

Propiedades Psicométricas del Inventario de Creencias Positivas y Negativas sobre la Ansiedad (ICPNA)

Psychometric Properties of the Inventory of Positive and Negative Beliefs about Anxiety (ICPNA)

Daniel Bogiaizian¹, Mariel F. Musso², Iliana Díaz Kuaik³ y Adrián Amilcar Solari⁴

Resumen

Las creencias sobre la experiencia de ansiedad y sus consecuencias permiten explicar el carácter positivo o negativo de la vivencia ansiosa. Si bien existen instrumentos para valorarla en el contexto clínico, en el área laboral no se conocen pruebas que incluyan ambos componentes. Este trabajo analiza las propiedades psicométricas del Inventario de Creencias Positivas y Negativas sobre la Ansiedad a través de dos estudios. Estudio 1: participaron 1350 sujetos de población general (Mujeres: 62%; $M_{edad}=37.52$; $DS=18.02$). Estudio 2: participaron 422 sujetos de población general y clínica (Mujeres: 53.7%; $M_{edad}=35.58$; $DS=10.74$). Los análisis factoriales permitieron explorar y confirmar la estructura bifactorial de la escala. Se halló evidencia de validez externa y discriminante de tipo concurrente y por grupos contrastados. La escala mostró adecuada consistencia interna ($Alpha>.80$). Estos resultados aportan evidencias de validez y confiabilidad del instrumento para su utilización como medida de ansiedad positiva y negativa en población general y clínica.

Palabras clave: ansiedad, creencias positivas, creencias negativas, validez, confiabilidad

Abstract

Beliefs about the anxiety experience and its consequences allow us to explain its positive or negative nature. Although there are instruments to measure it in the clinical context, to our knowledge there are no tests involving both components at the workplace. This work analyzes the psychometric properties of the Inventory of Positive and Negative Beliefs about Anxiety through two studies. Study 1 involved 1350 subjects from the general population (Female: 62%; $M_{age}=37.52$; $SD=18.02$). Study 2: 422 subjects from general and clinical population (Female: 53.7%; $M_{age}=35.58$, $SD=10.74$). Factor analyses allowed the exploration and testing of a bifactorial structure. Evidence of external and discriminant validity was found of a concurrent type and by contrasted groups. The scale showed adequate internal consistency ($Alpha>.80$). These results provide evidence of validity and reliability of this instrument for its use as a measure of positive and negative anxiety in the general and clinical population.

Keywords: anxiety, positive beliefs, negative beliefs, validity, reliability

¹Doctor en Psicología. Docente Asociado e Investigador. Universidad Argentina de la Empresa (UADE) - Instituto de Ciencias Sociales y Disciplinas Proyectuales (INSOD). Mansilla 2686 Dto 17, Argentina. Tel.: 549294412145. Correo: rbogiaizian@uade.edu.ar

²Doctor en Psicología. PhD. en Ciencias Educativas. Investigadora. Centro Interdisciplinario en Investigaciones en Psicología, Matemática y Experimental (CIIPME) CONICET. Universidad Argentina de la Empresa (UEADE). Juan D. Péron 2158, Argentina. Tel.: 541130425870. Correo: mariel.musso@conicet.gov.ar

³Magister en Psicodiagnóstico y Evaluación Psicológica. Investigadora. Asociación Ayuda. Mansilla 2686 Dto 17, Argentina. Tel.: 5491138061260. Correo: ilianadiazk@gmail.com

⁴Licenciado en Psicología. Docente e Investigador. Universidad Argentina de la Empresa (UADE) - Instituto de Ciencias Sociales y Disciplinas Proyectuales (INSOD). Mansilla 2686 Dto 17, Argentina. Tel.: 5491154174512. Correo: adsolari@uade.edu.ar

Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP · N°67 · Vol.1 · 101-116 · 2023

ISSN: 1135-3848 print /2183-6051online

This work is licensed under CC BY-NC 4.0. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Introducción

