. Muestra de sujetos clínicos diferenciada por el sexo (N= 97)

Por último, el grupo de estudiantes reunía a 31 estudiantes de 5º año de psicología, de los que, 3 eran hombres y 28 mujeres (ver figura 9,6), con edad media de 27 años. A este grupo la aplicación del ISRA se hizo de forma grupal, después de informarles sobre la investigación y obtener su consentimiento.

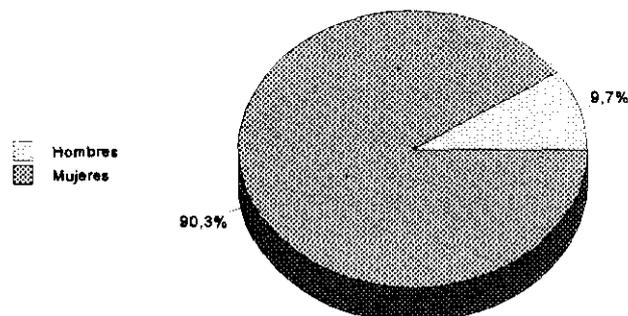


Figura 9,6. Muestra de estudiantes diferenciada por el sexo (N= 31)

El procedimiento de aplicación del ISRA fue idéntico en todas las muestras. En primer lugar, los sujetos contestaban la escala cognitiva, seguida por la fisiológica y la motora. Sin embargo, los dos subgrupos extraídos de la muestra total destinados al cálculo de fiabilidad test-retest y validez concurrente, se introdujeron algunas variaciones en dicho procedimiento. En el primer caso, los sujetos contestaron dos veces al ISRA con intervalo de mes y medio entre la primera y segunda aplicación; en el segundo, los sujetos primero contestaron la escala rasgo del IDATE (Spielberger et al, 1979) para después hacerlo con el ISRA, en el orden expuesto anteriormente.

Con las diversas muestras se llevaron a cabo los siguientes estudios, esencialmente de tipo estadístico y psicométrico:

1. Cálculo de medias y desviaciones típicas separados por el sexo en cada subgrupo
 - 1.1 Población general
 - 1.2 Psicofisiológicos
 - 1.3 Clínicos
 - 1.4 Estudiantes

2. Análisis factorial de la prueba (validez de constructo).
 - 2.1 Respuestas (sistemas de respuesta)
 - 2.2 Situaciones (rasgos específicos)

3. Validez criterial: capacidad de discriminación entre grupos.

4. Consistencia interna: correlación de Pearson entre cada subescala con el total.

5. Validez concurrente:

5.1 Correlación con el Inventario Rasgo-Estado de Spielberger (IDATE - Spielberger et al, 1979).

5. Fiabilidad:

4.1 Método test-retest, con un intervalo de mes y medio.

4.2 Coeficiente Alpha de fiabilidad.

6. Baremación de la prueba:

6.1. Baremos de muestra normal

6.1.1. Hombres

6.1.2. Mujeres

6.2. Baremos de la muestra clínica

6.2.1. Hombres

6.2.2. Mujeres

7. Estudio transcultural entre Brasil y España.

En la elaboración de Baremos se hace necesario diferenciar no sólo muestra normal versus muestra clínica (trastornos psicofisiológicos y trastornos de ansiedad), sino también baremos de hombres versus baremos de mujeres, ya que habitualmente las mujeres puntúan significativamente

más alto que los varones en las escalas de ansiedad (Spielberger y Díaz Guerrero, 1970; El-Zahhar y Hocevar, 1991; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994).

Para los estudios de fiabilidad y validez se tomaron dos submuestras de la muestra de población general. En una de ellas se volvió a pasar el I.S.R.A. (retest) un mes y medio después de la primera evaluación (test). En la otra submuestra, además de aplicar el I.S.R.A. se evaluó el nivel de ansiedad con otra prueba brasileña de reconocida validez, el Inventario Estado-Rasgo de Spielberger (IDATE) con el fin de obtener la correlación entre ambos inventarios.

Todos estos análisis se llevaron a cabo en el Centro de Proceso de Datos de la Universidad Complutense de Madrid, mediante la utilización de los paquetes estadísticos BMDP (Dixon, 1993) y SPSS (1990).

10. RESULTADOS

10.1 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS GRUPOS

El tratamiento de un gran número de datos y las comparaciones entre los grupos, y entre los sexos, obligó a realizar un estudio estadístico en el que se llevaron a cabo varios análisis de varianza, utilizando el paquete estadístico BMDP (Dixon, 1993). Las medias, desviaciones típicas separados por el sexo en cada submuestra para los sistemas de respuesta y nivel general, así como para los rasgos o situaciones específicas generadoras de ansiedad, pueden verse en las tablas X-I, X-II respectivamente. Se observan notables diferencias no sólo a nivel de los grupos, principalmente entre los psicofisiológico y clínico con el grupo de la población general, sino también respecto al sexo, dado que existen grandes diferencias según éste (Ver figuras 10,1 y 10,2).

El análisis de varianza sobre los tres sistemas de respuesta (C, F, M y T) y a nivel de rasgo general de ansiedad o total (T) ha revelado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos analizados ($F= 90.39$; $p<0.000$) y entre los sexos, presentando los siguientes valores: $p<0.01$ en el sistema cognitivo, $p<0.0003$ en el fisiológico y $p<0.004$ para el total o rasgo general. No obstante, no hubo diferencias de ansiedad entre los sexos en el sistema motor ($F=2.69$; $p<0.1$) (Ver tabla X-III).

Igualmente, el análisis de varianza sobre los cuatro rasgos específicos o áreas generadoras de ansiedad (FI, FII, FIII y FIV) ha mostrado diferencias estadísticamente significativas tanto en los grupos estudiados ($F= 78.33$; $p<0.0000$) como respecto a los sexos, con valores de $p<0.001$ en situaciones de evaluación y fóbicas (FI y FIII) y $p<0.008$ en las situaciones interpersonales. no

existiendo diferencias sexuales en las situaciones de la vida cotidiana (FIV) (Ver tabla X-IV).

Tabla X-I. Estadísticos descriptivos de la muestra total dividida por subgrupo y sexo en los tres sistemas de respuestas (C, F y M) y nivel general de ansiedad (T) (N=1136)

SISTEMAS DE REPUESTAS		GRUPOS							
		P. General N= 752		T. Psicofisiológ. N= 256		T. Clínicos N= 97		Estudiantes N= 31	
		H N= 302	M N= 450	H N= 71	M N= 185	H N= 19	M N= 78	H N= 3	M N= 28
C	Media	65.88	79.57	103.36	109.39	128.47	131.48	61.33	96.85
	D.T.	32.38	34.39	37.76	42.46	32.69	43.68	54.24	31.20
F	Media	36.16	50.47	65.94	84.97	92.15	104.70	31.33	71.57
	D.T.	27.49	31.26	39.51	44.67	45.16	47.76	9.07	27.75
M	Media	37.04	46.66	62.53	69.56	81.78	87.91	43.66	57.85
	D.T.	28.82	31.16	36.02	40.54	40.73	38.45	21.54	28.91
T	Media	139.08	176.72	231.84	263.93	302.42	324.10	136.33	226.28
	D.T.	79.52	85.81	97.63	114.45	105.56	120.31	82.95	73.14

Tabla X-II. Estadísticos descriptivos de la muestra total dividida por subgrupo y sexo en las cuatro áreas situacionales o rasgos específicos (FI, FII, FIII y FIV) (N=1136)

ÁREAS SITUACIONALES O RASGOS ESPECÍFICOS		GRUPOS							
		P. General N= 752		T. Psicofisiológ. N= 256		T. Clínicos N= 97		Estudiantes N= 31	
		H N= 302	M N= 450	H N= 71	M N= 185	H N= 19	M N= 78	H N= 3	M N= 28
FI	Media	60.33	78.66	94.18	111.40	127.05	132.21	53.33	98.82
	D.T.	34.27	37.81	40.32	45.21	38.71	44.65	19.85	32.89
FII	Media	14.77	19.07	25.88	30.50	39.21	39.44	9.00	26.92
	D.T.	11.77	14.08	15.03	18.58	16.50	21.91	9.64	14.01
FIII	Media	37.53	48.70	63.76	77.94	81.52	94.71	31.66	64.57
	D.T.	27.71	32.16	34.26	39.25	36.29	40.59	27.53	32.00
FIV	Media	14.29	18.93	29.84	34.64	40.63	44.08	24.66	26.00
	D.T.	12.31	14.64	19.62	22.75	18.85	25.08	22.03	13.60

Tabla X-III. Análisis de varianza - intergrupo / intersexo - en los tres sistemas de respuesta y nivel general de ansiedad

	FUENTE	Suma de cuadrados	G.L.	Media cuadrática	F	P
C	Media	131168915	1	131168915	100182	0.0000
	Grupo	323455.18	3	107818.39	82.35	0.0000
	Sexo	7387.09	1	7387.09	5.64	0.0175
	Grup/Sex	5061.90	3	1687.30	1.29	0.2768
	Error	1476800.47	1128	1309.22		
F	Media	628294.38	1	628294.38	514.90	0.0000
	Grupo	297289.35	3	99096.45	81.21	0.0000
	Sexo	16144.32	1	16144.32	13.23	0.0003
	Grup/Sex	2682.93	3	894.31	0.73	0.5324
	Error	1376420.14	1128	1220.23		
M	Media	516200.94	1	516200.94	467.09	0.0000
	Grupo	174845.27	3	58281.75	52.74	0.0000
	Sexo	2974.25	1	2974.25	2.69	0.1009
	Grup/Sex	467.82	3	155.94	0.14	0.9354
	Error	1246608.79	1128	1105.14		
T	Media	7056521.88	1	7056521.88	815.39	0.0000
	Grupo	2346724.00	3	782241.33	90.39	0.0000
	Sexo	71580.48	1	71580.48	8.27	0.0040
	Grup/Sex	12288.14	3	4096.04	0.47	0.7009
	Error	9761894.13	1128	8654.16		

Tabla X-IV. Análisis de varianza - intergrupo / intersexo - en los tres sistemas de respuestas y nivel general de ansiedad

	FUENTE	Suma de cuadrados	G.L.	Media cuadrática	F	P
FI	Media	1243797.72	1	1243797.72	877.12	0.0000
	Grupo	337004.61	3	112334.87	74.70	0.0000
	Sexo	16171.68	1	16171.68	10.01	0.0010
	Grup/Sex	4574.80	3	1524.93	1.01	0.3856
	Error	1696252.92	1128	1503.77		
FII	Media	91295.38	1	91295.38	399.85	0.0000
	Grupo	43128.82	3	14376.27	62.96	0.0000
	Sexo	1596.30	1	1596.30	6.99	0.0082
	Grup/Sex	760.16	3	253.38	1.11	0.3441
	Error	257549.47	1128	228.32		
FIII	Media	5449963.72	1	5449963.72	495.27	0.0000
	Grupo	209688.11	3	69896.03	63.52	0.0000
	Sexo	11109.54	1	11109.54	10.10	0.0015
	Grup/Sex	1567.53	3	522.51	0.47	0.6998
	Error	1241181.77	1128	1100.33		
FIV	Media	118253.49	1	118253.49	410.54	0.0000
	Grupo	67682.83	3	22560.94	78.33	0.0000
	Sexo	440.48	1	440.48	1.53	0.2162
	Grup/Sex	507.55	3	16.91	0.06	0.9813
	Error	324909.51	1128	288.04		

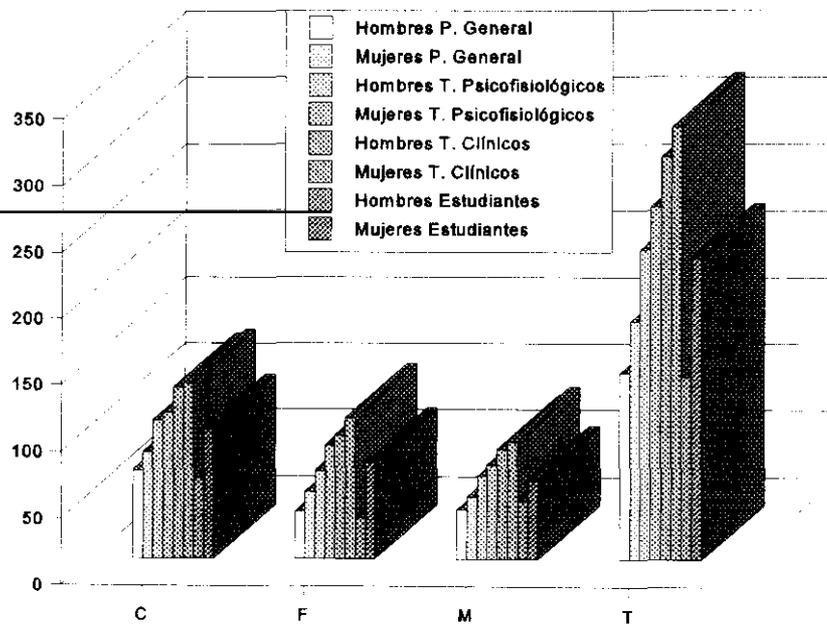


Figura 10.1. Medias en los tres sistemas de respuesta de ansiedad para las cuatro submuestras brasileñas diferenciadas por el sexo

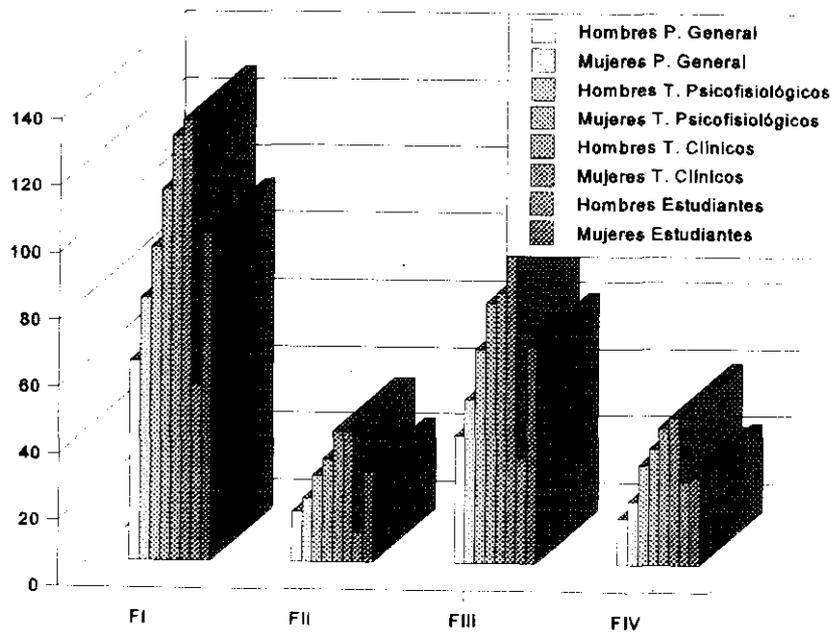


Figura 10.2. Medias en los rasgos específicos o áreas situacionales de ansiedad para las cuatro submuestras brasileñas diferenciadas por el sexo

10.2 VALIDEZ CRITERIAL

Para saber la capacidad del ISRA brasileño y de cada una de sus subescalas al discriminar entre distintos grupos, se realizaron pruebas de "t" (diferencias entre medias) entre el grupo de población general y los grupos psicofisiológico y clínico separados por el sexo. Cuando las varianzas no mostraban diferencias significativas (probabilidad de $F \leq .05$) se utilizó la prueba de T (Trin pooled), y cuando existían diferencias (probabilidad de $F \leq .05$) se utilizó la T (Trin separeted).

Por lo tanto, para la realización del primer análisis se utilizaron 752 sujetos de la población general, con 302 hombres y 450 mujeres, y 242 sujetos psicofisiológicos, siendo 67 hombres y 175 mujeres. En la muestra masculina los sujetos tenían edades comprendidas entre 16 y 68 años, en la femenina entre 16 y 62 años.

Los resultados de este análisis pueden verse en la tabla X-V. El ISRA total (T) así como cada una de sus subescalas (C, F, M, FI, FII, FIII y FIV) muestran diferencias altamente significativas ($p \leq .0000$) entre los grupos de población general y psicofisiológico, puntuando más elevado en todas las variables el psicofisiológico, tanto en la muestra masculina como la femenina, con respecto al de población general. Una pormenorización de estas diferencias se observa en las figuras 10,3 y 10,4.

La segunda comparación realizada fue entre los grupos de población general y clínico. Dada la escasez de sujetos clínicos masculinos (N=20) se decidió hacer la comparación de los

grupos sin separación de los sexos; sin embargo los grupos fueron equiparados en sexo y edad. Por tanto, este análisis se realizó con una muestra de población general de 558 sujetos, y otra clínica de 97 sujetos, con un 80% de mujeres, 20% de hombres, y edades comprendidas entre los 16 y 64 años para ambos grupos.

Tabla X-V. Pruebas de diferencias de medias entre el grupo de población general (N=752) y el grupo psicossomático (N=242) separados por el sexo.

	Sexo	P. General (H=302; M=450)		T. Psicofisiológicos (H=67; M=175)		"t"	p
		Media	D.T.	Media	D.T.		
C	H	65.88	32.38	103.29	37.83	-8.29	0.0000
	M	79.57	34.39	108.57	42.77	-8.02	0.0000
F	H	36.16	27.49	66.14	39.92	-5.85	0.0000
	M	50.47	31.26	85.25	44.29	-9.51	0.0000
M	H	37.04	28.82	63.00	36.13	-5.50	0.0000
	M	46.66	31.16	69.54	40.42	-6.75	0.0000
T	H	139.08	79.52	232.44	97.54	-7.31	0.0000
	M	176.72	85.81	263.37	114.61	-9.06	0.0000
FI	H	60.33	34.27	95.10	39.35	-6.69	0.0000
	M	78.66	37.81	111.50	44.86	-8.57	0.0000
FII	H	14.77	11.77	26.01	15.21	-5.68	0.0000
	M	19.07	14.08	30.45	18.49	-7.35	0.0000
FIII	H	37.53	27.71	63.56	35.56	-5.68	0.0000
	M	48.70	32.16	78.14	39.37	-8.81	0.0000
FIV	H	14.29	12.31	29.64	19.78	-6.09	0.0000
	M	18.93	14.64	34.48	22.99	-8.31	0.0000

Tabla X-VI. Pruebas de diferencias de medias entre el grupo de población general (N=558) y el grupo clínico (N=97).