La ansiedad es un fenómeno que se ha estudiado desde numerosas perspectivas (Díaz Kuaik & de la Iglesia, 2019). En general la literatura se ha ocupado en profundizar sobre aquellos aspectos problemáticos o desadaptativos, restringiéndose al campo psicopatológico (Barlow, 2013). A partir de la inclusión de los Trastornos de Ansiedad en los manuales diagnósticos de clasificación de los trastornos mentales (DSM III, 1980), la ansiedad ha sido considerada como una respuesta emocional anticipatoria que busca abordar una amenaza futura. Dicha respuesta se acompaña de un conjunto de acciones para neutralizarla y adaptarse (Barlow, 2013; Clark & Beck, 2012). Esta perspectiva ha llevado a diferentes formas de operacionalizar y medir la ansiedad en sus aspectos negativos, ya sea a través de la expresión sintomática de la misma, como de las consecuencias o interferencias que ocasiona en los distintos contextos. No obstante, originalmente este concepto fue descrito incorporando su aspecto positivo asociado a la posibilidad de desarrollo y adaptación para la especie humana. Los primeros estudios sobre la ansiedad documentaron como ésta incrementa el rendimiento (Yerkes & Dodson, 1908) y prepara al organismo para actuar en situaciones de emergencia y/o supervivencia (Cannon, 1929). Bajo esta perspectiva la ansiedad ha sido considerada como una condición humana desarrollada evolutivamente que brinda ventajas sobre otras especies. Su presencia impulsa y mejora el desempeño físico e intelectual facilitando la adaptación a nuevos contextos y la resolución de problemas (Barlow & Durand, 2013). Por lo tanto, desde una mirada más amplia, la ansiedad puede entenderse como una respuesta afectiva actual ante eventos futuros deseables o indeseables, en la medida que pueden ocasionar consecuencias positivas o negativas para el individuo. Así, la experiencia ansiosa se encuentra conformada por un espectro emocional orientado al futuro abarcando un polo positivo y otro negativo, de anhelo o miedo, respectivamente (Baumgartner et al., 2008).

Para comprender la ansiedad como respuesta afectiva, se debe tener en cuenta los dos modelos más parsimoniosos sobre la estructura interna de

las emociones: el modelo *bidimensional unipolar* y el modelo *unidimensional bipolar*. El primero postula la existencia de dos factores unipolares de las emociones relativamente independientes entre sí, *afecto positivo* y *afecto negativo*. El afecto positivo incluye aquellos estados emocionales con valencia positiva o placenteras tales como el entusiasmo, la alegría y el interés, mientras que el afecto negativo aquellas emociones con valencia negativa o displacenteros como la tristeza, el miedo y la ira (Bradburn, 1969; Watson & Clark, 1984; Watson, et al., 1988; Watson & Tellegen, 1985). Desde esta perspectiva, la ansiedad comprende un espectro de estados emocionales que van desde el interés al miedo. Tanto en su vertiente positiva como negativa implica un alto nivel de activación o *arousal*, que moviliza al sujeto. Sin embargo, su manifestación puede variar en cuanto a la valencia, es decir, la manera en la que este alto grado de involucración se traduce en afecto positivo o negativo. En contrapartida con este modelo, Russell y Carroll (1999) en un trabajo de revisión, señalan el surgimiento de otro modelo alternativo que postula la existencia de una única dimensión del afecto con un polo positivo y otro negativo. De acuerdo a esta postura, las emociones son unidimensionales y pueden oscilar desde un polo positivo a un polo negativo. A diferencia del modelo anterior, estos dos polos correlacionan fuertemente entre sí por la presencia de un elevado estrés cuya activación emocional aumenta la asociación entre ambos polos (Reich et al., 2003). Lejos de llegar a un acuerdo, dicha controversia aún se mantiene sin resolución existiendo resultados contradictorios y apoyo empírico para cada una de éstas (Padrós et al., 2012).

Creencias positivas y negativas sobre la ansiedad

Las creencias positivas y negativas sobre la propia experiencia de ansiedad y sus consecuencias han obtenido un lugar relevante en el estudio de la ansiedad (Wells, 1995, 2000) permitiendo explicar el carácter positivo o negativo de la vivencia ansiosa. Dichas creencias aluden al proceso atribucional que permite explicar el comportamiento de las personas y los acontecimientos de la vida (Hewstone, 1992). Las *creencias positivas* sobre la ansiedad se refieren a las ventajas o utilidad que el sujeto le atribuye a la

activación ansiosa como impulsora hacia la acción en la búsqueda de un logro, con un efecto dinamizante. En cambio, las *creencias negativas* sobre la ansiedad implican una valoración negativa de las sensaciones y pensamientos como peligrosos, indeseables, incontrolables y obstaculizadoras las cuales se han asociado a la presencia de distintos trastornos. Entre las creencias positivas y negativas mencionadas en la literatura, se encuentran aquellas creencias sobre los beneficios de la preocupación en la ansiedad generalizada, la valoración negativa de las intrusiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada, las creencias negativas asociadas con los síntomas de reexperimentación en el trastorno de estrés post traumático, las creencias negativas sobre la activación fisiológica cardíaca en el trastorno por pánico y la creencia negativa sobre la activación fisiológica vegetativa en la ansiedad social (Clark & Beck, 2012; González Rodríguez et al., 2011; González et al., 2013; Wells, 1995, 2000).