	P. General (N=558)		Clínico (N=97)		"t"	p
	Media	D.T.	Media	D.T.		
C	77.19	34.18	130.89	41.62	-12.02	0.0000
F	47.32	31.02	102.24	47.30	-11.03	0.0000
M	44.60	30.68	86.71	38.77	-10.16	0.0000
T	169.11	85.30	319.85	117.36	-12.11	0.0000
FI	74.87	37.30	131.20	43.40	-12.03	0.0000
FII	18.09	13.66	39.40	20.88	-9.69	0.0000
FIII	46.09	31.70	92.13	39.95	-39.95	0.0000
FIV	18.08	14.32	43.41	23.94	-10.11	0.0000

Igualmente, los resultados apuntan diferencias significativas entre los grupos de población general y clínico ($p < .0000$), tanto para el ISRA total (T) como para las demás subescalas (C, F, M, FI, FII, FIII y FIV); mostrando el ISRA brasileño una gran sensibilidad a la hora de discriminar diferencias entre grupos con distintos niveles de ansiedad. Los resultados pueden verse en la tabla X-VI.

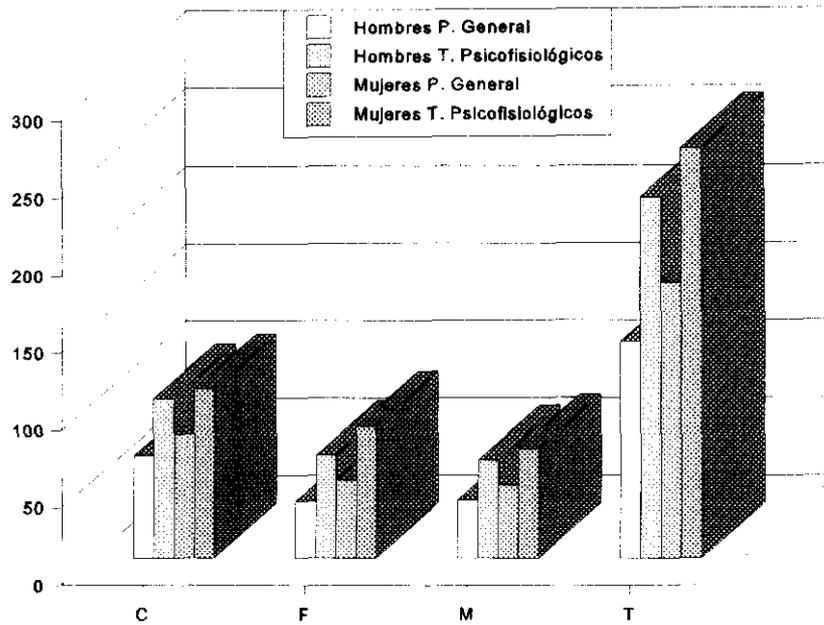


Figura 10.3. Medias en los tres sistemas de respuesta y nivel general de ansiedad en los grupos de población general y trastornos psicofisiológicos de la muestra brasileña diferenciados por el sexo

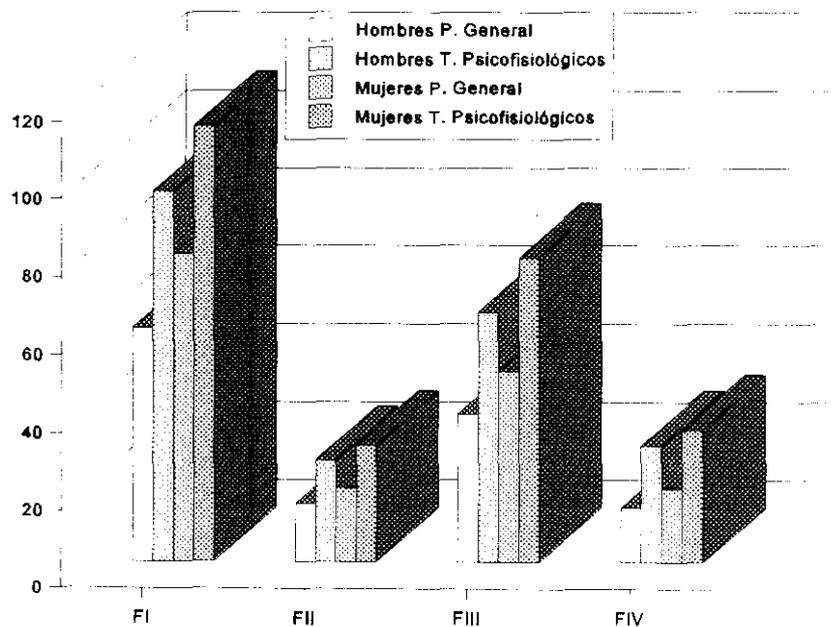


Figura 10.4. Medias en las áreas situacionales o rasgos específicos de ansiedad en los grupos de población general y trastornos psicofisiológicos de la muestra brasileña diferenciados por el sexo

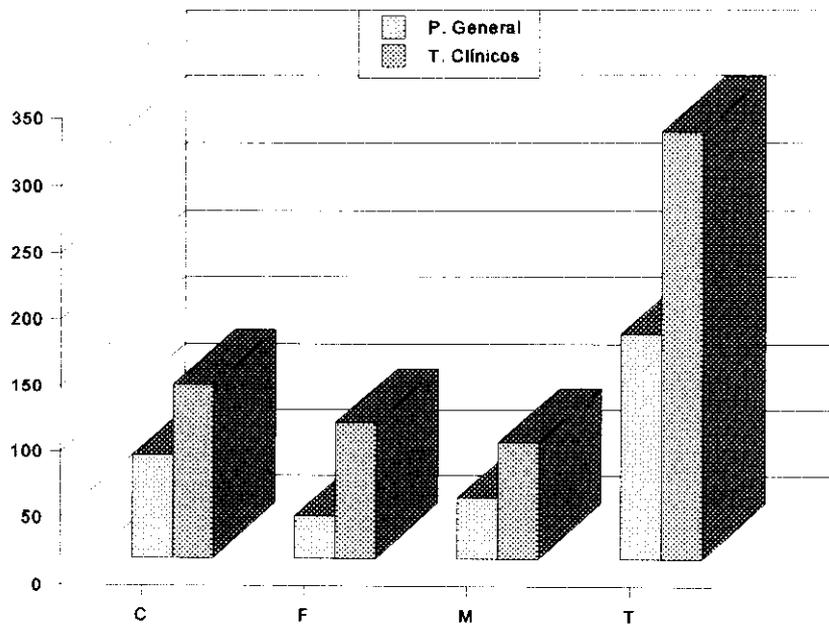


Figura 10.5. Medias en los tres sistemas de respuesta y nivel general de ansiedad de los grupos de población general y trastornos clínicos de la muestra brasileña

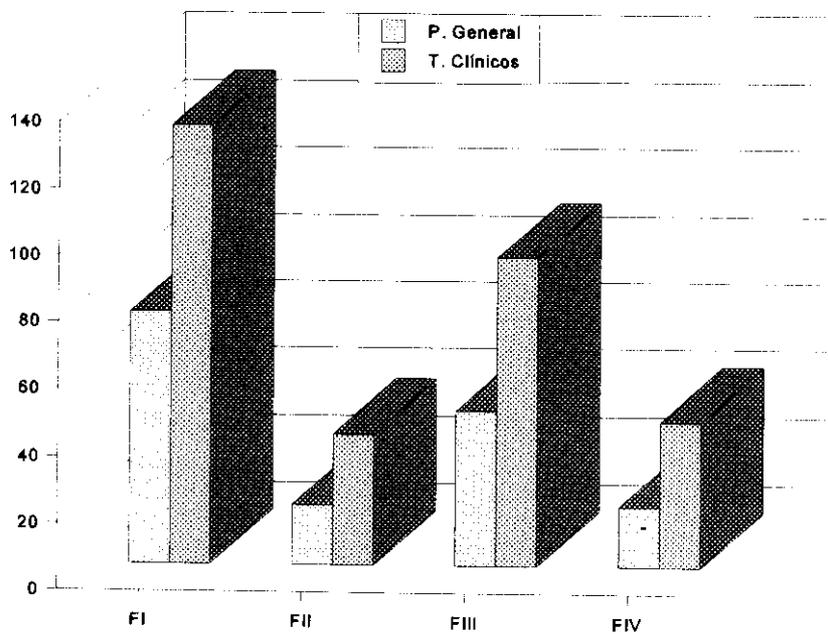


Figura 10.6. Medias en los cuatro rasgos específicos o áreas situacionales de ansiedad de los grupos de población general y trastornos clínicos de la muestra brasileña

10.3 CONSISTENCIA INTERNA

Para establecer la consistencia interna del ISRA brasileño, se calcularon las correlaciones (Coeficiente de Correlación de Pearson) entre las distintas partes y el total, mediante el programa estadístico BMDP 3D.

Para ello fueron utilizados los grupos de la población general, psicofisiológico y de la muestra general, dado que eran los que tenían un mayor número de sujetos, así como la muestra total que incluía el conjunto de todos los grupos.

Los resultados se encuentran en la tabla X-VII, donde puede verse que las correlaciones tanto entre las escalas (C, F y M) como con el total (T) son altamente significativas en todos los grupos ($p \leq .0001$). Entre las subescalas, las mayores correlaciones se dan entre los inventarios fisiológico y el cognitivo, así como entre el fisiológico y motor, mientras que las más bajas aparecen entre los inventarios motor y cognitivo. Como era de esperar, todos los inventarios apuntan correlaciones elevadas con el total, oscilando para el cognitivo entre 0.88 y 0.91, para el fisiológico entre 0.91 y 0.94, y para el motor entre 0.85 y 0.89. En la tabla X-VIII se encuentran los resultados referentes a la versión española. De la comparación se observa que los valores arrojados por el ISRA brasileño son prácticamente semejantes a los índices de correlación españoles.

Una vez valorados estos resultados es posible observar la potente consistencia interna del ISRA brasileño, ya que dicho instrumento igual que el ISRA español permite medir aspectos

diferenciales de la ansiedad que no correlacionan perfectamente entre sí, pero que tienen una varianza común.

Tabla X-VII. Correlación entre las distintas partes del ISRA brasileño y el total en los grupos de población general, psicofisiológico y muestra total brasileña.

SUBESCALA	Cognitiva	Fisiológica	Motora	Total
POBLACIÓN GENERAL				
Cognitiva	1.00			
Fisiológica	0.72	1.00		
Motora	0.63	0.72	1.00	
Total	0.89	0.91	0.87	1.00
MUESTRA PSICOFISIOLÓGICA				
Cognitiva	1.00			
Fisiológica	0.75	1.00		
Motora	0.59	0.69	1.00	
Total	0.88	0.92	0.85	1.00
MUESTRA TOTAL				
Cognitiva	1.00			
Fisiológica	0.80	1.00		
Motora	0.69	0.77	1.00	
Total	0.91	0.94	0.89	1.00

Tabla X-VIII. Correlación entre las distintas partes del ISRA español y el total en los grupos de población general, psicofisiológico y muestra total española.

SUBESCALA	Cognitiva	Fisiológica	Motora	Total
POBLACIÓN GENERAL				
Cognitiva	1.00			
Fisiológica	0.55	1.00		
Motora	0.49	0.65	1.00	
Total	0.84	0.84	0.84	1.00
MUESTRA PSICOFISIOLÓGICA				
Cognitiva	1.00			
Fisiológica	0.50	1.00		
Motora	0.39	0.54	1.00	
Total	0.78	0.85	0.79	1.00
MUESTRA TOTAL				
Cognitiva	1.00			
Fisiológica	0.66	1.00		
Motora	0.56	0.67	1.00	
Total	0.86	0.89	0.85	1.00

10.4 FACTORIZACIÓN

10.4.1 ANÁLISIS FACTORIAL DE LAS RESPUESTAS

Partiendo de las puntuaciones de todos los componentes de la muestra brasileña (N=1136), se realizó un análisis factorial mediante utilización del método P.C.A (componentes principales) con rotación DQUART (oblicua). Se aplicó para dicho análisis el programa BMDP 4M. Los resultados de la versión brasileña pueden verse en la tabla X-IX, y de la española (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994) en la tabla X-X. Anteriormente, a la realización de este estudio, se había obtenido las puntuaciones de cada sujeto en cada respuesta, sumando las puntuaciones de todos aquellos ítems que incluían dicha respuesta.

Cada respuesta fue identificada mediante un número desde el 1 al 24 y una letra inicial (C, F o M) que indica la subescala o sistema de respuesta al que pertenece. Se han obtenido tres factores con un valor propio (Vp) superior a 1, que explican el 65.7% de la varianza total de los factores no rotados y, el 55.6% de la proporción de la varianza de los factores rotados. El primero explica el 27.80%, el segundo el 21.36% y el tercero el 6,46%, presentando valores propios de 6.67 el primer factor (fisiológico), 5.12 el segundo (cognitivo) y 1.55 el tercero (motor). Las correlaciones entre factores oscilan entre 0.33 y 0.75.

Es importante señalar que mediante el análisis realizado, el primer factor recogió las diez respuestas fisiológicas presentadas por el ISRA; el segundo factor agrupó las siete respuestas cognitivas; agrupando a su vez, el tercer factor todas aquellas respuestas motoras que están

representadas en el ISRA.

En la versión original española, tal como se comentó anteriormente en el apartado del estudio piloto (capítulo 7), se han obtenido tres factores con un valor propio superior a 1, con un 52.47% de la varianza total explicada. El primero explicó el 23.10%, el segundo el 21.18% y, el tercero 8.19% de la varianza total. En el segundo análisis factorial de las respuestas del ISRA español (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994), realizado con una muestra ampliada de 1.209 sujetos, se encontraron tres factores que explican el 64.7 de la varianza total. La capacidad explicativa de la varianza total aumentó en más de 12 puntos porcentuales, con valores propios de 5.75 el primer factor (fisiológico), 5.56 el segundo (cognitivo) y, 1.96 el tercer factor (motor); valores estos muy semejantes a los obtenidos en el análisis factorial de las respuestas brasileño.

Al igual que en la versión española, se han definido los siguientes factores:

Factor 1: Activación fisiológica, caracterizado por altas saturaciones de las respuestas fisiológicas, es decir, las relacionadas con aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo y/o somático como: náuseas y mareo, dificultades respiratorias, sequedad de la boca, escalofríos, temblores, etc.

Factor 2: Cognitivo, caracterizado por elevadas saturaciones en las respuestas de tipo cognitivo: dificultades para resolver problemas o tomar decisiones, dificultades de concentración, miedo a ser criticado por los demás, inseguridad, etc.

Factor 3: Activación motora, caracterizado por altas saturaciones en las respuestas de tipo motor, como realización de movimientos repetitivos e idiosincráticos, rascarse, moverse y hacer cosas sin una finalidad concreta, fumar, beber en exceso, etc., que implican una alta activación motora no dirigida a una meta concreta, o una ejecución deficitaria de la conducta que se pretende llevar a cabo. Este factor tiene un valor propio menor que los dos anteriores, y algunas de las respuestas motoras obtenidas saturan moderadamente en los factores 1 y 2, de forma similar a lo ocurrido en la versión española (véase Miguel-Tobal, 1985).

Los resultados del análisis factorial de las respuestas del ISRA brasileño coinciden con los obtenidos con los obtenidos en la versión española, y apoyan claramente los presupuestos teóricos que fundamentan la prueba, confirmando la existencia de tres sistemas de respuestas relativamente independientes: cognitivo, fisiológico y motor.

Tabla X-IX: Análisis factorial de las respuestas y correlaciones entre factores del ISRA brasileño (N= 1136)

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
F16	0.881		
F15	0.856		
F14	0.849		
F17	0.839		
F8	0.816		
F9	0.815		
F10	0.730		
F13	0.696	0.258	
F11	0.658		
F12	0.564	0.267	
C3		0.848	
C4		0.835	
C6		0.817	
C7		0.788	
C5		0.778	
C1		0.763	
C2		0.740	
M21		0.466	0.393
M20			0.680
M22	0.285	0.252	0.458
M19	0.310		0.424
M18	0.359		0.375
M23	0.391		0.291
M24	0.330	0.273	0.273
Vp	6.671	5.127	1.551
FACTOR 1	1.000		
FACTOR 2	0.751	1.000	
FACTOR 3	0.445	0.333	1.000

Nota: Se han eliminado las saturaciones inferiores a 0.250 y los factores vienen ordenados por el valor propio.

Tabla X-X: Análisis factorial de las respuestas y correlaciones entre factores del ISRA español (N= 1209)

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
F15	0.957		
F16	0.859		
F17	0.851		
F14	0.783		
F9	0.721		
F10	0.660		
F11	0.646		
F13	0.625		
F8	0.560		
C4		0.884	
C3		0.863	
C6		0.851	
C1		0.843	
C7		0.843	
C2		0.795	
C5		0.723	
M20			0.741
M19		0.278	0.687
M22		0.257	0.643
M24	0.306		0.366
M21		0.420	0.297
F12	0.285	0.351	0.277
M23	0.444	0.261	0.263
M18	0.439	0.251	
Vp	5.750	5.560	1.963
FACTOR 1	1.000		
FACTOR 2	0.702	1.000	
FACTOR 3	0.459	0.409	1.000

Nota: Se han eliminado las saturaciones inferiores a 0.250 y los factores vienen ordenados por el valor propio.

10.4.2 ANÁLISIS FACTORIAL DE LAS SITUACIONES

En el análisis factorial de las situaciones, se ha llevado a cabo a partir de las puntuaciones de la muestra total (N=1136), utilizándose para ello el método de factorización P.C.A (componentes principales) con rotación DQUART (oblicua), mediante el programa estadístico BMDP 4M.

Se obtuvieron las puntuaciones de cada sujeto en cada una de las 22 situaciones descritas en el ISRA, sumando las puntuaciones de todos los ítems que incluyen una determinada situación. Los resultados, tanto de los factores del ISRA brasileño como del español (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994), se muestran en la tabla X-XI y X-XII respectivamente. En las columnas de la izquierda de cada tabla aparecen los números de las situaciones.

Los resultados de este análisis revelaron la existencia de cuatro factores situacionales o rasgos específicos de ansiedad relativamente independientes, con valores propios superiores a 1, que explican el 73.4% de la varianza total de los factores no rotados, y el 50.17% de la proporción de varianza de los factores rotados, explicando el primero el 17.30%, el segundo el 17%, el tercero el 9,26% y el cuarto el 6.37%. Los valores propios individuales fueron de 3.80 (situaciones de evaluación) para el primer factor, 3.79 (situaciones fóbicas) para el segundo, 2.03 para el tercero (situaciones interpersonales) y, 1.40 para el cuarto factor (situaciones de la vida cotidiana). Las correlaciones entre factores oscilan entre 0.37 y 0.64.

Así pues, los factores definidos en el ISRA brasileño, por orden de importancia, fueron:

- Factor 1: Factor situacional FI o rasgo específico de ansiedad de evaluación, representado por las situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades y, caracterizado por elevadas saturaciones en situaciones como hablar en público, realizar un examen, ser entrevistado para un trabajo importante, tomar decisiones o resolver un problema, ser observado en el trabajo, recibir críticas, o cuando se es evaluado negativamente, etc.
- Factor 2: Factor situacional FIII o rasgo específico de ansiedad ante situaciones fóbicas, se caracteriza por altas saturaciones en las situaciones en las que aparecen como elemento central algún estímulo de carácter fóbico, tales como viajar en avión o en barco, los lugares altos o las aguas profundas, observar escenas violentas, los dentistas, las inyecciones, las multitudes, grandes espacios, espacios cerrados, etc.
- Factor 3: Factor situacional FII o rasgo específico de ansiedad interpersonal, caracterizado por elevadas saturaciones en las situaciones sexuales o de interacción social, como cuando se está muy cerca de alguien del otro sexo o en una situación sexual íntima, acudir a una cita con una persona del otro sexo, asistir a una reunión social o conocer a gente nueva, esperar a alguien en un lugar concurrido, etc.
- Factor 4: Factor situacional FIV o rasgo específico de ansiedad en situaciones habituales o de la vida cotidiana, caracterizado por altas saturaciones aparecidas en aquellas situaciones relacionadas con la vida diaria, como a la hora de dormir, por nada en concreto, situaciones de trabajo o estudio, etc.

En el análisis original de las situaciones del ISRA español (Miguel-Tobal, 1985), los cuatro factores encontrados explicaron el 51.6% de la varianza total, con valores propios de 5.51 para el primer factor (situaciones de evaluación), 2.19 para el segundo factor (situaciones interpersonales), 1.96 para el tercer factor (situaciones fóbicas) y 1.66 para el cuarto factor (situaciones habituales o de la vida cotidiana). Posteriormente, con la realización de un segundo estudio con una muestra ampliada (N=1209) (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994), la proporción de la varianza total explicada fue de 67.9%, con valores propios de 6.03 para el primer factor (ansiedad de evaluación), 2.38 para el segundo factor (situaciones fóbicas), 1.91 para el tercero (situaciones interpersonales) y, 1.72 para el cuarto factor (situaciones habituales o de la vida cotidiana). Con la realización de este nuevo análisis, se observa que el anterior factor III "situaciones fóbicas" pasa a ocupar el segundo lugar, mientras que el anterior factor II "situaciones interpersonales", se convierte en el tercer factor (véase Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994). Este resultado sirve para indicar una gran similitud del ISRA brasileño al ISRA español, principalmente si se tiene en cuenta las características de las muestras empleadas en ambos estudios, en las que fueran incluidas un gran número de sujetos con características clínicas (31% en la muestra brasileña y 47.5 en la muestra española).

En conclusión, el análisis factorial de las situaciones del ISRA brasileño, ha coincidido con el análisis factorial del ISRA español en la existencia de cuatro tipos de situaciones o rasgos específicos de ansiedad, con una cierta independencia entre sí.

Tabla X-XI. Análisis factorial de las situaciones y correlaciones entre factores del ISRA brasileño (N= 1136)

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
S4	0.741			
S10	0.696			0.368
S9	0.661			
S11	0.646			
S13	0.634			
S1	0.630			
S8	0.555	0.329		
S22		0.915		
S21		0.704		
S5		0.658		
S3	0.325	0.641		
S16		0.615		
S6		0.551		
S2	0.300	0.440		
S19			0.867	
S12			0.695	
S20	0.492		0.498	
S14		0.351	0.472	0.462
S17			0.420	
S7	0.255			0.608
S15		0.398		0.521
S18	0.287	0.325		0.395
Vp	3.805	3.792	2.037	1.401
FACTOR 1	1.000			
FACTOR 2	0.649	1.000		
FACTOR 3	0.501	0.541	1.000	
FACTOR 4	0.431	0.476	0.372	1.000

Nota: Se han eliminado las saturaciones inferiores a 0.250 y los factores vienen ordenados por el valor propio

Tabla X-XII. Análisis factorial de las situaciones y correlaciones entre factores del ISRA español (N= 1208)

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
S10	0.910			
S4	0.847			
S9	0.814			
S1	0.799			
S11	0.726			
S18	0.657		0.329	
S8	0.652			
S13				
S3				0.352
S12		0.894		
S19		0.845		
S14		0.582		
S7			0.927	
S15			0.829	
S22				0.785
S21	0.347			0.509
S5	0.431			0.401
S16	0.415			0.378
S6	0.319		0.293	
S2	0.422			
S20	0.335	0.421		
S17	0.324	0.440		
Vp	3.805	3.792	2.037	1.401
FACTOR 1	1.000			
FACTOR 2	0.649	1.000		
FACTOR 3	0.501	0.541	1.000	
FACTOR 4	0.431	0.476	0.372	1.000

Nota: Se han eliminado las saturaciones inferiores a 0.250 y los factores vienen ordenados por el valor propio

10.5 FIABILIDAD

Para saber la fiabilidad del ISRA brasileño, es decir, del total (T) y de las demás subescalas (C, F, M, FI, FII, FIII y FIV) se utilizó el método test-retest y mediante el coeficiente "alfa".

En el primer análisis, el ISRA fue aplicado dos veces con un intervalo de mes y medio entre la primera y la segunda aplicación. La muestra utilizada para este estudio fue de 86 sujetos tomada de la población general.

La fiabilidad test-retest se halló mediante el empleo del coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones de la primera y la segunda aplicación, utilizándose el programa BMDP 3D. Los resultados se exponen en la tabla X-XIII.

Los índices de fiabilidad del ISRA brasileño han arrojado valores muy elevados, en algunas escalas más altos que los valores conseguidos en la versión original, oscilando entre 0.74 y 0.88. No obstante, este hecho puede explicarse si nos basamos en los intervalos de aplicación empleados en ambos estudios. En el caso brasileño el intervalo fue de mes y medio mientras que la segunda aplicación del ISRA en el estudio original era realizada a los dos meses. En todo caso los resultados obtenidos en ambos estudios son muy elevados a pesar se emplearse intervalos de aplicación de la prueba relativamente largos.

Los resultados parecen bastante satisfactorios, lo que nos hace afirmar que, igual al

inventario original, la versión brasileña se encuentra entre las pruebas destinadas para evaluar la ansiedad con mayor fiabilidad.

En el segundo estudio, se ha calculado el coeficiente "alfa" en base a la fórmula 20 de Kuder-Richardson, modificada por Cronbach (1951), utilizándose para ello la muestra total y el paquete estadístico SPSS .

Como se observa en la tabla X-XIV, los resultados obtenidos muestran una alta consistencia interna para el total del ISRA brasileño y cada una de sus subescalas, oscilando entre 0.92 y 0.99, siendo los valores individuales de: C=0.96; F=0.98; M=0.95; T=0.99; FI=.96; FII=.92; FIII=0.96 y FIV=0.93. Dichos valores coinciden exactamente con los correspondientes de la prueba original española.

Tabla X-XIII. Fiabilidad test-retest

	BRASIL N=86	ESPAÑA N=76
C	0.81	0.74
F	0.85	0.77
M	0.81	0.78
T	0.88	0.81
FI	0.85	0.76
FII	0.74	0.74
FIII	0.86	0.81
FIV	0.78	0.79

Tabla X-XIV. Coeficientes "alfa"

	BRASIL N=1136	ESPAÑA N=1209
C	0.96	0.96
F	0.98	0.98
M	0.95	0.95
T	0.99	0.99
FI	0.96	0.96
FII	0.92	0.92
FIII	0.96	0.96
FIV	0.93	0.93

Estos resultados confirman la fiabilidad del ISRA brasileño, entendida tanto desde el punto de vista de su estabilidad en el tiempo (test-retest), como desde la perspectiva de su consistencia interna (coeficiente "alfa").

10.6 VALIDEZ CONCURRENTENTE

Aparte de la demostrada validez de contenido del ISRA brasileño, adaptado siguiendo los mismos criterios de la prueba original, y de su alta validez empírica revelada a la hora de discriminar grupos de diferentes niveles de ansiedad, se ha llevado a cabo el estudio de su validez estructural, mediante la realización de análisis factoriales, así como a través de correlación con otro test de ansiedad de validez comprobada en Brasil, el Inventario Rasgo-Estado de Spielberger (STAI - Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1979; IDATE - Adaptación de Biaggio y Natalicio, 1979).

En relación a los análisis factoriales, no vamos a añadir más sobre ellos puesto que han sido objeto de exposición en el apartado 10.4; sin embargo, resaltamos que los resultados conseguidos sirven de soporte a la validez estructural del ISRA brasileño.

Con respecto a la correlación del ISRA brasileño con el IDATE-rasgo, realizado sobre una muestra de 102 sujetos de la población general, se obtienen unos resultados reflejados en la tabla X-XV. Se exponen también en la misma tabla los resultados del estudio original para posibles comparaciones.

Todas las correlaciones del ISRA brasileño con el IDATE fueron significativas con un nivel de confianza superior al 1 por mil; los valores oscilaron entre 0.48 y 0.61, siendo la correlación mayor, la encontrada entre el total (rasgo general) y el IDATE. No obstante, las correlaciones del ISRA con el IDATE fueron menores que las obtenidas entre sus partes (ver

apartado 10.3), repitiéndose lo mismo como el estudio con la prueba original (Miguel-Tobal, 1985).

Tabla X-XV. Correlaciones entre las versiones brasileña y española del ISRA con la escala rasgo del STAI

	BRASIL N=102	ESPAÑA N=129
	IDATE-R	STAI-R
IDATE-R / STAI-R	1.00	1.00
ISRA-C	0.56	0.61
ISRA-F	0.58	0.44
ISRA-M	0.53	0.44
ISRA-T	0.61	0.60
ISRA-FI	0.60	0.60
ISRA-FII	0.48	0.51
ISRA-FIII	0.48	0.40
ISRA-FIV	0.58	0.62

Mediante la obtención de estos resultados y de los referentes a los análisis factoriales, se puede afirmar que, al igual, que la prueba original, el ISRA brasileño posee una alta validez estructural. Además, el ISRA brasileño tanto en su totalidad, como en cada una de sus partes, ha revelado un alto grado de validez, tanto de contenido, como empírica y estructural.

10.7 BAREMACIÓN DEL *ISRA* BRASILEÑO

Con el objetivo de facilitar la tarea del clínico y/o investigador para comparar las puntuaciones de un sujeto o grupo con las de un grupo de referencia, se ha realizado la tipificación o baremación del *ISRA* brasileño.

En la elaboración de baremos se hace necesario diferenciar no sólo muestra de la población general versus muestra clínica (trastornos psicofisiológicos y trastornos de ansiedad), sino también baremos de hombres versus baremos de mujeres, ya que habitualmente las mujeres puntúan significativamente más alto que los hombres en las escalas de ansiedad.

Por lo tanto, en la realización de la baremación brasileña se ha empleado dos muestras específicas, una de población general con 752 sujetos, representada por 450 mujeres y 302 hombres, y otra de población clínica, constituida por la unión de los grupos psicofisiológico y clínico, con un total de 353 pacientes, de los cuales 263 fueron mujeres y 90 hombres.

Los pasos necesarios para realización de los baremos fueron los siguientes:

1. Distribución de la frecuencia.
2. Determinación del centil correspondiente a cada puntuación directa

En las tablas X-XVI y X-XVII, se pueden observar los baremos correspondientes al grupo normal o de la población general, relativos a los tres sistemas de respuesta y al rasgo general

de ansiedad, así como de las áreas situacionales o rasgos específicos, ambos diferenciados por el sexo.

En las tablas X-XVIII y X-XIX, se encuentran los baremos del grupo clínico, relativos a los tres sistemas de respuestas y rasgo general de ansiedad, asimismo el correspondiente a las áreas situacionales o rasgos específicos, también diferenciados por el sexo.

En las tablas X-XX y X-XXI, se representan el porcentaje aproximado de los sujetos de ambos grupos (población general y clínico) separados por el sexo, incluidos en cada categoría o nivel de ansiedad; siendo la primera tabla exponente de los tres sistemas de respuesta y rasgo general, y la segunda, de los rasgos específicos o rasgos situacionales. En estas tablas se han trazado tres líneas horizontales en las puntuaciones centiles 25, 75 y 99, que sirven de indicación para interpretar los resultados. Estas líneas de separación delimitan cuatro niveles de ansiedad etiquetadas como: ausencia de ansiedad o ansiedad mínima, ansiedad moderada a marcada, ansiedad severa y ansiedad extrema.

Tabla X-XVI. Baremos de la muestra normal o población general (subescalas C, F, M y T)

CENTIL	PUNTUACIONES DIRECTAS								CENTIL
	MUJERES (N=450)				HOMBRES (N=302)				
	C	F	M	T	C	F	M	T	
99	174	144	147	437	144	123	128	372	99
95	140	108	109	330	117	97	94	293	95
90	123	95	93	290	112	81	80	257	90
85	116	84	77	270	104	64	67	226	85
80	110	76	69	247	96	57	62	207	80
75	104	72	64	229	91	49	53	191	75
70	99	67	58	217	86	44	48	226	70
65	91	60	54	199	80	41	43	162	65
60	86	55	48	187	74	36	38	146	60
55	80	48	44	175	66	32	33	129	55
50	76	43	39	163	61	28	30	120	50
45	71	39	36	154	57	25	25	114	45
40	67	35	33	143	52	23	23	104	40
35	63	31	30	134	48	21	21	96	35
30	59	28	27	123	43	18	18	88	30
25	54	25	25	112	40	16	14	76	25
20	50	23	20	101	36	14	12	67	20
15	43	18	17	93	29	11	9	57	15
10	36	15	12	77	25	7	5	47	10
5	29	10	6	52	20	5	3	37	5

Tabla X-XVII. Baremos de la muestra normal o población general (subescalas FI, FII, FIII y FIV)

CENTIL	PUNTUACIONES DIRECTAS								CENTIL
	MUJERES (N=450)				HOMBRES (N=302)				
	FI	FII	FIII	FIV	FI	FII	FIII	FIV	
99	179	62	132	66	165	54	115	50	99
95	144	49	109	47	126	40	91	39	95
90	126	42	96	41	105	32	78	32	90
85	119	33	88	35	96	27	71	28	85
80	113	30	79	31	89	24	62	23	80
75	106	27	71	27	81	22	56	21	75
70	98	23	63	24	74	19	51	20	70
65	93	22	58	21	68	17	44	17	65
60	86	20	52	19	62	15	38	14	60
55	80	18	46	17	58	13	34	12	55
50	73	16	41	15	53	12	30	10	50
45	67	14	36	14	48	10	26	9	45
40	63	13	33	12	45	9	24	8	40
35	60	11	29	11	41	8	21	7	35
30	55	10	25	10	38	7	17	6	30
25	50	8	23	8	35	6	15	5	25
20	44	7	20	6	31	5	13	4	20
15	39	6	16	4	26	4	11	2	15
10	32	4	12	3	21	2	8	1	10
5	25	2	7	1	17	1	4	0	5

Tabla X-XVIII. Baremos de la muestra clínica (subescalas C, F, M y T)

CENTIL	PUNTUACIONES DIRECTAS								CENTIL
	MUJERES (N=263)				HOMBRES (N=90)				
	C	F	M	T	C	F	M	T	
99	216	212	183	591	176	147	133	420	99
95	192	178	150	495	174	145	131	418	95
90	177	157	129	451	164	137	114	380	90
85	163	143	118	404	152	114	106	359	85
80	153	131	108	378	146	109	101	344	80
75	146	121	102	364	136	100	94	315	75
70	137	110	95	343	130	93	87	294	70
65	132	103	92	324	118	90	83	277	65
60	128	95	84	300	116	82	79	271	60
55	120	91	77	283	112	78	71	259	55
50	117	84	69	268	108	66	66	247	50
45	109	79	66	256	101	60	57	233	45
40	102	73	59	241	100	52	49	211	40
35	97	70	53	230	92	46	45	200	35
30	91	64	48	210	87	41	40	181	30
25	83	54	43	192	84	32	35	160	25
20	78	49	38	177	78	29	31	143	20
15	70	40	32	157	69	23	24	129	15
10	59	31	23	130	50	21	22	116	10
5	44	24	16	105	47	16	14	96	5

Tabla X-XIX. Baremos de la muestra clínica (subescalas FI, FII, FIII y FIV)

CENTIL	PUNTUACIONES DIRECTAS								CENTIL
	MUJERES (N=263)				HOMBRES (N=90)				
	FI	FII	FIII	FIV	FI	FII	FIII	FIV	
99	228	92	175	100	169	64	132	69	99
95	196	71	154	82	167	62	131	67	95
90	177	64	136	73	151	57	122	59	90
85	165	54	129	66	145	50	105	57	85
80	159	52	121	58	137	44	99	49	80
75	149	47	117	55	133	39	92	47	75
70	141	43	112	49	129	38	84	45	70
65	136	39	106	46	120	34	77	39	65
60	128	36	99	42	111	32	75	36	60
55	123	34	88	37	106	30	69	33	55
50	116	32	82	33	101	28	64	30	50
45	110	29	75	28	94	25	61	28	45
40	107	26	71	27	88	21	59	25	40
35	101	22	64	24	82	18	56	23	35
30	92	20	60	21	74	17	48	18	30
25	86	17	54	17	67	16	42	16	25
20	76	16	45	15	60	13	34	11	20
15	67	13	39	13	53	12	25	10	15
10	56	10	31	9	44	10	19	6	10
5	43	5	16	5	36	8	14	4	5

Tabla X-XX. Porcentaje aproximado de sujetos de los grupos Normal y Clínico incluidos en cada categoría agrupados por sistemas de respuesta y total

NIVEL	GRUPO	Hombres				Mujeres			
		C	F	M	T	C	F	M	T
Ansiedad extrema	Normal	21	14	9	18.5	16	14	17	13.5
	Clínico	22	14	15.5	11	12.5	12	19	21
Ansiedad severa	Normal	25	25	16	26.5	24	34	27	31.5
	Clínico	19	33	35.5	27	25	34	31	26
Ansiedad moderada	Normal	21	15	32	34.5	34	28	31	24
	Clínico	33	27	24	33	34	19	20	20
Ansiedad mínima	Normal	31	46	43	20.5	26	24	25	31
	Clínico	26	27	25	29	29	35	30	33

Tabla X-XXI. Porcentaje aproximado de los sujetos de los grupos Normal y Clínico incluidos en cada categoría agrupados por rasgos específicos

NIVEL	GRUPO	Hombres				Mujeres			
		FI	FII	FIII	FIV	FI	FII	FIII	FIV
Ansiedad extrema	Normal	16.5	19	17	18	18	13	17	2
	Clínico	16	19	15	15	12	14	15	19
Ansiedad severa	Normal	32	22	27	21	31	15	29	30
	Clínico	22	14	34	27	27	30	31	33
Ansiedad moderada	Normal	27.5	41	32	37	22	26	25	32
	Clínico	32	43	22	34	33	18	27	33
Ansiedad mínima	Normal	24	18	24	24	29	46	29	36
	Clínico	30	24	29	24	28	38	27	19

Es interesante observar que dentro del grupo de la población general se encuentra un porcentaje relativamente alto de personas incluidas en la última categoría o nivel de ansiedad, "ansiedad extrema", tanto en el caso de los sistemas de respuestas como a nivel de rasgos específicos, hecho que no ocurre en la muestra de población de población general española (véase

Miguel-Tobal, 1994), lo que indica que esas personas sufren problemas de ansiedad que necesitarían una intervención terapéutica. No obstante, en el próximo capítulo vamos a realizar un estudio transcultural entre las poblaciones generales de cada país (Brasil y España), donde aprovecharemos para analizar las posibles diferencias existentes entre las dos muestras.