Las creencias positivas y negativas sobre la experiencia ansiosa permiten conocer el impacto que las personas le atribuyen a la ansiedad en las distintas áreas de su funcionamiento diario. Para Wells (2000, 2009), dicho componente al que denomina *metacognitivo* es responsable del control saludable o patológico de la mente. Esta afirmación se apoya en la fuerte asociación hallada entre las creencias negativas y diversos trastornos emocionales (Clark & Beck 2012; Wells & King, 2006; Wells & Papageorgiou, 2001).

Ansiedad en situaciones de producción laboral

Las creencias positivas y negativas permiten conocer las expectativas que poseen las personas sobre su desempeño y las atribuciones que realizan sobre ésta en relación con la ejecución de una tarea. De hecho, la presencia de ansiedad en el contexto laboral no solo puede ser entendida como un obstáculo para la tarea y el logro de los objetivos sino también como un elemento dinamizador de la misma (Peeters et al., 2014). Su distinción está relacionada con la intensidad con que se presenta y con las creencias que el trabajador le atribuye a la ansiedad. En general la literatura ha denominado como *ansiedad laboral* a un patrón de respuesta emocional vinculado a la ejecución de una tarea en

el contexto laboral que obstaculiza el logro de los objetivos (Bogiaizian et al., 2016; Muschalla et al., 2013). La misma posee una valencia negativa ya que su presencia conduce a múltiples problemas en el funcionamiento laboral del individuo (Craske, et al., 2009; Emmelkamp & Ehling, 2014). Los estudios han relacionado la presencia de ansiedad laboral con un mayor ausentismo de los trabajadores (Muschalla & Linden, 2009; Sareen, et al., 2006), una disminución en la capacidad laboral (Muschalla, 2017), la productividad (Muschalla & Linden, 2009; Sareen et al., 2006) y la presencia de comportamientos desadaptativos destinadas a reducir dicha ansiedad (Muschalla & Linden, 2013). Asimismo, la ansiedad laboral se ha asociado con el agotamiento emocional e interferencia cognitiva de los trabajadores (McCarthy et al., 2016). Dadas las altas tasas de ansiedad laboral (Linden & Muschalla, 2007), este contexto parece facilitar y exacerbar el desarrollo y mantenimiento de la misma. Los estudios realizados en este contexto han detectado como factores desencadenantes la presencia de jerarquías sociales, conflictos con colegas y superiores, incertidumbre sobre los ingresos y la seguridad laboral y expectativas sobre el desempeño (Muschalla & Linden, 2013).

Por lo tanto, conocer el sistema de creencias sobre la ansiedad en el ámbito laboral permite implementar intervenciones destinadas a aumentar la tolerancia a la ansiedad, aceptar y positivizar la experiencia ansiosa. Las mismas buscan lograr una relación más saludable con la experiencia ansiosa rescatando su valor adaptativo, entendiendo la activación ansiosa como una predisposición hacia la tarea y la resolución de desafíos o adversidades (Barlow, 2013; Clark & Beck, 2012; Linden et al., 2014).

Antecedentes instrumentales

En las últimas décadas se han desarrollado y utilizado numerosos instrumentos para valorar las creencias negativas y positivas de la experiencia ansiosa. Dentro de las herramientas más difundidas se encuentran: a) Escala de Creencias y Pensamientos Sociales (STABS; Turner et al., 2003), evalúa las creencias negativas y pensamientos disfuncionales ante situaciones sociales, característicos de la fobia social y de la comparación social; b) Cuestionario de Meta-

Cogniciones (MCQ-30; Wells & Cartwright-Hatton, 2004), evalúa distintas creencias metacognitivas sobre la preocupación y los pensamientos intrusos indeseados, cuenta con una subescala que evalúa las creencias positivas sobre la preocupación y otra subescala para las creencias negativas sobre los pensamientos de incontrolabilidad y peligro; c) Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCI; Foa, 1999), evalúa las creencias negativas sobre el trauma y sus secuelas. Respecto a estas últimas incluyen las creencias negativas sobre los síntomas de reexperimentación, el self y el mundo; d) Escala de Intolerancia a la Incertidumbre, versión en español (González Rodríguez et al., 2006), que mide la intolerancia hacia la incertidumbre como un factor de vulnerabilidad cognitiva asociada con la etiología y mantenimiento de la preocupación excesiva del trastorno de ansiedad generalizada. Sin embargo, al momento actual y según nuestro conocimiento no se cuenta con un instrumento confiable para evaluar las creencias positivas y negativas de la ansiedad para la ejecución de una tarea en el ámbito laboral. En general suelen evaluarse a través de la entrevista clínica, por lo que la incorporación de una medida psicométrica podría ser beneficioso tanto para el diseño de intervenciones como para la valoración de su eficacia. Si bien existen medidas locales sobre estrés laboral (Leibovich & Schmidt, 2004) y mecanismos de regulación emocional en el ámbito laboral (Salessi & Omar, 2016), éstas no consideran el componente atribucional positivo y negativo de la vivencia ansiosa y de sus consecuencias sobre la ejecución de la tarea.

El presente trabajo se propuso contribuir en este sentido, analizando las propiedades psicométricas de un instrumento para evaluar las creencias positivas y negativas de la ansiedad en escenarios laborales, desarrollado en un trabajo previo (ICPNA; Bogiaizian et al., 2010). En su diseño participaron 12 expertos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad que tuvieron a cargo diferentes etapas. En una primera instancia se delimitó el constructo a partir de la teoría del afecto positivo y negativo y el modelo de emociones anticipatorias (Baumgartner et al., 2008; Wells, 1995, 2000). Posteriormente se realizó un relevamiento de las historias clínicas y sobre la base del discurso de los pacientes acerca de los

aspectos positivos y negativos de la ansiedad se seleccionaron un pool inicial de enunciados. Finalmente se seleccionaron aquellos enunciados que poseían pertinencia teórica y clínica para conformar la escala definitiva. El instrumento quedó conformado por 20 ítems, de los cuales 10 hacen referencia a la activación ansiosa ligada a la motivación, valorada por el sujeto como impulsora de la tarea y los otros 10 a la activación ansiosa ligada al temor, valoradas por el sujeto como interferencia a la acción.

El presente artículo se propuso analizar las propiedades psicométricas del Inventario de Creencias Positivas y Negativas sobre la Ansiedad (ICPNA; Bogiaizian et al., 2010) para población trabajadora de Argentina. Para ello se llevaron a cabo dos estudios que son explicados a continuación.

Estudio 1

El objetivo del estudio 1 fue obtener evidencia de validez estructural para las puntuaciones de los ítems de la escala ICPNA (Bogiaizian et al., 2010) y analizar su consistencia interna.

Método

Participantes y procedimiento

La muestra del estudio 1 estuvo compuesta por 1350 adultos argentinos pertenecientes a población general, de los cuales el 62% eran mujeres ($n=837$) y el 38% varones ($n=513$). El 61.6% residían en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA; $n=832$) y el 38.4% en la provincia de Río Negro ($n=518$). El promedio de edad fue de 37.52 ($DE=18.02$, $Min=18$ y $Max=75$). El 3.3% poseían un nivel educativo primario incompleto/completo, el 26.1% poseían un nivel secundario incompleto/completo, el 22.7% un nivel terciario incompleto/completo, el 44.4% un nivel universitario incompleto/completo y un 3.4% un nivel de posgrado. El 65.8% trabajaban en el sector privado y el 34.1% en el sector público. Para estudiar la validez de constructo y confiabilidad de la escala se dividió aleatoriamente la muestra en dos mitades. En una de ellas se realizaron los análisis factoriales exploratorios y en la otra los análisis factoriales confirmatorios. La consistencia interna de la escala se analizó en ambas submuestras contrastándose los resultados.

Tabla 1. Descripción de las muestras

	A	B	Clínica	General
Edad				
Mínimo	18	18	19	18
Máximo	75	74	75	74
Media	37.49	37.55	34.87	36.29
Desvío	11.04	11.01	9.62	11.72
Sexo				
Masculino	37.6%	38.3%	51.4%	41.2%
Femenino	62.4%	61.7%	48.6%	58.8%
Estado civil				
Soltero	39.2%	38.2%	55.2%	42.4%
Casado	47.0%	48.4%	38.4%	48.6%
Divorciado	12.1%	11.9%	5.7%	8.1%
Viudo	1.7%	1.5%	1.7%	0.9%
Escolaridad				
Primario	3.4%	3.2%	0%	1.4%
Secundario	24.2%	28.0%	10.4%	16.5%
Terciario	22.1%	23.3%	12.3%	21.8%
Universitario	46.8%	42.2%	66.2%	54.0%
Posgrado	3.5%	3.3%	11.0%	6.2%
Residencia				
CABA/GABA	64.3%	59.0%	100%	100%
Río Negro	35.7%	41.0%	0%	0%
Diagnostico				
Trastorno de Ansiedad Social			39.8%	
Trastorno de Ansiedad Generalizada			25.0%	
Trastorno de Pánico			18.8%	
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	-----	-----	9.1%	-----
Trastorno de Pánico con Agorafobia			5.7%	
Fobia específica			1.1%	
Trastorno de Estrés Post-Traumático			.6%	

Nota. Escolaridad=expresa en cada categoría la sumatoria del nivel incompleto e incompleto en la misma

En la Tabla 1 se describen las dos muestras aleatorias (etiquetadas como A y B). Ambas mitades lograron similares porcentajes de distribución en cuanto a las variables sociodemográficas básicas.