11. ESTUDIO TRANSCULTURAL

11. ESTUDIO TRANSCULTURAL

La realización de estudios transculturales permite una aproximación al conocimiento de las culturas investigadas, y a partir de él, la identificación de una serie de variables, como el hallazgo de peculiaridades, la validación del instrumento utilizado, así como la detección de la necesidad de factores de corrección de la metodología utilizada, cuando sea necesario.

11.1 OBJETIVO

Un estudio multicéntrico brasileño sobre la morbilidad psiquiátrica ha revelado que los trastornos de ansiedad son el principal problema de salud mental de la población general (urbana) brasileña, con prevalencias globales entre el 8% y 18%, superando a las depresiones, los cuadros psicóticos, los trastornos somatoformes, el abuso/dependencia del alcohol y los trastornos causados por retrasos mentales. Asimismo, dicho estudio ha encontrado que entre un 5% y el 12% de los sujetos explorados demandaría una asistencia especializada (Almeida-Filho, Coutinho, Fernandez et al, 1992).

Planteamos como *objetivo* del estudio transcultural el análisis de las posibles diferencias en la manifestación de la ansiedad entre Brasil y España, no sólo considerando la variable grupo o cultura, a la cual pertenecen los sujetos, sino que también estudiaremos si existen diferencias entre los sexos en dicha manifestación.

Estudios previos sobre la ansiedad con poblaciones brasileñas han demostrado que, igual que los sujetos norteamericanos, universitarios y estudiantes de la educación secundaria, las chicas presentan mayores niveles de ansiedad que los chicos, y que los estudiantes de secundaria muestran mayores puntuaciones respecto a los estudiantes universitarios (Biaggio y Natalicio, 1979). En la misma línea, otro estudio transcultural sobre la ansiedad ante los exámenes, con datos de Egipto, Brasil y Estados Unidos, El-Zahhar y Hocevar (1991) mediante la aplicación del Inventario de Ansiedad ante los Exámenes -TAI (Spielberger et al, 1980) y del Inventario de Activación Fisiológica - AAI (El-Zahhar, 1986) encuentran que los brasileños presentan niveles

más bajos de rasgo de ansiedad y de activación fisiológica que los egipcios, y que puntúan más alto que los americanos, aunque sin llegar, en este caso, a alcanzar niveles de significación. En las tres culturas, las mujeres muestran una mayor preocupación, emocionalidad, rasgo de ansiedad y excitabilidad que los hombres.

Recientemente, Goenstein, Pompeia y Andrade (1995) con el fin de obtener puntuaciones de ansiedad y depresión con poblaciones universitarias no clínicas de Brasil, y, posteriormente, compararlas con datos normativos de otros países, utilizan el Inventario de la Depresión de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck, et al., 1982) y del Inventario Rasgo-Estado de Spielberger (Spielberger et al., 1970; Spielberger et al, 1979). Encuentran que las mujeres brasileñas puntúan significativamente más elevado que los hombres tanto en ansiedad como en depresión ($p < .05$). Las comparaciones con los datos de otros países revelan diferencias significativas ($p < .002$) de ansiedad entre las mujeres brasileñas y las americanas, siendo más elevadas las tasas presentadas por las brasileñas; también aparecen diferencias significativas para la depresión entre brasileños y canadienses sin diferenciación del sexo, mostrando los brasileños mayores índices frente a los canadienses ($p < .002$).

En un intento por evitar la utilización de una muestra uniformizada por circunstancias externas como es la propia condición de ser estudiante, en nuestra investigación hemos intentado diversificar tanto como fuese posible la población general perteneciente a colectivos variados, lo que permite obtener un carácter más universal de nuestras conclusiones.

11.2 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra total para este estudio estuvo constituida por dos grupos de la población general de Brasil y España, es decir, personas que no padecían o nunca habían sido diagnosticados de ningún trastorno de ansiedad o psicofisiológico. Este grupo total agrupó a 1385 sujetos, con una media de edad de 32.5 años (447 eran hombres y 938 eran mujeres). El grupo o muestra brasileña presentaba un total de 752 sujetos, con una media de edad de 29.5 años, con 302 hombres y 450 mujeres. La española estaba representada por 633 sujetos, con una media de edad de 35.5 años (145 hombres y 488 mujeres) (Ver figuras 11,1 y 11,2).

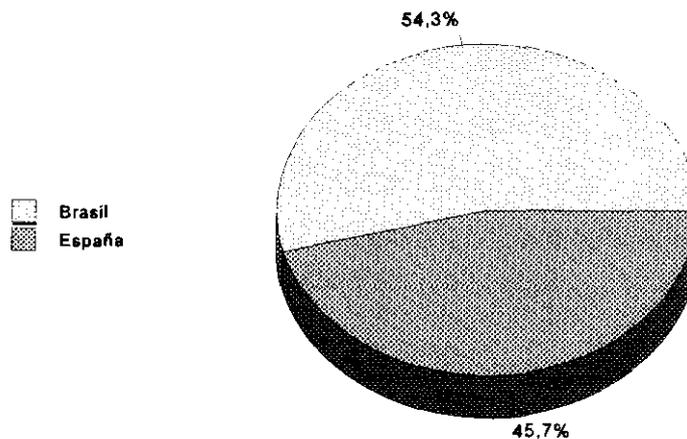


Figura 11,1. Muestra de la población general diferenciada por el país

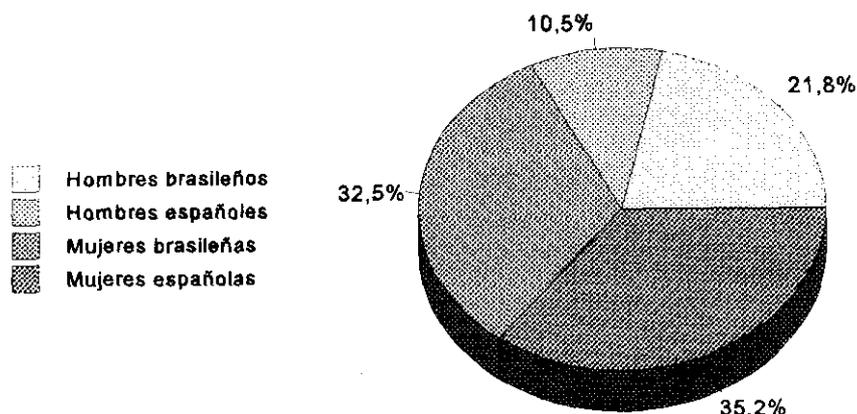


Figura 11.2. Muestra de la población general diferenciada por el país y el sexo (N= 1385)

11.3 MATERIAL Y MÉTODO

Los brasileños y españoles que participaron en esta investigación fueron invitados a contestar el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad - ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1988, 1994) en sus correspondientes versiones, una vez informados del objetivo de dicho estudio y de que, si lo preferían, podrían hacerlo de forma anónima. Normalmente, la aplicación del inventario se realizó individualmente aunque, en algunas ocasiones, la aplicación se hizo con pequeños grupos. El tiempo aproximado de las sesiones fue de 50 minutos.

Para el tratamiento de los datos obtenidos, se ha empleado los programas estadísticos BMDP 2V y BMDP 3D (Dixon, 1993) del Centro Informático de Somosaguas de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

11.4 RESULTADOS

Con el fin de realizar comparaciones interpaíses y intersexos, se llevaron a cabo varios análisis de varianza. Las medias, desviaciones típicas y medias marginales separados por el sexo en cada país para los sistemas de respuesta y nivel general, así como para los rasgos específicos o áreas situacionales generadoras de ansiedad, pueden verse en las tablas XI-I y XI-II respectivamente. Asimismo, las medias marginales de los sexos en la tabla XI-III.

Se observa que, a nivel de grupo, los brasileños en general puntúan más alto en ansiedad, excepto en el sistema motor y en el rasgo específico de ansiedad interpersonal (FII), donde los españoles casi se equiparan a los brasileños. Cuando se analiza las puntuaciones de ansiedad de los grupos separados por el sexo, se ve claramente que las mujeres brasileñas presentan puntuaciones más elevadas en todas las variables estudiadas, es decir, en los tres sistemas de respuesta (C, F y M), así como en las áreas situacionales o rasgos específicos (FI, FII, FIII y FIV), y a nivel de rasgo general (T). No obstante, en relación a los hombres, este panorama cambia un poco, puntuando los brasileños más bajo que los españoles en el sistema motor y en los rasgos específicos de ansiedad de evaluación e interpersonal; en las demás variables presentan tasas más elevadas que los españoles. También a nivel de sexo, sin diferenciación del país, las puntuaciones

femeninas son más elevadas que las masculinas en todos los casos.

Tabla XI-I. Estadísticos descriptivos de la muestra total (N=1385) dividida por subgrupo y sexo en los tres sistemas de respuestas (C, F, y M) y nivel general de ansiedad (T).

SISTEMAS DE RESPUESTAS		PAISES			
		BRASIL N= 752		ESPAÑA N= 633	
		H N= 302	M N= 450	H N= 145	M N= 488
C	Media	65.88	79.57	60.47	69.44
	D.T.	32.38	34.39	27.71	32.23
F	Media	36.16	50.47	29.15	36.92
	D.T.	27.49	31.26	18.89	26.71
M	Media	37.04	46.66	40.26	44.46
	D.T.	28.82	31.16	27.70	26.38
T	Media	139.08	176.72	129.90	150.83
	D.T.	28.82	31.16	27.70	26.38

Tabla XI-II. Estadísticos descriptivos de la muestra total (N=1385) dividida por subgrupo y sexo en las cuatro áreas situacionales (FI, FII, FIII y FIV).

ÁREAS SITUACIONALES O RASGOS ESPECÍFICOS		PAISES			
		BRASIL N= 752		ESPAÑA N= 633	
		H N= 302	M N= 450	H N= 145	M N= 488
FI	Media	60.33	78.66	60.92	69.56
	D.T.	34.27	37.81	30.01	32.04
FII	Media	14.77	19.07	15.25	17.16
	D.T.	11.77	14.08	10.44	11.92
FIII	Media	37.53	48.70	28.58	34.69
	D.T.	27.71	32.16	21.72	26.46
FIV	Media	14.29	18.93	10.45	13.78
	D.T.	12.31	14.64	10.10	12.71

Tabla XI-III. Medias marginales de los sexos de la muestra total de los países en las ocho variables del ISRA (N=1385).

	TOTAL	
	HOMBRE N=447	MUJER N=938
C	63.17	74.51
F	32.65	43.69
M	38.65	45.56
T	134.49	163.77
FI	60.62	74.11
FII	15.01	18.11
FIII	33.05	41.70
FIV	12.37	16.36

El análisis de varianza sobre los tres sistemas de respuesta (C, F, y M) y a nivel de rasgo general de ansiedad o total (T) ha revelado diferencias estadísticamente significativas entre los países analizados, con la "p" oscilando entre $p < 0.0000$ y $p < 0.0002$, habiendo una interacción país por sexo en el sistema fisiológico ($F=3.84$; $P < 0.05$), mientras que las diferencias a nivel de sistema motor (M) no fueron significativas ($F=0.09$; $P < 0.76$). Entre los sexos, las diferencias fueron significativas en todas las variables ($F=38.65$; $p < 0.0000$) (Ver tabla XI-IV).

Igualmente, el análisis de varianza sobre los cuatro rasgos o situaciones específicas generadoras de ansiedad (FI, FIII y FIV) mostró diferencias estadísticamente significativas entre los países estudiados con los valores de "p" comprendidos entre $p < 0.03$ y $p < 0.000$; no obstante, en el rasgo específico de situaciones de evaluación (FI) hubo una interacción país por sexo ($F=5.51$; $P < 0.01$) y no fueron significativas las diferencias a nivel del rasgo específico de ansiedad

interpersonal (FII) ($F=0.90$; $p<0.34$). Con respecto a los sexos, en todas las áreas situacionales (FI, FII, FIII y FIV) las diferencias fueron significativas con un nivel de significación de $p<.0000$ (Ver tabla XI-V).

Tabla XI-IV. Análisis de varianza - interpaíses / intersexos - en los tres sistemas de respuestas y nivel general de ansiedad. Población general (N=1385).

	FUENTE	Suma de cuadrados	G.L.	Media cuadrática	F	P
C	Media	5237571.40	1	5237571.40	4942.06	0.0000
	Países	16665.49	1	16665.49	15.73	0.0001
	Sexo	35493.91	1	35493.91	33.49	0.0000
	País/Sexo	1541.30	1	1541.30	1.45	0.2278
	Error	1463576.37	1381	1059.79		
F	Media	1610706.73	1	1610706.73	2087.80	0.0000
	Países	29200.46	1	29200.46	37.85	0.0000
	Sexo	33680.28	1	33680.28	43.66	0.0000
	País/Sexo	2964.16	1	2964.16	3.84	0.0500
	Error	1065421.71	1381	771.48		
M	Media	1959546.89	1	1959546.89	2383.08	0.0000
	Países	71.58	1	7158.67	0.09	0.7679
	Sexo	13186.87	1	13186.87	16.04	0.0001
	País/Sexo	2039.16	1	2039.16	2.48	0.1153
	Error	1135563.87	1381	822.27		
T	Media	24577286.95	1	24577286.95	4008.99	0.0000
	Países	84981.26	1	84981.26	13.86	0.0002
	Sexo	236929.32	1	236929.74	38.65	0.0000
	País/Sexo	19282.32	1381	19282.32	3.15	0.0761
	Error	8466277.03	1	6130.54		

Tabla XI-V. Análisis de varianza - interpaíses / intersexos - en los tres sistemas de respuestas y nivel general de ansiedad. población general (N=1385).

	FUENTE	Suma de cuadrados	G.L.	Media cuadrática	F	P
FI	Media	5015914.85	1	5015914.85	4260.90	0.0000
	País	5005.90	1	5005.90	4.25	0.392
	Sexo	50258.15	1	50258.15	42.69	0.0000
	País/Sexo	6488.92	1	6488.92	5.51	0.189
	Error	1625706.95	1381	1177.19		
FII	Media	303256.32	1	303256.32	1940.92	0.0000
	Países	140.39	1	140.39	0.90	0.3432
	Sexo	2663.90	1	2663.90	17.05	0.0000
	País/Sexo	395.51	1	395.51	2.53	0.1116
	Error	215772.25	1381	156.24		
FIII	Media	1544078.44	1	1544078.44	1930.25	0.0000
	Países	36398.18	1	36398.18	45.50	0.0000
	Sexo	20632.27	1	20632.27	25.79	0.0000
	País/Sexo	1770.42	1	1770.42	2.21	0.1368
	Error	1104710.73	1381	7999.93		
FIV	Media	228134.78	1	228134.78	1339.32	0.0000
	Países	5586.22	1	5586.22	32.80	0.0000
	Sexo	4383.96	1	4383.96	25.74	0.0000
	País/Sexo	118.13	1	118.13	0.69	40.50
	Error	23234.67	1381	170.33		

Una vez detectadas las diferencias no sólo entre países, sino también, en cuanto al sexo, se llevaron a cabo varios estudios mediante la realización de pruebas de "t" de diferencias de medias entre los sujetos, separados por el sexo y equiparados por la edad. Por tanto, se comparó

por un lado las medias de los hombres y por otro las mujeres de las dos muestras nacionales. Los resultados se observan en la tabla XI-XVI.

Para la comparación de hombres se ha empleado una muestra compuesta de 392 sujetos, con edades comprendidas entre los 16 y 65 años. De estos, 301 eran brasileños y 91 eran españoles. La muestra femenina estaba constituida por un total de 854 mujeres, con edades comprendidas entre los 16 y 62 años, siendo 450 brasileñas y 404 españolas (Ver figuras 11,3 y 11,4).

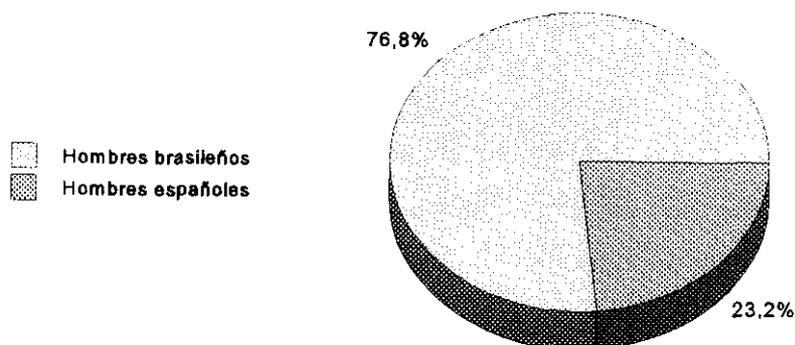


Figura 11.3. Muestra total masculina empleada en la comparación por sexo (N= 392)

Los resultados de estos análisis expuestos en la tabla XI-VI, revelaron diferencias altamente significativas respecto a las mujeres, presentando las brasileñas niveles de ansiedad más elevados que las españolas tanto a nivel de sistemas de respuesta (C, F y M), así como de rasgo general (T) y, de rasgos específicos (FI, FII, FIII y FIV), con valores de "p" oscilantes entre $p < 0.04$ y $p < .00000$.