La recolección de datos se llevó a cabo de forma presencial y en pequeños grupos, en el ámbito laboral, y siguiendo un muestreo no probabilístico por conveniencia. De esta manera, se accedió a organizaciones públicas y privadas de la provincia de Río Negro y de CABA, siguiendo el mismo procedimiento en ambas provincias. Todos los participantes fueron informados acerca de los objetivos de investigación, el anonimato de sus respuestas y su participación voluntaria. Se les aclaró que su participación no traería consecuencias en su trabajo y que podrían abandonar el estudio en el momento que lo desearan sin ningún perjuicio. Se obtuvo el aval de las instituciones, empresas y organismos que participaron, como asimismo se solicitó el consentimiento informado individual, cumpliendo con las normas éticas internacionales pautadas por la American Psychological Association (APA, 2017).

Instrumentos

Encuesta sociodemográfica. Se utilizó para recabar información básica de la persona evaluada en lo que refiere a sexo, edad, residencia, escolaridad, estado civil, condiciones laborales y ámbito donde se desempeñaban.

Inventario de creencias Positivas y Negativas de Ansiedad (ICPNA). Esta escala está conformada por 20 ítems con un formato likert de 5 posiciones cuyo rango van de 0 (*totalmente en desacuerdo*) a 4 (*totalmente de acuerdo*). El instrumento fue construido considerando un modelo bidimensional del afecto (Flores-Kanter et al., 2021; Watson & Clark, 1984; Watson & Tellegen, 1985; Watson et al., 1988). Brinda dos medidas referidas a *ansiedad positiva* y *ansiedad negativa*. El primero alude a la ansiedad valorada positivamente como impulsora a la acción y la segunda a la ansiedad valorada como interferencia a la acción. Dicha escala incluye al final una pregunta complementaria en la cual se le pide al sujeto que elija solo un concepto con el cual asocia principalmente la experiencia ansiosa (ej. preocupación), pero esta pregunta no se ha analizado en el presente estudio (ver Anexo).

Tabla 2. Análisis de los ítems

	IHC	BC	Media	Desviación	Asimetría		Curtosis	
				Estadístico	Estadístico	Error	Estadístico	Error
Item 01	.408	.544	2.30	1,210	-.301	.067	-.172	.133
Item 02	.549	.644	1.53	1,172	.682	.067	2.189	.133
Item 03	.502	.614	1.68	1.112	.102	.067	-.871	.133
Item 04	.631	.717	2.00	1,247	-.148	.067	-1.121	.133
Item 05	.673	.749	1.78	1.214	.101	.067	-1.064	.133
Item 06	.389	.518	2.55	1.122	-.639	.067	-.282	.133
Item 07	.568	.665	1.99	1.237	-.098	.067	-1.098	.133
Item 08	.528	.637	2.09	1.129	-.193	.067	-.794	.133
Item 09	.693	.770	1.83	1.113	.101	.067	-.753	.133
Item 10	.583	.672	1.72	1.172	.166	.067	-.912	.133
Item 11	.625	.715	1.94	1.107	-.052	.067	-.736	.133
Item 12	.649	.725	2.05	1.139	-.169	.067	-.819	.133
Item 13	.606	.699	1.80	1.092	.038	.067	-.724	.133
Item 14	.627	.709	1.88	1.170	-.033	.067	-.978	.133
Item 15	.562	.667	2.13	1.149	-.296	.067	-.849	.133
Item 16	.459	.568	2.65	1.190	-.849	.067	-.158	.133
Item 17	.656	.733	1.84	1.169	.040	.067	-.940	.133
Item 18	.627	.716	1.70	1.093	.119	.067	-.653	.133
Item 19	.723	.789	1.78	1.200	.099	.067	-.974	.133
Item 20	.451	.555	1.40	.965	.287	.067	-.238	.133