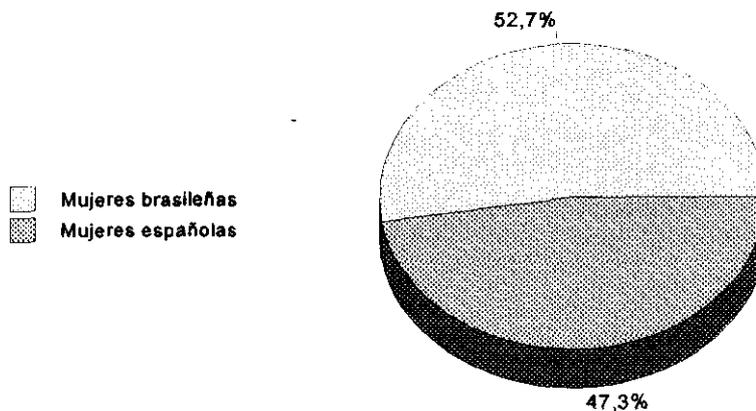


Figura 11.4. Muestra total femenina empleada en la comparación por sexo (N= 854)

En otros términos, las mujeres brasileñas presentaron puntuaciones más elevadas con diferencias estadísticamente significativas en las respuestas de tipo cognitivo (al tener que resolver problemas o tomar decisiones, dificultades en concentración, miedo a ser criticadas, etc.), reaccionando con un mayor aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo y/o somático, con posibilidad de presentar a la vez alguna alteración motora que implica una ejecución deficitaria

de la conducta que pretenden llevar a cabo. Todo ello ha supuesto un rasgo general de ansiedad más elevado que el encontrado en las mujeres españolas. Asimismo, las diferencias fueron estadísticamente significativas en relación a los rasgos específicos o áreas situacionales provocadoras de ansiedad, donde las brasileñas presentan niveles superiores en las situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidad (tener que hablar en público, hacer una entrevista o saberse observadas, etc.), en situaciones que aparecen algún estímulo de carácter fóbico (viajar en avión o barco, las multitudes, etc.), en situaciones de la vida diaria o cotidiana relacionadas con el trabajo o estudio etc., y en menor medida, en aquellas que están caracterizadas por un interacción sexual o social, donde las diferencias aunque significativas fueron menores.

En relación a la comparación de los hombres, los resultados apuntan menores diferencias. Sin embargo, las diferencias a nivel de sistema de respuesta llegan a ser significativas en el sistema cognitivo (C) (p.e. resolver problemas o tomar decisiones, dificultades en concentración, miedo a críticas negativas, etc.) ($p < .03$), y muy significativas en el sistema fisiológico (F) (p.e. aumento de la reactividad del sistema nervioso autónomo y/o somático) ($p < .009$), no siendo significativas las diferencias a nivel del sistema motor (M) ($F = -0.19$; $p < .84$). Tampoco, lo fueron a nivel del rasgo general de ansiedad (T) ($F = 1.53$; $p < 0.12$). Con respecto a las áreas situacionales o rasgos específicos fueron muy significativas en los rasgos de ansiedad fóbica (FIII) ($F = 3.29$; $p < .001$) y ansiedad en situaciones de la vida cotidiana (FIV) ($F = 3.45$; $p < 0.0007$), es decir, en las situaciones que se caracterizan por la presencia de elementos o estímulos fóbicos, y aquellas relacionadas con el trabajo o estudio, respectivamente. Para una mejor apreciación de las diferencias tanto entre mujeres como entre hombres ver figuras 11,5 y 11,6.

Tabla XI-VI. Pruebas de diferencias de medias entre los sujetos del grupo de población general de Brasil y España separados por el sexo.

	Sexo	BRASIL (H=301; M=450)		ESPAÑA (H=91; M=404)		"t"	p
		Media	D.T.	Media	D.T.		
C	H	66.03	32.33	58.07	28.07	2.11	0.0354
	M	79.57	34.39	67.19	31.05	5.53	0.0000
F	H	36.26	27.48	29.47	19.55	2.62	0.0095
	M	50.47	31.26	36.54	27.05	6.98	0.0000
M	H	37.16	28.79	37.81	28.19	-0.19	0.8486
	M	46.66	31.16	42.78	25.88	1.99	0.0470
T	H	139.45	79.39	125.36	68.41	1.53	0.1269
	M	176.72	85.81	146.51	73.29	5.55	0.0000
FI	H	60.45	34.26	60.15	31.26	0.08	0.9396
	M	78.66	37.81	68.73	31.97	4.16	0.0000
FII	H	14.82	11.76	14.67	11.22	0.11	0.9142
	M	19.07	14.08	17.07	12.09	2.23	0.0263
FIII	H	37.63	27.70	28.14	22.90	3.29	0.0012
	M	48.70	32.16	32.39	25.70	8.22	0.0000
FIV	H	14.34	12.30	9.87	10.31	3.45	0.0007
	M	18.93	14.64	13.33	12.84	5.95	0.0000

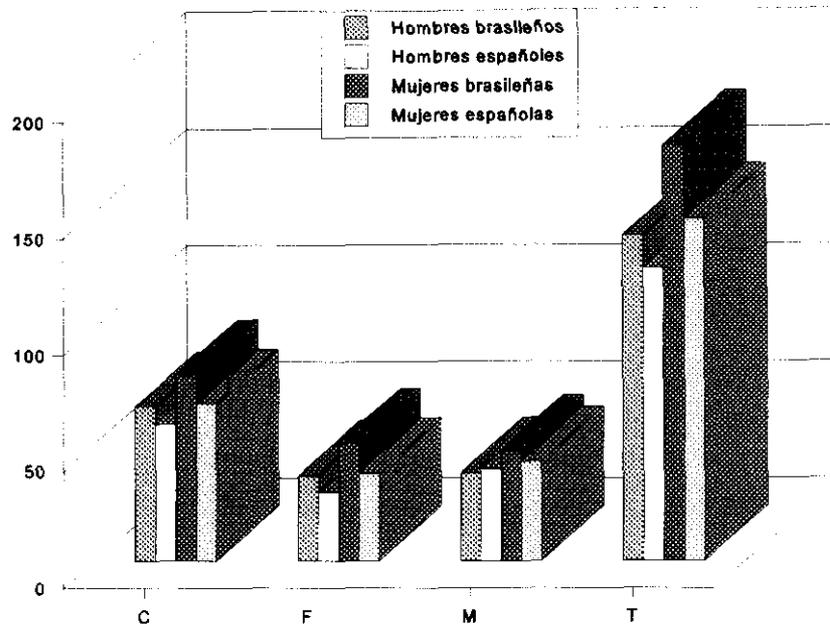


Figura 11.5. Medias en los tres sistemas de respuesta y nivel general de ansiedad de Brasil y España en ambos sexos

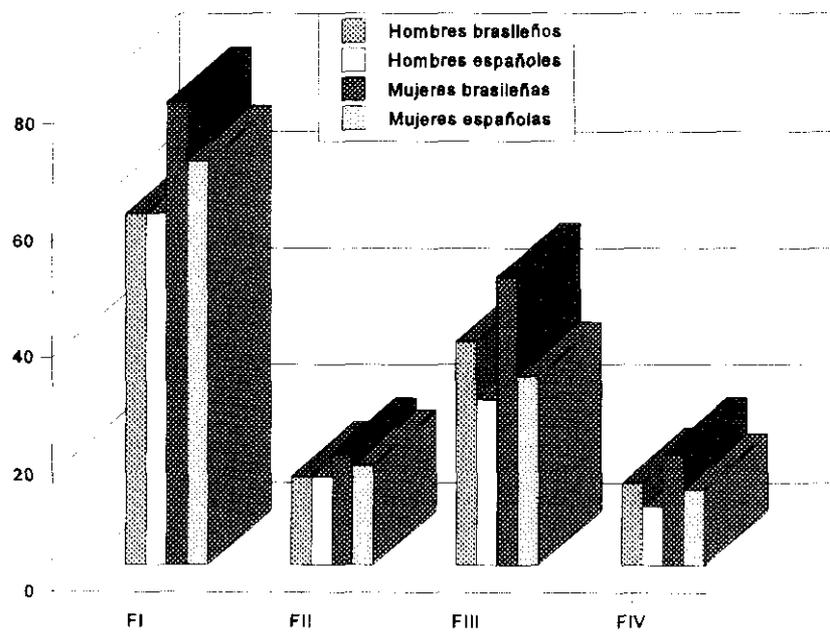


Figura 11.6. Medias en los rasgos específicos o áreas situacionales de ansiedad de Brasil y España en ambos sexos

1 1.5 COMENTARIOS

Como se pudo comprobar, este segundo estudio (comparación por sexo) corrobora los análisis de varianza realizados anteriormente, que apuntaban grandes diferencias en la manifestación de ansiedad entre los países analizados, pero que, principalmente, señalan diferencias muy significativas entre los sexos. Dichos resultados son consistentes con otras investigaciones que apuntan mayores niveles de ansiedad para el sexo femenino, tanto con muestras brasileñas (Biaggio y Natalicio, 1979, en Spielberger et al, 1979; El-Zahhar y Hocevar, 1991; Goenstein, Pompeia y Andrade, 1995; Amorim-Gaudêncio, Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1996) como con muestras españolas (Sanz, 1991; Martínez-Sánchez et al, 1993; Amorim-Gaudêncio, Roustan y Cano-Vindel, 1996). Además los sujetos de la población general de Brasil puntúan más alto que los españoles de este mismo grupo; sin embargo, los resultados sobre estas diferencias, nos llevan a creer que estarían influidos principalmente por las mujeres brasileñas, dado que son las que más diferencias presentan respecto al grupo español.

Por otra parte, estos resultados corroboran la investigación multicéntrica sobre morbilidad psiquiátrica realizada por Almeida-Filho et al (1992) que encuentran una elevada prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población general de tres metrópolis brasileñas (Brasilia, São Paulo y Porto Alegre) que también estaban presentes en la muestra utilizada en nuestra investigación. Asimismo, las prevalencias de demanda potencial estimada, presentadas por el estudio citado corroboran los resultados relativos al porcentaje aproximado de los sujetos de la población general incluidos en categoría - severa y/o extrema - ya relacionadas con niveles elevados de ansiedad que necesitarían tratamiento, comentados en el capítulo anterior de nuestro

trabajo (apartado 10.4).

Una conclusión principal de nuestros resultados lleva a la necesidad de una planificación global de las necesidades de los servicios de salud mental brasileños, investigando las causas de por qué la población general presenta estos índices de ansiedad y si se les presta la atención debida. Un criterio moderno de protección sanitaria lleva a intentar conservar la salud, no a tratar sus alteraciones, si bien no se excluye este paso cuando la alteración ya se ha producido. Es función de los servicios nacionales de salud la prevención de la aparición de las entidades patológicas, en este caso, la ansiedad patológica, como primer eslabón de los procesos antes expuestos, y en cuyo origen pueden intervenir factores sociales, raciales, políticos, económicos, religiosos, etc. El campo de acción de la Psicología será evitar la cronificación del proceso ya iniciado, con el consiguiente ahorro de esfuerzo y economía que ello conlleva.

12. CONCLUSIONES

- 1^a El *ISRA* ha confirmado ser un instrumento fiable y válido para evaluar la ansiedad en los tres sistemas de respuesta - cognitivo, fisiológico y motor - y a nivel general, así como en los cuatro rasgos específicos o áreas situacionales de ansiedad - situaciones de evaluación, interpersonales, fóbicas y cotidianas -, apoyando firmemente los modelos teóricos que lo fundamentan (Lang, 1968; Endler, 1981).

- 2^a El *ISRA* ha sido adaptado a la población brasileña mediante un diseño similar al utilizado en la construcción de la prueba original; el proceso de traducción del inventario ha requerido no sólo una traducción literal sino una adecuación a las peculiaridades del país.

- 3^a El *ISRA* brasileño tiene una alta validez de *contenido* obtenida mediante la aplicación de idénticos criterios de la prueba original, *empírica* al ser capaz de discriminar grupos con diferentes niveles de ansiedad, y *estructural* porque presenta una estructura similar a la encontrada en la versión española, tres sistemas de respuesta - cognitivo, fisiológico y motor - y cuatro áreas situacionales o rasgos específicos de ansiedad - situaciones de evaluación, interpersonales, fóbicas y cotidianas - y alta correlación con otra prueba de evaluación de la ansiedad de validez comprobada en Brasil.

- 4^a El *ISRA* brasileño presenta una alta fiabilidad, entendida tanto del punto de vista de su estabilidad en el tiempo (test-retest) como desde la perspectiva de su consistencia interna (coeficiente "alfa").
- 5^a Mediante la aplicación del *ISRA* se ha detectado un mayor nivel de ansiedad en la población general brasileña en comparación con la española, y al igual que en la población española, las mujeres puntúan más alto que los hombres coincidiendo con la literatura universal.
- 6^a La utilización del *ISRA* brasileño, con validez demostrada en cuanto al diagnóstico, dado al paralelismo con la versión española, supone un instrumento útil en la planificación del tratamiento, así como para verificar los cambios - éxitos y fracasos - acontecidos a lo largo de éste. Asimismo, su uso está indicado en las demás áreas de aplicación de la Psicología donde la ansiedad juega un papel importante.
- 7^a Como detector de peculiaridades entre países, el *ISRA* aporta datos interesantes relativos a la investigación transcultural que puede servir de base para el planteamiento de una política de salud mental sobre la base de experiencias previas en otros países.

13. BIBLIOGRAFÍA

- Abdel-Khalek, A-M (1986): Death and anxiety in Egyptian samples. *Personality and Individual Differences*, 7 (4), 479-483.
- Abdel-Khalek, A-M (1991): Death and anxiety among Lebanese samples. *Psychological Reports*, 68 (3,1), 924-926.
- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. y Alloy, L.Y. (1989): Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Achenbach, T., McConaughy, S.H. y Howell, C.T. (1987): Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross informant corelatios for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Agras, W.S., Chapin, H.N., y Oliveau, D.C. (1969): The natural history of phobia: Course and prognosis. *Archives of General Psychiatry*, 26, 315-317.
- American Psychiatric Association (APA) (1952): *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)*, ed. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA) (1968): *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)*, ed. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA) (1980): *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-III)*, 3ª ed. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA) (1988): *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders/Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III)*, 3ª ed. rev. (español) Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (1994): *Diagnostic and Statistic Manual of Mental disorders (DSM-IV)*, 4ª ed. Washington, DC.
- Amorim-Gaudêncio, C., Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1996): Diferenças na manifestação de ansiedade entre a população geral e pacientes com transtornos de pele. *Psiquiatria Biológica* 4 (2), 101-107.
- Amorim-Gaudêncio, C., Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1997): Diferencias entre la patología psicossomática y población normal brasileña mediante el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Comunicación presentada en el XXVI Congreso Interamericano de Psicología*, São Paulo.
- Amorim-Gaudêncio, C., Roustan, G. y Cano-Vindel, A. (1996): Dermatitis y su relación con la ansiedad. *Libro de resúmenes del I Congreso de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)*. Benidorm.

- Amorim-Gaudêncio, C. y Roustan, G. (1997): Ansiedad y procesos dermatológicos crónicos: un estudio comparativo brasileño-español. *Libro de resúmenes del XXVI Congreso Interamericano de Psicología*, São Paulo.
- Andrasik, F., Tuner, S.M. y Ollendick, T.H. (1980): Self-report and physiologic responding during in vivo flooding. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 593-595.
- Angeline, A.L. (1964): Perspectives and problems in cross-cultural research. *Proceedings of VIII Interamerican Congress of Psychology*, 51-50, 129.
- Angold, A. (1994): Clinical interviewing with children and adolescents. En M. Rutter, E. Taylor, y L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (3rd ed., pp. 51-63) Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Annau, Z. y Kamin, L.J. (1961): The conditions emotional response as a function of intensity of the UCS. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 54, 428-432.
- Ansorena, A.; Cobo, J.; Romero, I. (1983): El constructo de la ansiedad en Psicología. *Estudios de Psicología*, 16, 31-41.
- Anuário Estadístico do Brasil - IBGE (1951): *Estudios de Estadística Teórica y Aplicada. Estadística demográfica*. Conselho Nacional de Estadística. Rio de Janeiro.
- Anuário Estadístico do Brasil - IBGE (1958): *A distribuição dos estrangeiros no Brasil*. Rio de Janeiro: Conselho Nacional de Estadística.
- Anuário Estadístico do Brasil - IBGE (1994): *Estudios de Estadística Teórica y Aplicada. Estadística demográfica*. Rio de Janeiro: Conselho Nacional de Estadística
- 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.
- Baker, B.L.; Cohen, D.C. y Sanders, J.T. (1973): Self-direct desensitization for acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 79-89.
- Bandura, A. (1969): *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winton.
- Bandura, A. (1977a): *Social learning theory*. New York: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1977b): Self-efficiency: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- 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.

- Barlow, D.H. y Wolfe, B.E. (1981): Behavioral approaches to anxiety disorders: A report on NIMH-SUNY, Albany, *Research and Therapy*, 9, 355-360.
- Barlow, D.W., Agras, W.S., Lietenberg, H. y Womcze, J.P. (1970): An experimental analysis of the effectiveness of «shamping» in reducing maladaptative avoidance behavior: An analogue study. *Behaviour Research and Therapy*, 8, 165-173.
- Bauermeister, J.J., Villamil, B. y Spielberger, C.D. (1976): Development and validation of the Spanish form of the State-Trait inventory for Children (IDAREN). En C.D Spielberger y R. Diaz- Guerrero (eds.). *Cross-cultural research on anxiety*. Washington: Hemisphere-Wiley.
- Bech, P., Allerup, P., Maier, W., Albus, P., Lavori, P. y Ayuso, J.L. (1992): The Hamilton Scales and the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90) a cross-national validity study in patients with panic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 160, 206-211.
- Beck, A.T. (1976): *Cognitive therapy and emotional disorders*. Madison, Ct: International University Press.
- 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*. New York: Guilford Press.
- 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.
- 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. (1984): Measurement of Anxiety. En Tuner, S. (Ed.) *Behavioral theories and treatment of anxiety*. New York: Plenum Press.
- Belloch, A. y Baños, R. (1986): Clasificación y categorización en psicopatología. En A. Belloch y P. Barreto (Eds.). *Psicología Clínica: Trastornos bio-psico-sociales* (pp.1-148). Valencia: Promolibro.
- Belloch, A. e Ibáñez, E. (1991): Acerca del concepto de psicopatología. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de psicopatología* (vol.I). Valencia: Promolibro.
- Benjamin, R.S., Costello, E.J. y Warren, M. (1990): Anxiety disorders in a pediatric sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 293-316.
- Ben-Zur, H. y Zeidner, M. (1988): Sex differences in anxiety, curiosity and anger: A cross-cultural

- study. *Sex Roles*, 19 (5-6), 335-347.
- Berg, I. (1976) : School phobia in the children of agoraphobia women. *British Journal of Psychiatry*, 128, 86-89.
- Berg, I., Marks, I., McGuire, R., y Lipsedge, M. (1974): School phobia and agoraphobia. *Psychological Medicine*, 4, 428-434.
- Bergeron, J. Landry, M. y Bélanger, D. (1976): The development and validation of a French form of the State-Trait Anxiety Inventory. En C.D. Spielberger y R. Diaz- Guerrero (Eds.). *Crosscultural research on anxiety*. Washington: Hemisphere-Wiley.
- Bermúdez, J. (1983): Modelo interactivo de ansiedad: implicaciones y contradicciones empírica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 38, 1003-1030. "Inventario de Actitudes ante Situaciones Diversas"
- Bermúdez, J. (1985): Investigación en personalidad I: Método. En J. Bermúdez (Ed.). *Psicología de la Personalidad*. Madrid: UNED.
- Bermúdez, J. y Luna, M.D. (1980): Ansiedad. En Fernández Trespalacios (Ed.). *Psicología General II*. Madrid: UNED.
- Biaggio, A., Natalicio, L y Spielberger, C.D (1976): The development and validation of an experimental Portuguese form of the State-Trait Inventory. En C.D Spielberger y R. Diaz-Guerrero (Eds.). *Crosscultural research on anxiety*. Washington: Hemisphere-Wiley.
- Bland, R.C., Newman, S.C., Orn, H. (1988): Prevalence of psychiatric disorders in the elderly in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 338, 5763.
- Borkovec, T.D. (1973): The role of expectance and physiological feedback in fear research: A review with especial reference to subject characteristics. *Behavior Therapy*, 4, 491-505.
- Borkovec, T.D. (1976): Psychological and cognitive processes in the regulation of anxiety: En G. E. Schwartz y D. Shapiro (Eds). *Consciousness and self-regulation. Advance research*. New York: Plenum Press.
- Borkovec, T.D. y Weerts, T.C. y Bernstein, D.A. (1977): Assessment of anxiety. En Cinero, R. Calhonn, K.S. y Adams, H.E. *Handbook of behavioral assessment*. New York:Wiley.
- Borrás Sansaloni, C., Pérez Pareja, F.J., y Palmer Pol, A.L. (1993, abril): Relación entre síntomas premenstruales y respuestas de ansiedad. *Comunicación presentada en el II Congreso Nacional de Psicología Conductual*. Palma de Mallorca.
- Borrás Sansaloni, C., Pérez Pareja, F.J., y Palmer Pol, A.L. (1994): Ciclo menstrual y respuestas emocionales. *Psicología Conductual*, 2 (1), 91-107.

- Bowers, K. S. (1973): Situationism in psychology: An analysis and a critique. *Psychology Review*, 80, 307-336.
- Bower, G. H. (1981): Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Bower, G. H. (1987): Commentary on mood and memory. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 443-455.
- 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.
- Brislin, R., Lonner, W. y Thordike, N. (1973): *Cross-cultural research methods*. New York: Wiley, 124-29.
- Buree, B.U., Papageorgis, D., Hare, R.D. (1990): Eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa: An application of the tripartite model of anxiety. *Canadian Journal of Behavior Science*. Vol 22 (2) 207-218.
- Burns, M. S. (1980): *Preschool Children's approach and performance on cognitive tasks*. Tesis doctoral no publicada. George Peabody College. Universidad de Vanderbilt.
- Cannon, W.B. (1915): *Bodily changes in pain hunger, fear and rage*. New York: Appleton.
- Cano-Vindel, A. (1985): *Estudio experimental sobre medidas de autoinforme: influencia de las situaciones en la evaluación cognitiva de respuestas de ansiedad*. Madrid: memoria de licenciatura.
- Cano-Vindel, A. (1989): «Cognición, emoción y personalidad. Un estudio centrado en la ansiedad» Madrid: Ed. Universidad Complutense.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1989): Implications of the multidimensional assessment of anxiety for the selection of treatment. *10th International Conference of the Society for Stress and Anxiety Research*, Amsterdam.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1990): 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. Área 7. Diagnóstico y Evaluación. Psicológica*. Madrid.
- 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. Área 7. Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. Madrid.

- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1993): Perfiles diferenciales de los trastornos de ansiedad. *III Congreso Internacional "Latini Dies"*. Toulouse.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1994): Differential diagnosis of Anxiety Disorders using the ISRA. *23rd International Congress of Applied Psychology*. Madrid.
- Cáceres, J., Arrarás, I., Jusué, G. y Zibiazaretta, B. (1996): Tratamiento comunitario de los trastornos de ansiedad: ¿Cognitivo-conductual, farmacológico o mixto?. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22 (86), 753-780.
- Carey, G., Gottesman, I.I. y Robins, E. (1980): Prevalence rates for the neuroses: Pitfalls in the evaluation of familiaty. *Psychological Medicine*, 10, 437-443.
- Carrobles, J.A.I. (1981): Registros psicofisiológicos. En R. Fenández Ballesteros y J.A.I Carrobles (Eds.). *Evaluación Conductual*. Madrid: Pirámide.
- Carrobles, J.A.I. (1985): *Análisis y modificación de conducta II*. Vol. I. Madrid: UNED.
- Carrobles, J.A.I. y Díez Chamizo, V. (1981): Evaluación de conductas ansiosas. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. I. Carrobles (Eds). *Evaluación Conductual*. Madrid: Pirámide.
- Carrobles, J.A.I. y Díez Chamizo, V. (1988): Evaluación de conductas ansiosas. En R. Fernández-Ballesteros y J.A.I. Carrobles (Eds.). *Evaluación Conductual: Metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Casado, M. (1994): *Ansiedad, Estrés y Trastornos psicofisiológicos*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Cattell, R.B. (1973): *Personality and mood by questionnaire*. Jossey-Brass, San Francisco.
- Cattell, R.B. y Scheier, I.H. (1961): The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. New York: Ronal.
- Cattell, R.B. y Warbuston, F.W. (1961): A cross-cultural comparison of patterns of extraversion and anxiety. *British Journal of Psychology*, 52, 3-15.
- 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.
- Chiu, L (1971): Manifest anxiety in Chinese and American children. *Journal of Psychology*, 79, 273-284.
- Chiu, L (1985): The relation of cognitive style and manifest anxiety to academic performance among Chinese children. *Journal of Social Psychology*, 125 (5), 667-669.

- Chorot, P. y Sandín, B. (1987): Effects of UCS intensity and duration of exposure of nonreinforced CS on conditioned electrodermal responses: An experimental analysis of the incubation theory of anxiety. *Psychological Reports*, 73 931-941.
- Chorot, P. y Sandín, B. (1991b): Psicopatología de la ansiedad. En Bellech y E. Ibáñez (Eds.). *Manual de psicopatología*. Valencia: Promolibro.
- Clare, A.W. (1985): Premenstrual syndrome: single or multiple causes? *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 474-482.
- Comunian, A.L. y Schuller, I.S. (1995): Cross-cultural comparison of the anxiety and arousability Inventory (AAI). *Studia Psychologica*, 37 (1), 11-19.
- Conde López, V. y Franch-Valverde, T.I. (1984): *Escalas de evaluación comportamental*. Madrid, Upjohn.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S. et al. (1993): An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescent: Vol.2 Persistence of disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 869-877.
- Cone, J.D. (1976): Multitrait-multimethod matrix in behavioral assessment. Ponencia presentada al *Symposium 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.
- Cone, J.D. (1988): Psychometric considerations and the multiple models of behavioral assessment. En R.O. Nelson y S.C. Hayes (Eds.). *Conceptual Foundations of Behavioral Assessment*. New York: Pergamon Press.
- Cone, J.D. y Hawkins, R.P. (1977a): *Behavioral Assessment: New directions in Clinical Psychology*, New York, Brunner-Mazel Publ.
- Cook, E.W.; Melamed, B. G.; Cuthbert, B. N.; McNeil, D.; et al (1988): Emotional imagery and the differential diagnosis of anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (5), 734-740.
- Corah, N. (1969): Development of a dental anxiety scale. *Journal of Dental Research*, 48, 596.
- Costello, E.J. y Angold, A. (1995): Epidemiology. En J.S. March (Ed.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.

-
- Costello, E.J., Costello, A.J., Edelbrock, C., et al. (1988): Psychiatric disorders in pediatric primary care: Prevalence and risk factors. *Archives of General Psychiatry*, 45 (12), 1107-1116.
- Costello, E.J., Stouthamer-Loeber, M. y DeRosier, M. (1993): *Continuity and change in psychopathology from childhood to adolescence*. Peper presented at the Annual meeting of the Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology, Santa Fe, New México.
- Copeland, J.R.M., Dewey, M.E., Wood, N. Searle, R., Davidson, I.A., McWilliam, C. (1987): Range of mental illness among the elderly in community: prevalence in Liverpool using the GMS-AGECAT package. *British Journal of Psychiatry*, 150, 815-823.
- Cronbach, L.J. (1951): Coeficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Cupeta, J. y Fungalli, S. (1988): *Informe del Sanatorio de la Unión Tranviarios del Automotor ante el Ministerio de Trabajo*. Buenos Aires. Ministerio del Trabajo.
- Dalton, K. (1964): *The premenstrual syndrome: An overview*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Dashlstrom, W.G. y Welsh, G.S. (1960): *An MMPI handbook*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Davey, G.C. (1989): UCS revaluation and conditioning models of acquired fears. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 521-528.
- Davidson, R.J. y Schwartz, G.E. (1976): The psychology of relaxation and related states: a multi-process theory. En D.I. Mostofsky (Ed.): *Behavior control and modification of physiological activity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Denny, D.R. y Sullivan, B.J. (1976): Desensitization and modeling treatments of spiders fears using two types of scenes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 573-579
- Denny, D.R. (1980): Self-control approaches to the treatment of test anxiety. In I.G. Sarason (Ed.): *Test anxiety: Theory, reseach and applications*. Hillsdade, NJ: Erlbaum.
- Díaz-Guerrero, R. (1976): Test anxiety and general anxiety in Mexican and American school children. En C.D. Spielberger y R. Díaz-Guerrero (Eds.): *Cross-cultural anxiety*. Washington, D.C: John Wiley & Sons.
- El-Zahhar, N.E. y Hocevar, D. (1991): Cultural and sexual differences in test anxiety, trait anxiety and arousability: Egypt, Brazil, and United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 22 (2), 238-249.

- 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. (1973): The person versus the situation: A pseudo issue? A response to others. *Journal of Personality*, 41, 287-303.
- Endler, N.S. (1975): A person-situation interaction model for anxiety. En C.A. Spielberger, I.G. Sarason (Eds.), *Stress and Anxiety* (Vol. I). Washington D. C.: Hemisphere Publ. Co.
- Endler, N.S. (1978): The interaction model of anxiety. Some possible implications, En O.M. Landers y R.W. Christina (Eds), *Psychology of Motor Behavior and Sport*, 1977. Champaign: Lincoln: University of Nebraska Press.
- Endler, N.S. (1981): Person-situation interaction and anxiety. En I.L. Kutash, L.B. Schlesinger et al. (Eds.), *Handbook on stress and anxiety*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. (1st Edit. 1980).
- Endler, N.S. (1983): Interactionism: A personality model, but not yet a theory. In M.M. Page (Ed.). *Personality-Current Theory & Research. 1982 Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Endler, N.S. Hunt, J. y Rosenstein, A.J. (1962): An S-R Inventory of Anxiousness. *Psychological Monographs*, 76 (17).
- 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 person, response and situations for hostility and anxiousness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9, 309-315.
- Endler, N. S. y Hunt, J. (1969): Generalizability of contributions from sources of variance in the S-R inventories of anxiousness. *Journal of Personality*, 37, 1-24.
- Endler, N.S. y Magnusson, D. (1974): Interactionism, trait psychodynamics and situationism. *Report from the Psychological Laboratories*. University of Stockholm.
- Endler, N.S. y Magnusson, D. (1976): *Interactional psychology and personality*. New York: Wiley.
- Endler, N.S. y Magnusson, D. (1976a): Multidimensional aspects of state and trait anxiety: A cross cultural study of Canadian and Swedish college students. En C.D. Spielberger y R.

- Díaz-Guerrero (Eds). *Cross-Cultural Anxiety*. Washington D.C.: Hemisphere.
- Endler, N.S. y Magnusson, D. (1976b): Personality and person by situation interaction. En N. S. Endler y D. Magnusson (Eds). *International Psychology and Personality*. Hemisphere Publ. Washington, D. C.
- Endler, N.S. y Magnusson, D. (1977): The interaction model of anxiety: An empirical test in an examination situation. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 9 (2), 101-107.
- 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.
- Engelhard, G. (1990): Math anxiety, mother's education and the mathematics performance of adolescent boys and girl: Evidence from the United States and Thailand. *Journal of Psychology*, 124 (3), 289-298.
- 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.
- Epstein, S. (1985): The implications of cognitive-experimental self-theory for research in social psychology and personality. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 15, 283-310.
- Escalona, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1993): Estrategias de afrontamiento en la ansiedad ante los exámenes. En J.J. Miguel-Tobal (ed.). *Psicología de la Ansiedad*. Mimeo, Facultad de Psicología de la UCM.
- Escalona, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1996): La ansiedad ante los exámenes: Evolución histórica y aportaciones prácticas para su tratamiento. *Ansiedad y Estrés*, 2 (2-3), 195-209.
- Espada, F.J., (1995): *Estudio de perfiles diferenciales de ansiedad a través del ISRA*. (Tesis doctoral sin publicar). Universidad Complutense de Madrid.
- Espada, F.J., Garcia, Cano Vindel, A. y Ocho, E.F.L., y Uncal (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.
- Espada, F.J., Torres, P., Cano Vindel, A. y Ocho, E.F.L. (1994): Evaluación de trastornos de ansiedad: Diferenciación en los tres sistemas de respuestas y áreas situacionales. *Clinica y Salud*, 5 (2), 209-217.
- Evason, R.C., Holland, R.A., Metha, S. y Yasin, F. (1980): Factor analysis of the Symptom Checklist-90. *Psychological Reports*, 46, 695-699.

- 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.
- Eysenck, H.J y Eysenck, S.B.G. (1969): *Personality structure and measurement*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Ferguson, G.A. (1976): *Statistical analysis in psychology and education*. 4th edn. New York: McGraw-Hill.
- Fernández-Ballesteros, R. (1979): *Los métodos en evaluación conductual*. Madrid: Pablo del Río.
- Fernández-Ballesteros, R. (1981c): Contenidos y modelos en la evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros y J.A.I. Carrobles (Eds.). *Evaluación Conductual*. Madrid: Piramide.
- Fernández-Ballesteros, R. (Ed.) (1992): Los autoinformes. *Introducción a la evaluación psicológica*. Capítulo 1, Madrid: Piramide.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994a): Evolución histórica de la evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.): *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A
- Fernández-Ballesteros, R. (1994b): El proceso en la evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.): *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A
- Fernández-Ballesteros, R. (1994c): Características básicas de la evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.): *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.
- Finney, J.C. (1985): Anxiety: Its measurement by objective personality tests and self-report. En A.H. Tuma y J.D. Maser (Eds.): *Anxiety and anxiety disorders*. Hilldale, New Jersey: LEA
- Flint, A. (1994): Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *Am. J. Psychiatry*, 151(5), 640-649.
- 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, 213-222.
- Fraser, T. (1986): *Estrés humano, trabajo y satisfacción en el empleo*. Salud Mental y Trabajo. Univ. Auton. Est. Morelos. México.

- Freud, S. (1926): Inhibition, sintoma y anxiety. En J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud* (1959). Vol.20. London: Hogarth Press.
- Fridlund, A.J., Hatfield, M.E., Cottam, G.L. y Fowler, S.C. (1986): Anxiety and striate muscle activation: Evidence from electromyographic pattern analysis. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol 95 (3) 228-236.
- Friendman, M.J., Scheneiderman, C.K., West, A.N. y Corson, J.A.(1986): Measurement of combat exposure, posttraumatic stress disorders, and life stress among Vietnam combat veterans, *American Journal of Psychiatry*, 143, 537-539.
- Gerdes, T., Yates, W. y Clancy, G. (1993): Increasing identification and referral of panic disorder over the past decade. *Psychosomatics*, 36, 480-486.
- Gambrill, E.D. (1977): *Behavior modification: Handbook of assessment, intervention and evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Goldberg, D.P. y Huxley, P.J. (1991): *Common mental disorders - A biosocial model*. N.Y. Tavistock/Routledge.
- Goldering, J.M. y Doctor, R. (1986): Teen age worry about nuclear war: North American and European Questionnaire studies. *International Journal of Mental Health*, 15 (1-3), 72-92.
- Goldfriend, M.R., Linehan, M.M. y Smith, J.L. (1978): Reduction of test anxiety through cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 32-39.
- Goldstein, K. (1939): The organism, a holistic approach to systematic restructuring as a self control technique. *Behavior Therapy*, 5, 247-254.
- Gonzalez-Reigosa, F. (1976): The anxiety-arousing effect of taboo words in bilinguals. En C.D Spielberger y R. Diaz-Guerrero (eds.). *Cross-cultural research on anxiety*. Washington: Hemisphere-Wiley.
- Good, B. y Kleinman, A. (1985): Culture and anxiety: Cross-cultural evidence for the patterning of anxiety disorders. En A. Tuma y J.D. Maser (Eds.): *Anxiety and anxiety disorders*. New Jersey: Hillsdale.
- Gray, J. A. (1982): *The neuropsychology of anxiety*. New York: Oxford University Press.
- Guida, N.C. y Ludlow, L.H. (1989): A cross-cultural study of test anxiety. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 20 (2), 178-190.
- Guy, W. (Ed.) (1976): *Early Clinical Drug Evaluation Program (ECDEU): Assessment Manual*. Rockville: National Institute of Mental Health.