Nota. IHC=Correlación ítem total corregida; BC=Correlación Biserial.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados a través del programa estadístico IBM SPSS versión 25, Factor Analysis versión 10.8 (Lorenzo & Ferrando, 2018) y JASP version 0.16.3 (2022). Inicialmente se examinó la calidad psicométrica de los ítems que conformaban la escala a través de los estadísticos descriptivos, la correlación ítem total corregida y la correlación biserial. Dado que algunos ítems del instrumento no cumplían los supuestos estadísticos de normalidad y homocedasticidad se aplicaron métodos robustos. La validez estructural se analizó a través de un análisis factorial exploratorio con el método de estimación de Mínimos cuadrados ponderados (WLS) siguiendo la recomendación de Lloret-Segura et al. (2014), un Análisis Paralelo de Horn y un análisis factorial confirmatorio con el método de Mínimos cuadrados ponderados diagonales (DWLS) siguiendo las recomendaciones de Li (2016). En todos los casos se extrajo una estructura inicial sin rotar y posteriormente se intentó mejorar la misma a través de una rotación ortogonal Varimax dada la ausencia de correlación entre los factores ($r=-.012$; $p>.05$). La confiabilidad se analizó a través de la consistencia interna con el cálculo del alfa de Cronbach y McDonald's Omega, basado en las correlaciones inter-ítem y puntaje total.

Resultados del estudio 1

Análisis de los ítems

El análisis de los ítems es un aspecto fundamental y primordial para determinar la calidad y propiedades de un instrumento. Su inclusión permite analizar la pertinencia y adecuación de los elementos que componen el mismo en función de su finalidad y objetivos (Martínez et al., 2005). En este estudio el análisis de los ítems consistió en el cálculo de los estadísticos descriptivos- media, desvío estándar, asimetría, curtosis-, la correlación ítems total corregida (IHC) y la correlación biserial (BC) del ítem para la subescala. La Tabla 2 resume los estadísticos antes mencionados en la población total participante.

A partir de análisis de los ítems se observó que los ítems presentaron una distribución aproximadamente normal, con coeficientes de asimetría y curtosis en el rango (-1,1) (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010). Además, las correlaciones inter-item fueron moderadas y no superan el criterio de .9 (Martinez Arias, 1999), por lo tanto no existe multicolinealidad entre los ítems.

Evidencias basadas en la estructura interna

Para efectuar el análisis factorial, previamente se determinó si los datos se ajustaban para llevar a cabo este procedimiento a través de la prueba de

Tabla 3. Matriz factorial rotada

	Factor	
	Ansiedad Negativa	Ansiedad Positiva
Ítem 1. La ansiedad me impulsa a terminar todo más rápido.		.421
Ítem 2. La ansiedad es un obstáculo para mi desarrollo laboral.	.600	
Ítem 3. Ser ansioso me permite estar más precavido.		.576
Ítem 4. Cuando estoy ansioso me siento atolondrado.	.645	
Ítem 5. La ansiedad no me permite concentrarme en la tarea.	.725	
Ítem 6. Cuando estoy ansioso es porque tengo ganas de que algo bueno se concrete.		.420
Ítem 7. Cuando estoy ansioso me irrito con mayor facilidad.	.603	
Ítem 8. Ser ansioso me impulsa a actuar más rápido que el resto.		.599
Ítem 9. Cuando estoy ansioso me siento más productivo.		.754
Ítem 10. La ansiedad es un obstáculo para poder priorizar mis actividades.	.619	
Ítem 11. Ser ansioso me impulsa a generar nuevos proyectos.		.711
Ítem 12. La ansiedad me impulsa a acelerarme y equivocarme.	.730	
Ítem 13. La ansiedad me hace más responsable en lo que emprendo.		.672
Ítem 14. Cuando estoy ansioso me olvido de las cosas con mayor frecuencia.	.678	
Ítem 15. La ansiedad me genera mayor sensación de energía.		.607
Ítem 16. Cuando estoy ansioso se me dificulta conciliar el sueño.	.499	
Ítem 17. Ponerme ansioso me provoca pérdidas de tiempo frente a una tarea.	.693	
Ítem 18. Estar ansioso me hace más creativo.		.716
Ítem 19. Ser ansioso me genera desborde y desorganización.	.811	
Ítem 20. Ser ansioso me hace cometer menos errores.		.461
% Varianza explicada	22.6	18.7
% Varianza total explicada	41.321	
McDonald's Omega Muestra A	.881	.843
McDonald's Omega Muestra B	.887	.846
Alfa de Cronbach Escala Total Muestra A: .81 Muestra B .839		
Pruebas globales KMO=.902; Test Barlett=5028.6; gl=190; p<.001		