- Hahn, R. y Kleinman, A. (1983): A biomedical practice and anthropological theory: Frameworks and directions. *Annual Review of Anthropology*, 12, 305-333.
- Hamilton, M. (1959): The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. (1960): A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.
- 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.
- Haynes, S.N. (1992): Behavioral Assessment. En M. Harsen, A. E. Kasdin y A.S. Bellack (Eds.). *The Clinical Psychology Handbook* (2ª Ed). New York.
- Hernández, J. (1992): Factores de atracción de los países de destino. *Historia General de la emigración española a Iberoamerica*. Madrid, Publicación del 5º Centenario.
- Herrnstein, R. J. (1977): The evolution of behaviorism. *American Psychologist*, 32, 593-603.
- Hersen, M. y Bellack, A. S. (1976): Historical perspectives in behavioral assessment. En M. Hersen y A. Bellack (Eds.). *Behavioral Assessment*. New York: Pergamon Press.
- Hersen, M. y Bellack, A.S. (1988): *Dictionary of Behavioral Assessment Techniques*. New York: Pergamon Press.
- Hobhouse, L.T., Wheeler, G.C. y Ginsberg, M. (1915): *The material culture correlation*. Londres: Chapman & Hall.
- Hodgson, R.J. y Rachman, S. (1974): Desynchrony in measures of fear. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 319-326.
- Hodgson, R.J. y Rachman, S. (1977): Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Hoehn-Saric, R. y MacLeod, D.R. (1988): Panic and generalized anxiety disorders. En C. D. Last & M. Hersen (Eds.) *Handbook of anxiety disorders*. Oxford: Pergamon Press.
- Hoehn-Saric, R. y McLeod, D.R. (1993a): Somatic manifestations of normal and pathological anxiety. En R. Hoehn-Saric y D.R. McLeod (Eds), *Biology of anxiety disorders* (pp. 177-222). Washington, DC: American Psychiatric 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.
- Hollifield, M., Katon, W., Spain, D. y Pule, L. (1990): Anxiety and depression in a Village in Lesotho, Africa: A comparison with the United States. *British Journal of Psychiatry*, 156, 343-350.
- Holroyd, K.A. (1976): Cognition and desensitization in the group treatment of test anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 991-1001.
- Holtzman, W.A. (1968): Cross-culture research on personality development. Austin: Institute of Latin American Studies. *Offprint series*, 25, 128-135.
- Hugdahl, K. (1981): The three-systems model of fear and emotion. A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 75-85.
- Iwawaki, S., Sumida, K. Okuno, S. y Cowen, E. (1976): Manifest anxiety in Japanese, French, and United States children. *Child Development*, 38, 713-722.
- James, W. (1884): What is an emotion? *Mind*, 9, 188-205.
- Jerusalen, M. y Schwarzer, R. (1989): Anxiety and self-concept as antecedents of stress and coping: A longitudinal study with German and Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences*, 10 (7), 785-792.
- Kardiner, A. (1973): *The individual and his society*. New York: Columbia University Press.
- Kazdin, A.E. (1979): Situational specificity: The two edged sword of behavioral assessment. *Behavioral Assessment*, 1, 57-77.
- Kessler, R.C., MacGonagle, K.A., Zhao, S., et al. (1994): Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity study. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kim, Y. (1986): A comparative survey of anxiety in mothers of mentally retarded children in Tokyo an Seoul. *Japanese Journal of Special Education*, 24 (3), 1-16.
- Klorman, R., Weerts, T., Hasting, J.E., Melamed, B.G., y Lang, P.J. (1974): Psychometric description of some specific fear questionnaires. *Behavior Therapy*, 5, 401-409.
- 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.
- Lacey, J.L., Bateman, D.E. y Van Lhen, R. (1952): Automatic response specific: An experimental study. *Psychosomatic Medicine*, 15, 8-21.
- Lang, P.J. (1968) : Fear reduction and fear behaviour: Problems in treating a construct. En Shilen, J.M. (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. I. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Lang, P.J. (1977): Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavioural Therapy*, 8, 862-886.
- 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. (1979): A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.
- Lang, P.J. (1985): The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety. En A.H. Tuma y J.D. Maser (Eds). *Anxiety and anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lang, P.J. (1993): From emotional imagery to the organization of emotional in memory. En N. Birbaumer y A. Öhman (Eds). *The structure of emotion*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publisher.
- Lang, P.J. y Lazovik, 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 y Sternbach (Eds.), *Handbook of Psychophysiology*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Laucht, M. y Schmidt, M.H. (1987): Psychiatric disorders at age of 13: Results and problems of a long-term study. En B. Cooper (Ed.), *Psychiatric epidemiology: Progress and prospects* (pp. 212-224). London: Crom Helm.

- Lazarus, R.S. (1982): Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist*, 39, 124-129.
- Leary, M.R. (1983): A brief version of the fear of negative evaluation scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- LeCompte, W.A y Orner, N.P. (1976): Development of the Turkish Edition of the State-Trait Anxiety Inventory. En C.D. Spielberger y R. Díaz-Guerrero (Eds): *Cross-cultural anxiety*. Washington: Hemisphere.
- Lester, D. y Castromayor, I. (1993): The construct validity of Templer's Death Anxiety scales in Philipino studentes. *Journal of Social Psychology*, 133 (1), 113-114.
- 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.
- Lindal, E. y Stefánsson, J.G. (1993): The lifetime prevalence of anxiety disorders in Iceland as estimated by the US National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 29-34.
- Lynn, R. (1982): National differences in anxiety and extroversion. *Progress in Experimental Personality Research*, 11, 213-258.
- MacLeod, J.D., Turnbull, J.E, Kessler, R.C., Abelson, J.M. (1990): Sources of discrepancy in the comparison of a lay-administered diagnostic instrument with clinical diagnosis. *Psychiatry Review.*, 31, 145-159.
- Magnusson, D. (1971): An analisis of situational dimentions. *Perceptual and Motor Skills*, 32, 851-967.
- Magnusson, D. (1974): The person and situation on traditional measurement model. *Reports from the Psychological Laboratories*, 426. Stockolm: University of Stockolm.
- Magnusson, D. (1976): The person and situation in a interaction model of behavior. *Scandinavian Journal of Psychology*, 17, 253-271.
- Magnusson, D. (1981): *Toward a psychology of situations: An interactional perspective*. New York: LEA.
- Magnusson, D. y Ekehammar, B. (1973): An analisis of situational dimentions: a replication. *Multivariate Behavioral Research*, 8, 331-339.
- Magnusson, D. y Ekehammar, B. (1975): Perception of and reactions to stressfull situations. *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 220-234.

- Mahl, G.F. (1956): Exploring emotional states by content analysis. En I.D. Pool (Ed.), *Trends in content analysis*. Urbana III: University of Lllinois Press.
- Malinowski, B. (1937): *Sex and repression in a savage society*. New York: Harcourt Brace.
- Mandler, G. (1972): Helplessness: Theory and research in anxiety. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety, currenty trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Marcoulides, G.A. y Wang, X. (1990): A cross-cultural comparison of computer anxiety in college students. *Journal of Educational Computing Research*, 6 (3) 251-263.
- Marcoulides, (1991): An examination of cross-cultural differences toward computers. *Computers in Human Behavior*, 7 (4), 281-289.
- Marks, I. M. y Lader, M. (1973): Anxiety states (anxiety neurosis): A review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156, 3-16.
- Martin, B. y Sroufe, L.A. (1970): Anxiety. En C.G. Costello (Ed.). *Symptoms of psychopatology: A handbook*. New York: Wiley.
- Martínez-Sánchez, F., Sánchez Hernández, A., Muela Martínez, J. A. y Moreno Gil, P. J. (1993): Factores situacionales y patrones de respuestas de ansiedad en sujetos con cefaleas crónicas. *Cuadernos de Medicina Psicosomática.*, 25, 21-25.
- May, R. (1950): *The meaning of anxiety*. New York: Ronal Press.
- McCordick, S.M., Kaplan, R.M., Smith, S. y Finn, M.E. (1981): Psychotherapy. *Theory, research and practice*, 18, 170-178.
- Mead, M. (1928): *Coming of age in Samoa*. New York: William Morrow & Co.
- Merín, J., Cano, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1995a): La valoración, el afrontamiento y la ansiedad como variables predictoras del "burnot". *Comunicación presentada en el Primer Congreso sobre Ciencias de la Conducta y Salud Laboral*. Madrid: COP (Marzo, 1994).
- Merín, J., Cano, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1995b): *Programa pra la reducción del estrés en el ámbito hospitalario*. Mimeo: Universidad Complutense de Madrid.
- Meichenbaum, D. (1972): Cognitive modification of test anxious college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 370-380.
- Méndez, F.X. (1988): *Inventario de Miedos Escolares*, trabajo policopiado. Universidad de Murcia.
- Méndez, F.X y Maciá, D.M. (1994): Evaluación de los problemas de ansiedad. En R. Fernández-

- Ballesteros y J. A. I. Carrobles (Eds.), *Evaluación Conductual*. Madrid: Pirámide.
- Michel, R., Frances, A.J. y Shear, K. (1985): Psychodynamic Models of Anxiety. En A.H.Tuma y J.D. Maser (National Institute of Mental Health). *Anxiety and the Anxiety Disorders*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Michelson, L. (1986): The role of individual differences, response profiles and treatment consonance in anxiety disorders. *Journal of Behavioral Assessment*, 6,349-367.
- Miguel-Tobal J.J. (1985): *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. (1993): Cuestionarios, inventarios y escalas. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Pirámide.
- Miguel-Tobal, J.J. (1994): Emotional factors in hypertension and myocardial infarction. Conferencia plenaria en la 15th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society. Madrid.
- Miguel-Tobal, J.J. (1995): Evaluación de la ansiedad y los trastornos de ansiedad. En A. Roa (Ed.), *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: CEPE.
- Miguel-Tobal, J.J. (1996): La ansiedad. En F.L. Ochoa (Ed). *Guías Prácticas: Psicología y bienestar*. Madrid: Aguilar.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1984): Desarrollo de un inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA). *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 Comportamiento*, 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 COP. Area 5. Psicología y Salud: Psicología de la Salud*, 270-274.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1991): Anxiety and problem solving in normal and psychophysiologically disordered subjects. *II European Congress of Psychology*. Budapest.
- 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.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1995): Perfiles diferenciales de los Trastornos de Ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 1(1), 37-60.
- Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., y Casado Morales, M.I. y Escalona Martinez, A (1994): Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología*, 10 (2), 199-216.
- Miguel-Tobal, J.J. y Casado, M.I. (1992): Solución de problemas personales: Elaboración y desarrollo del "Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas - ISAP". *Investigaciones Psicológicas*, 11, 29-37.
- Miguel-Tobal, J.J. y Casado, M. (1993): *Programa de intervención cognitivo-conductual en pacientes hipertensos*. Memoria de Investigación, Fundación MAFRE Medicina, Madrid.
- Miguel-Tobal, J.J. y Casado, M.I. (1994): Emociones y trastornos psicofisiológicos. *Ansiedad y Estrés*, 0, 1-13.
- Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I, Cano-Vindel, A. y Spielberger, C.D (1997): El estudio de las ira en los trastornos cardiovasculares mediante el Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado - STAXI. *Ansiedad y Estrés*, 3 (1), 5-20.
- Mills, H., Agras, W. S. Barlow, D. H., y Mills, J. (1973): Compulsive rituals treated by response prevention. *Archives of General Psychiatry*, 28, 524-529.

- Mischel, W. (1968): *Personality and assessment*. New York:Wiley. Traducción al castellano: *Personalidad y evaluación* (1973). México: Trillas.
- Mote, T.A., Natalicio, L.F. y Rivas, F. (1971): Comparability of the Spanish and English editions of Spielberger Trait-Anxiety Inventory. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 2, 205-206.
- Mohan, V. y Chopra, R. (1986): Personality variations as an effect premenstrual tensions. *Personality and Individual Differences*, 8(5), 763-765.
- Mohan, V. y Chopra, R. (1987): Variations in anxiety scores as an function of premenstrual tensions. *Personality Study and Group Behavior*, 7(2), 37-44.
- Mowrer, O.H. (1939): A stimulus-response analysis of anxiety and its role as reinforcing agent. *Psychological Review*, 46, 553-556.
- Mowrer, O.H. (1950): *Learning theory and personality dynamics*. New York: Ronald Press.
- Mowrer, O.H. (1960) : *Learning theory and behaviour*. New York: John Wiley.
- Murdock, G.P. (1937): Correlations of matrilineal and patrilineal institutions. En G.P. Murdock, *Studies in the science of society*. New Haven: Yale University Press.
- Myers, J.K.; Weissman, M.M.; Tischler, G.L.; Holzer, C.E.; Leaf, P.J.; Orvaschel, H.; Anthony, J.H.; Burke, J.D., Kramer, M. y Stoltzman, R. (1984): Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980-1982. *Archives of General Psychiatry*.
- Nieboer, H.J. (1910): *Slavery as an industrial system*. The Hague: Nijhoff.
- Norton, G.R., Di Nardo, P.A. y Barlow, D.H. (1983): Predicting phobias response to therapy: A consideration of subjective, physiological, and behavioral measures. *Canadian Psychology*, 24, 50-58.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., Szatimari, P. et al. (1992): Outcome, prognosis, and risk in a longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 916-923.
- Öhman, A. (1993): Stimulus prepotency and fear learning: Data and theory: En N. Birbaumer y A. Öhman (Eds). *The structure of emotion*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publisher.
- Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos (1985): *Identificación de enfermedades relacionadas con el trabajo y medidas para combatirlas*. Serie de Informes Técnicos. Ginebra: OMS.
- 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.
- Orne, 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.
- Ortiz Bascuñada, J. (1992): Programa experimental del tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad (en una población de jóvenes delincuentes entre 21 y 25 años)". *Análisis y modificación de conducta*, 18, 60, 519-537.
- Ortiz, N. y Campbell, N. (1985): Self-concept and anxiety: A comparison of students from Puerto Rico and the United States. *College Students Journal*, 19 (4), 416-423.
- Öst, L.G. y Hugdal, K. (1981): Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy* 19, 439-447.
- Öst, L.G. y Hugdal, K. (1983): Acquisition of agoraphobia, mode of onset and anxiety response patterns. *Behaviour Research and Therapy* 21, 623-631.
- Öst, L.G. y Hugdal, K. (1985): Acquisition of blood and dental phobia and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy* 23, 27-34.
- Öst, L.G., Jerremalm, A. y Johansson, J. (1981): Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 1-16.
- Öst, L.G. Johansson, J. y Jerremalm, A. (1982): Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of claustrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 445-460.
- Paul, G.L. (1966): *Insight versus desensitization in psychotherapy: An experiment in anxiety reduction.* Stanford, California: Stanford University Press.
- Paul, G. L. y Bernstein, D.A. (1973): *Anxiety and clinical problems: Systematic desensitization and related techniques.* New York: General Learning Press.
- Pérez Pareja, F.J. (1991): Respuestas emocionales en función del ciclo menstrual humano. *Comunicación presentada en el II Congreso Internacional "Latini Dies"*. Sitges.

- Pérez Pareja, F.J., Borrás Sansaloni, C. (1992, julio): Relationship between general anxiety and PMS symptom appraisal. *13th International Conference of the Society for Stress and Anxiety Research. STAR. Lovaina.*
- Pérez Pareja, F.J., Palmer Pol, A.L. y Borrás Sansaloni, C. (1992, septiembre): Relationship between daily life events and anxiety responses in the menstrual cycle. *Poster presentado en el 22th Conference of European Association for Behavior Therapy. Coimbra.*
- Pérez Pareja, F.J., Borrás Sansaloni, C. y Palmer Pol, A.L. (1994): Ansiedad y estrés como predictores del síndrome premenstrual. *Ansiedad y Estrés*, 0, 65-76.
- Pervin, L. A. (1968): Performance and satisfaction as a function of individual-environment fit. *Psychological Bulletin*, 69, 57-68.
- Pfefferbaum, B., Adams, J. y Aceves, J. (1990): The influence of culture on pain in Anglo and Hispanic children with cancer. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychology*, 29 (4), 642-647.
- Pi, E.; Gross, L. S. y Nagy, R. M. (1994): Biochemical factors in anxiety and related disorders. En B. B. Wolman (Ed.), *Anxiety and related disorders: A handbook*. New York: Wiley.
- Piotrowsky, 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.
- Pulkkinen, L. y Tremblay, E. (1992): Patterns of boys' social adjustment in two cultures and different ages: A longitudinal perspective. *International Journal of Behavior Development*, 15 (4), 527-553.
- 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 fear: A three systems analysis. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 7, 237-245.
- Rachman, S. (1984a): Anxiety disorders: Some emerging theories. *Journal of Behavioral Assessment*, 6, 281-299.

- Rachman, S. y Hodgson, R. (1974): Synchrony and desynchrony in fear and avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 311-318.
- Regier, D.A.; Myers, J.K.; Kramer, M.; Robins, L.N.; Blazer, D.G.; Hpugh, R.L. Eaton, W.W. y Locke, B.Z. (1984): The NIMH epidemiologic catchment area (ECA) program: Historical context, major objetives, and study population characteristics. *Archives of General Psychiatry*.
- Reid, R.L. (1985): The premenstrual syndrome. En J.M. Leventhal, J.J. Hoffman, L.G. Keith y P.J. Taylor (Eds.): *Current problems in obstetrics, gynecology and fertility*. Chicago: Year Book Medical Pubs.
- Reiss, S. (1980): Pavlovian conditioning and human fear: An expectance model. *Behavior Therapy*, 11, 380-396.
- Ritter, B. (1970): The use of contact desensitization demonstration-plus-participation, and demonstration alone in the acrophobia. *Behaviour* R157-164.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J. y Ratcliffe, K. (1981): National institute of mental health diagnostic interview schedule: Its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- Robins, L.N., Locke, B.Z. y Regier, D.A. (1987): An overview on psychiatric disorders in American. Em L.N. Robins y D.A. Gegier (Eds), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchmen Area Study*. New York: Norton.
- Robinson, J.P., Chivian, E. y Tudge, J. (1989): News media use and adolescent's attitudes about nuclear issues: An American-Soviet comparison. *Journal of Comunication*, 39 (2), 105-113.
- Rodríguez-Saavedra, R. y Cano-Vindel, A. (1995): Relación entre adquisición y patrón de respuesta de ansiedad en la Fobia Dental. *Ansiedad y Estrés*, 1(1), 105-111.
- Rogers, C.R. y Kinget, M. (1967): *Psicoterapia y relaciones humanas. Teoría y práctica de la terapia no directiva*. Alfaguara.
- Sánchez, O. (1984): Procesos cognitivos en Psicología Transcultural. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39 (2), 263-280.
- Sanderson, W.C. y Wetzler, S. (1991): Chronic anxiety and generalized anxiety disorder: Issues in comorbidity. En R.M. Rappee y D.H. Barlow (Eds.). *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression*. New York: Guilford.
- Sandín, B. (1990): Factores de predisposición hacia los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 343-351.