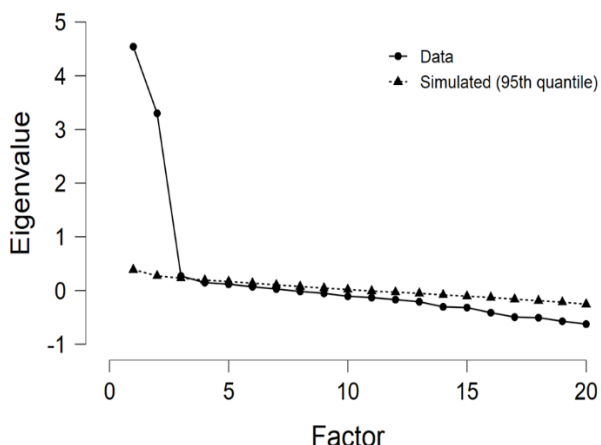


Figura 1. AFE, Gráfico de Sedimentación

esfericidad de Barlett ($\chi^2=5028.6$; $gl=190$; $p<.001$) y el Índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=.902). Esta última medida evidenció una matriz con correlaciones suficientemente altas, y por lo tanto se consideró adecuada para su factorización siguiendo el criterio de Kaiser (1970) de un punto de corte de .80 en adelante (Costello y Osborne, 2005; Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010). Ambos métodos evidenciaron la pertinencia del mismo. A través de un análisis factorial exploratorio con el método Mínimos Cuadrados y un análisis paralelo se extrajo una estructura de dos factores (ver Figura 1).

Los ítems lograron agruparse de acuerdo al modelo teórico. El primer factor (etiquetado como *Ansiedad Negativa*) quedó conformado por aquellos reactivos que le atribuyen a la ansiedad un efecto negativo respecto a su desempeño en la ejecución de una tarea. El segundo factor (etiquetado como *Ansiedad Positiva*) quedó conformado por aquellos reactivos que le atribuyen un efecto positivo a la ansiedad respecto a su desempeño en la ejecución de una tarea. La estructura de dos factores permitió explicar el 41.3% de la varianza acumulada. Ambos factores lograron explicar una proporción similar de la varianza total (22.6% y 18.7% respectivamente). Los ítems que conforman la solución rotada de la escala lograron cargas superiores a .40 en un solo factor (ver Tabla 3).

A continuación, se realizó un Análisis Paralelo de Horn Óptimo robusto basado en el Análisis Mínimo de Factor de Rango (Timmerman & Lorenzo Seva, 2011). A través de dicho análisis se constató la estructura de dos factores, al sugerir la existencia de dos factores que explican el 47.08% de la varianza con índices de ajuste adecuados (GFI=.986; AGFI=.982; RMDEA=.051; Índice de simplicidad factorial de Bentler=.99).

Tabla 4. Índices de ajuste y comparación de modelos

Modelos	Índices absolutos				Comparación de modelos	
	χ^2/gl	CFI	GFI	RMSEA	$\Delta CMIN$	p
Modelo de dos factores	506.204***/169	.961	.975	.054	-----	-----
Modelo factores no correlacionados	533.078***/170	.958	.974	.056	26.874	>.05
Modelo unifactorial	3416.751***/170	.625	.833	.168	2910.547	<.001

Nota. *** $p < .001$, χ^2 = Chi Cuadrado, gl : grados de libertad, CFI : Índice de ajuste Comparativo, GFI : Índice de Bondad de Ajuste, $RMSEA$: Error Cuadrático Medio de Aproximación, $\Delta CMIN$: Índice de ajuste chi cuadrado delta.