-
- Sandín, B. y Chorot, P. (1986b): Psicopatología de la ansiedad. En A. Belloch y E. Ibañez (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Vol. II. Valencia: Promolibro.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995): Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sadín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología* (2), 53-80.
- Sandín, B. Chorot, P. y McNally, R. (1996): Validation of the Spanish Version of the Anxiety Sensitivity Index in a clinical sample. *Behavior Therapy*, 34 (3), 283-290.
- 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 (2), 149-173.
- Sanz, J. (1994): The Spanish version of the Interaction Anxiousness Scale: Psychometric properties and relationship with depression and cognitive factors. *European Journal of Psychological Assessment*, 10 (2) 129-135.
- Sarason, I.G. (1961): A note on anxiety, instructions, and intellectual performance. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62, 165.168.
- Sarason, I.G. (1972): Experimental approaches to test anxiety: Attention and the uses of formation. En C.D. Spielberger (Ed.). *Anxiety: Current Trends in Theory and Research* (vol. 2, págs. 381-403) New York, Academic Press.
- Sato, H. Machizawa, S. y Sawamura, M. (1990): Epidemiology of anxiety disorders. *Journal of Mental Health*, 36, 17-23.
- Scholing, A. y Emmelkamp, M.G. (1990). Social phobia: Nature and treatment. En H. Leitenberger (Ed). *Handbook of social and evaluation anxiety*. New York: Plenum Publishing Corp.
- Schwartz, G. E. (1977): *Biofeedback and patterning of autonomic and central process*. New York: Academic Press.
- Schwartz, G. E. (1978): Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, 307-320.
- Schwarz, E. y Birn, H. (1995): Dental anxiety in Danish and Chinese adults - A cross-cultural perspective. *Social Science and Medicine*, 41 (1), 123-130.
- Scott, W., Scott, R., McCabe, M. (1991): Family relationships and children's personality: A cross-cultural, cross-source comparison. *British Journal of Social Psychology*, 30 (1), 1-20.
- Seia, H. (1987): Salud mental y transporte urbano de pasajeros. *Salud y Sociedad* (Argentina), 11-12.

- Seligman, M.E.P. (1971): Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, 307-320.
- Sepell, R. (1981): Metodología de la investigación transcultural. En R. Serpell (Ed.) *Influencia de la cultura en el comportamiento*. Barcelona: CEAC.
- Sharma, S. y Sud, A. (1990): Examination stress and test anxiety: a cross-cultural perspective. *Psychology and Developing Societies*, 2 (2), 183-201.
- Schumaker, J.F., Barraclough, R.A., Vagg, L.M. (1988): Death anxiety in Malaysian and Australian university students. *Journal of Social Psychology*, 128 (1), 41-47.
- Schumaker, J.F., Warren, W.G., Groth-Marnat, G. (1991): Death anxiety in Japan and Australian university students. *Journal of Social Psychology*, 128 (1), 41-47.
- Silva, B. F. (1989): *Evaluación conductual y criterios psicométricos*. Madrid: Pirámide.
- Silva, B. F. (1996): Algunas cuestiones metodológicas en la evaluación de la ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 2(2-3), 119-130.
- Solomon, R. L., Kasmin, L.J. y Wyne, L.C. (1953): Traumatic avoidance learning: the outcome of severe extinction procedures with dogs. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 291-302.
- Spielberger, C.D. (1966): The effects of anxiety on complex learning and academic achievement. En C.D. Spielberger, (Ed.): *Anxiety and Behavior*, 361-398. New York: Academic Press.
- Spielberger, C.D. (1972): Anxiety as a emotional state. En C.D. Spielberger (Ed.) *Current trends in in theory and research*, vol. I, 23-49. New York: Academic Press.
- Spielberger, C.D. (1976): The nature and measurement of anxiety. En C.D Spielberger y R. Diaz-Guerrero (eds.). *Crosscultural research on anxiety*. Washington: Hemisphere-Wiley.
- Spielberger, C.D. (1977): State-Trait anxiety and interactional psychology. En Magnusson y Endler (eds.). *Personality as a crossroads: Current issues in interactional psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Spielberger, C.D. (1985): Cognition and affect: A state-trait perspective. En H. Tuma y J. Maser (Eds.). *Anxiety and anxiety disorders*. Hillsdale, N.J.: LEA.
- Spielberger, C.D. (1988): *Stat-Trait Anger Expression Inventory*. Orlando, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C.D. (1991): *Manual for the Stat-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessmente Resources, Inc.

- Spielberger, C.D. y Díaz-Guerrero, R. (Eds.) (1976): *Cross-cultural anxiety*. Washington, D.C: John Wiley & Sons.
- Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970): *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1979): *Inventario de ansiedad traço-estado - IDATE* (traducción y adaptación al portugués, A.M.B Biaggio y L. Natalicio). Rio de Janeiro: CEPA.
- Spielberger, C. D., Gonzales, H. P, Martínez-Urrutia, A., Natalicio, L.F. y Natalicio, D.C. (1971): Development of Spanish edition of the State-Trait Anxiety Inventory. *Interamerican Journal of Psychology*, 5, 3-4.
- Spielberger, C.D., Gonzales, H.P., Taylor, C.J., Anton, W.D., Algaze, B., Ross, G.R. y Westberry, L.G. (1980). *Preliminary Professional Manual of the Test Anxiety Inventory (Test Attitude Inventory)* T.A.I. Palo Alto, California: Consulting Press.
- Spielberguer, C.D., Gorsuch, R.I. y Lushene, R.E. (1982): *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Manual. TEA Ediciones, S. A., Madrid
- Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1988): STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: Manual (3ª edición), Madrid, TEA (trabajo original publicado en 1970).
- Spielberger, C.D., Pollans, C.H. y Worden, T.J. (1984): Anxiety disorders. En S.Tuner y M. Hersen (eds), *Adult psychopathology and diagnosis*. New York: Wiley.
- Spielberger, C.D., Sharma, S. y Singh, M. (1973): Development of the Hindi edition of State-Trait Anxiety Inventory. *Indian Journal of Psychology*, 48, 11-20.
- Spielberger, C.D. y Sharma, S. (1976): Cross-cultural measurement of anxiety. En C.D. Spielberger y R. Díaz-Guerrero. *Cross-cultural anxiety*. Washington: Hemisphere.
- SPSS (1990): *Reference Guide*. Chicago: SPSS Inc.
- Staats, A.W. (1980): Behavioral interaction and interactional psychology theories of personality. *British Journal of Psychology*, 71, 2025-220.
- Staats, A.W. (1981): Paradigma behaviorism, unified theory construction methods and the zeitgeist of separatism. *American Psychologist*, 36, 239-256.
- Stattin, H., Magnusson, D. (1980): Stability of own reactions across a variety of anxiety-provoking situations. *Perceptual and Motor Skills*, 51, 959-967.
- Stattin, H., Magnusson, D.; Olah, A., Kassin, H. et al (1991): Perception of threatening

- consequences in anxiety-provoking situations. *Anxiety Research*, 4 (2), 141-166.
- Stephan, C.W. y Stephan, W.G. (1992): Reducing intercultural anxiety through intercultural contact. *International Journal of Intercultural Relations*, 16 (1), 89-106.
- Stephens, A. y Vogele, C. (1992): Individual differences in the perception of bodily sensations: The role of trait anxiety and coping style. *Behavior Research and Therapy*, 30 (6) 597-607.
- Sud, A. (1990): A comparative study of test anxiety across Indian and Italian cultures. *Psychological Studies*, 35 (1), 69-75.
- Tanaka-Matsumi, J. y Kameoka, V. A. (1986): Reliabilities and concurrent validities of popular self-report measures of depression, anxiety, and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 328-333.
- Taylor, J.A. (1953): A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 43, 285-290.
- Taylor, C.B. y Arnou, B. (1988): *The nature and treatment of anxiety disorders*. New York: Free Press.
- Tetrick, L.E. y La Roco, J.M. (1987): Understanding, prediction and control as moderators of the relationships between perceived stress, satisfaction, and psychological well-being. *Journal of Applied Psychology*, 72, 538-543.
- Torgersen, S. (1983): Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1085-1089.
- Tsujioka, B. y Cattell, R. (1965): A cross-cultural comparison of the second questionnaire personality factor structures-anxiety and extraversion - in American and Japan. *Journal of Social Psychology*, 65, 205-219.
- Tudge, J., Chivian, E., Robinson, J.P. y Andreyenkov, V. (1991): American and Soviet adolescents's attitudes toward the future: The relationship between worry about nuclear war and optimism. *International Journal of Mental Health*, 19 (4), 58-84.
- Tylor, E.B. (1889): On the method of investigating the development of institutions: applied to laws of marriage and descent. *Journal of Intercultural Relations*, 16 (1), 89-106.
- 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.

- 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.
- Vila, J. (1994): Registros psicofisiológicos. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Vizcarro, C. y Garcia, J. A. (1988): Los autoinformes. En R. Fernández Ballesteros y J. A. I. Carrobes (Eds.), *Evaluación conductual*. Madrid: Pirámide.
- Vizcarro, C. y Arévalo, J. (1990): Evaluación en psicología y psicopatología (II): Estrategias de recogida de información. En F. Fuentenebro y C. Vazquez (Eds.), *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*. Vol. I. Madrid: Pirámide.
- Walk, R.D. (1956): Self-ratings of fear in a fear-invoking situation, *Journal of Abnormal and Social psychology*, 52, 171-178.
- Walker, A. (1992): Premenstrual symptoms and ovarian hormones: A review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 10, 67-82.
- Watson, D. y Friend, R. (1969): Measurement of social-evaluation anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Watson, J.B. y Rayner, R. (1920): Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-4.
- Williams, E. (1980): *A aculturação dos alemães no Brasil*. São Paulo: Brasiliana.
- Willens, E. (1955): *Brasil en aportaciones positivas de los inmigrantes*. UNESCO
- Weiser, L., Endler, N.S. y Parker, J.D. (1991): State anxiety, trait anxiety, and coping style in Mexican and Canadian young adults. *Anxiety Research*, 4 (2), 125-139.
- Weissman, R.G. y Klerman, G. (1978): Epidemiology of Mental Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 35, 705-712.
- Weissman, M.M. (1985): The epidemiology of anxiety disorders: Rates, risks, and familial patterns. En A. H. Tuna y D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp.275-269). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Weissman, M.M.; Myers, J.K. y Harding, P.S. (1978): Psychiatric disorders in U.S. urban

- community. *American Journal of Psychiatry*, 135, 459-462.
- Wittchen, H.U. y Essau, C.H. (1993): Epidemiology of panic disorders: Progress and unresolved issues. *Journal of Psychiatry*, 27, 47-68.
- 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.
- Wolpe, J. (1990): *The practice of behavior therapy*. 4ª Ed. New York: Pergamon Press.
- Wolpe, J. y Lang, P.J. (1964): A Fear Survey Schedule for use in behavior therapy. *Behavior Research and Therapy*, 2, 27-30.
- Wolpe, J. y Rachman, S. (1960): Psychoanalytic evidence: A critique based on Fried's case of Little Hands. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 131, 135-148.
- Yerkes, R.M. y Dodson, J.D. (1908): The relation of strength of stimulus to rapidity of habit formation. *Journal of Comparative Neurology*, 18, 459-482.
- Yorio, A.A., Leibovich, N. y Segura, E.T. Aspectos multidimensionales del estrés ocupacional. *Manuscrito no publicado*.

14. APÉNDICE I

Apellidos y nombre Edad Sexo
 Centro Curso/Puesto Estado civil (V o M)
 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
0	1	2	3	4			
CASI NUNCA	POCAS VECES	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE			
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).



0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

1. Me preocupo fácilmente.
2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos o serios, tales como «inferior» a los demás, «torpe», etc. mismo.
3. Me siento inseguro de mí 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.									
ΣR								TOTAL	

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

SITUACIONES	RESPUESTAS										OBSERVACIONES	ΣS
	1. Siento molestias en el estómago.	2. Me sudan las manos u otra parte del cuerpo hasta en días fríos.	3. Me tiemblan las manos o 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.		
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.												
ΣR											TOTAL	Σ2 =

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

SITUACIONES	RESPUESTAS							OBSERVACIONES	ΣS
	1. Lloro 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 demasado.	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.		
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, rozándose, 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.									
ΣR								TOTAL	

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

15. APÉNDICE II

I.S.R.A.

		Id: _____	
Nome:	Sexo (M ou F):	C:	F1:
Centro:	Idade:	F:	F2:
Curso/Posto:	Estado civil:	M:	F3:
Outros dados:	Data:	T:	F4:

INSTRUÇÕES

Nas páginas seguintes o(a) senhor(a) encontrará uma série de frases que apresentam situações nas quais poderia encontrar-se, e outras que se referem às respostas que poderia dar mediante essas situações ou reações que lhe produziriam.

As situações aparecem numeradas na parte esquerda da página e as possíveis respostas estão indicadas na parte superior.

Sua tarefa consiste em estimar de 0 a 4 a frequência com que cada resposta ou reação que está considerando ocorre, segundo a escala seguinte.

0: Quase nunca 1: Poucas vezes 2: Umhas vezes sim e outras não 3: Muitas vezes 4: Quase sempre

Veja os seguintes exemplos:

0	QUASE NUNCA
1	POUCAS VEZES
2	UMAS VEZES SIM E OUTRAS NAO
3	MUITAS VEZES
4	QUASE SEMPRE

SITUAÇÕES	RESPOSTAS					OBSERVAÇÕES
	1. Me desconcerto; não sei o que fazer	2. Tenho impressão que sou inútil	3. Não posso me concentrar no trabalho	4. Tenho dificuldades para dormir	5. Perco o apetite	
1. Se um problema me preocupa muito.						
2. Quando perco um objeto que estimava muito.						

Deverá ler a situação 1 e cada uma das respostas que estão sobre a coluna na qual existem espaços em branco (no primeiro caso as colunas 2 e 4). Depois de ler, decida que número pôr no espaço correspondente. Depois de fazê-lo, responda a situação 2. Terá respondido nos espaços que correspondem às respostas 1,2 e 5. O(A) senhor(a) fez assim?. Tem alguma dificuldade?.

RESPONDA TODOS OS ESPAÇOS EM BRANCO

A última questão (a n°23) será utilizada quando existir uma situação especialmente perturbadora e que não esteja incluída nas 22 anteriores. Neste caso, escreva a situação no lugar correspondente nas três páginas e ponha sua valoração nos espaços em branco que lhe pareça conveniente.

Se deseje fazer algum esclarecimento ou observação, utilize a margem direita da folha (OBSERVAÇÕES).

0	QUASE NUNCA
1	POUCAS VEZES
2	UMAS VEZES SIM E OUTRAS NAO
3	MUITAS VEZES
4	QUASE SEMPRE

RESPOSTAS

1. Sinto mal-estar no estômago
2. Minhas mãos ou outras partes do corpo suam mesmo em dias frios
3. Minhas mãos ou pernas tremem
4. Tenho dor de cabeça
5. Meu corpo se encontra tenso
6. Tenho palpitações, meu coração bate apressado
7. Falta-me o ar e minha respiração é agitada
8. Sinto náuseas ou tonturas
9. Sinto a boca seca e dificuldade para engolir
10. Tenho calafrios e tremor ainda que não faça muito frio

SITUAÇÕES

OBS. | ES

SITUAÇÕES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	OBS.	ES
1. Antes de um exame ao qual me esforcei muito, ou se vou ser entrevistado para um trabalho importante.												
2. Quando vou chegar tarde a um encontro.												
3. Quando penso nas muitas coisas que tenho para fazer.												
4. Na hora de tomar uma decisão ou resolver um problema difícil.												
5. No trabalho ou quando estudo.												
6. Quando espero alguém num lugar agitado.												
7. Se uma pessoa de outro sexo está perto de mim, roçando-me, ou se estou numa situação sexual íntima.												
8. Quando alguém me incomoda ou quando discuto.												
9. Quando sou observado ou meu trabalho é supervisionado, quando recebo críticas, ou sempre que possa ser avaliado negativamente.												
10. Se tenho que falar em público.												
11. Quando penso em experiências recentes nas quais me senti ridículo, tímido, humilhado, só ou rejeitado.												
12. Quando tenho que viajar de avião ou de navio.												
13. Depois de ter cometido um erro.												
14. Diante da consulta do dentista, das injeções, das feridas ou sangue.												
15. Quando vou a um encontro marcado com alguém de outro sexo.												
16. Quando penso em meu futuro ou em dificuldades e problemas futuros.												
17. Na multidão ou em lugares fechados.												
18. Quando tenho que assistir a uma reunião social ou conhecer gente nova.												
19. Em lugares altos, ou diante de águas profundas.												
20. Ao observar cenas violentas.												
21. Por nada em concreto.												
22. Na hora de dormir.												
23. Escreva uma situação na qual manifesta freqüentemente alguma destas respostas ou condutas.												
DR												
TOTAL											:2=	

ASEGURE-SE DE HAVER RESPONDIDO A TODOS OS ESPAÇOS EM BRANCO

0	QUASE NUNCA
1	POUCAS VEZES
2	UMAS VEZES SIM E OUTRAS NAO
3	MUITAS VEZES
4	QUASE SEMPRE

RESPOSTAS

1. Choro com facilidade

2. Realizo movimentos repetitivos com alguma parte de meu corpo (me arranho, me toco, faço movimentos rítmicos com pés ou mãos, etc.)

3. Fúmo, como ou bebo exageradamente

4. Procuro evitar ou fugir da situação

5. Faço movimentos e coisas sem uma finalidade concreta

6. Fico paralisado ou meus movimentos são lentos

7. Gaguejo ou tenho outras dificuldades de expressão verbal

OBS. | ΣS

SITUAÇÕES

1. Antes de um exame ao qual me esforcei muito, ou se vou ser entrevistado para um trabalho importante.										
2. Quando vou chegar tarde a um encontro.										
3. Quando penso nas muitas coisas que tenho para fazer.										
4. Na hora de tomar uma decisão ou resolver um problema difícil.										
5. No trabalho ou quando estudo.										
6. Quando espero alguém num lugar agitado.										
7. Se uma pessoa de outro sexo está perto de mim, roçando-me, ou se estou numa situação sexual íntima.										
8. Quando alguém me incomoda ou quando discuto.										
9. Quando sou observado ou meu trabalho é supervisionado, quando recebo críticas, ou sempre que possa ser avaliado negativamente.										
10. Se tenho que falar em público.										
11. Quando penso em experiências recentes nas quais me senti ridículo, tímido, humilhado, só ou rejeitado.										
12. Quando tenho que viajar de avião ou de navio.										
13. Depois de ter cometido um erro.										
14. Diante da consulta do dentista, das injeções, das feridas ou sangue.										
15. Quando vou a um encontro marcado com alguém de outro sexo.										
16. Quando penso em meu futuro ou em dificuldades e problemas futuros.										
17. Na multidão ou em lugares fechados.										
18. Quando tenho que assistir a uma reunião social ou conhecer gente nova.										
19. Em lugares altos, ou diante de águas profundas.										
20. Ao observar cenas violentas.										
21. Por nada em concreto.										
22. Na hora de dormir.										
23. Escreva uma situação na qual manifesta freqüentemente alguma destas respostas ou condutas.										
ΣR										TOTAL

ASEGURE-SE DE HAVER RESPONDIDO A TODOS OS ESPAÇOS EM BRANCO