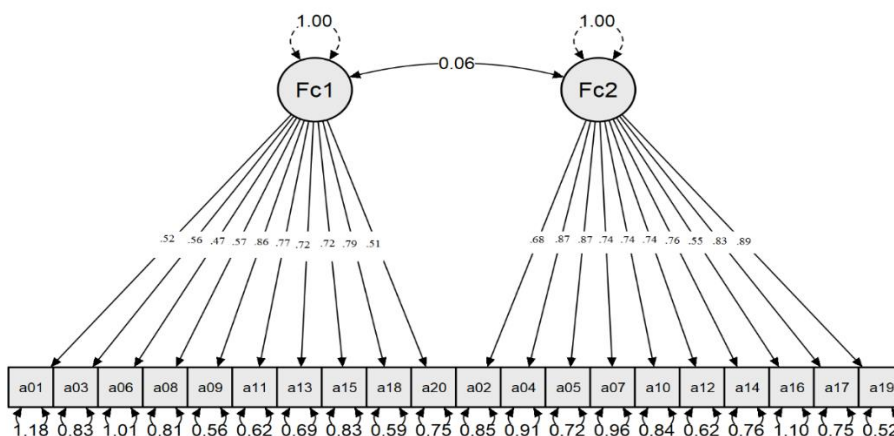


Figura 2. AFC; Solución estandarizada modelo bifactorial

En una segunda instancia y con el objetivo de profundizar en el análisis de la evidencia de constructo, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio con métodos robustos. El ajuste factorial del modelo se determinó a través de los siguientes índices: Bondad de ajuste absoluto (χ^2/gl), Índice de bondad de ajuste comparativo (CFI), Índice de Tucker-Lewis (ITI), Índice de ajuste no normalizado de Bentler-Bonett (NNFI), Índice de ajuste normalizado de Bentler-Bonett (NFI), Índice de bondad de ajuste comparativo (CFI), Índice de ajuste relativo de Bollen (RFI), Índice de ajuste incremental de Bollen (IFI), Índice de no centralidad relativa (RNI), Raíz del Residuo cuadrático de aproximación (RMSA).

De acuerdo a los índices estimados, el modelo de dos factores posee un adecuado ajuste a los datos ($\chi^2=449.951$; $gl=196$; $p<.001$; $CFI=.966$; $TLI=.962$; $NNFI=.962$; $NFI=.945$; $GFI=.975$; $RFI=.940$; $IFI=.966$; $RNI=.966$; $RMSEA (IC)=.054 (.049,.60)$, encontrando evidencia a favor de una estructura de dos factores de la escala. En la Figura 2 se presenta la solución estandarizada del modelo.

El modelo de dos factores sin ninguna restricción (factores correlacionados) fue comparado con un modelo de dos factores no correlacionados tal como fue propuesto en el análisis factorial exploratorio. Dicho modelo obtuvo

también un adecuado ajuste a los datos y la disminución de los valores no resultó significativa ($\Delta CFI=.008$ y $\Delta RMSEA=.002$; $\chi^2=533.078$; $gl=170$; $p<.001$; $CFI=.958$; $TLI=.953$; $NNFI=.953$; $NFI=.94$; $GFI=.974$; $RFI=.933$; $IFI=.958$; $RNI=.958$; $RMSEA (IC)=.056 (.051,.62)$.

Por otro lado, se comparó el modelo de dos factores con un modelo unifactorial. Este último no obtuvo valores aceptables de ajuste ($\chi^2=3416.751$; $gl=170$; $p<.001$; $CFI=.625$; $TLI=.580$; $NNFI=.580$; $NFI=.613$; $GFI=.833$; $RFI=.568$; $IFI=.625$; $RNI=.625$; $RMSEA (IC)=.168 (.163,.173)$ (Ver Tabla 4).

Evidencias basadas en la consistencia interna de la escala

El estudio de la confiabilidad del instrumento se realizó a través del análisis de la consistencia interna de la escala general y de cada una de sus subescalas. Los resultados obtenidos indican una significativa coherencia de contenido entre los ítems de la escala, verificándose la presencia de adecuados índices de confiabilidad en cada medida de la escala (ver Tabla 3).

La escala posee buena consistencia interna en cada una de sus medidas (escala total, subescala positiva y negativa) en ambas muestras.

Estudio 2

El estudio 2 tuvo como objetivo evaluar la validez externa y discriminante, a través de estudios correlacionales con medidas externas de ansiedad laboral y un estudio por grupos contrastados.

Método y procedimiento

Se trabajó con una muestra compuesta por 422 sujetos trabajadores activos pertenecientes a población general y clínica ($n=211$ cada una) residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. La población clínica estaba conformada por pacientes bajo tratamiento psicológico que asistían a un centro de atención privada, con un diagnóstico clínico de Trastorno de Ansiedad. El 53.7% de los participantes eran mujeres ($n=226$) y el 46.3% varones ($n=294$). El promedio de edad fue de 35.58 años ($DE=10.74$, $Min=18$ y $Max=75$). El 14.3% de la muestra poseían un nivel educativo primario y/o secundario, el 17.1% poseían terciario completo/incompleto, el 60.1% poseían un nivel universitario completo/incompleto y el 8.2% restantes poseían un postgrado. Respecto al estado civil, el 48.4% eran solteros, 43.5% casados/concubinato, el 6.9% separados/divorciados y el 1.2% viudos. El 74.7% de los trabajadores se encontraban en una relación de dependencia y el 25.3% eran autónomos. Sobre el contexto laboral en el que se desempeñaban, el 23.0% pertenecían al área administrativa, el 32.3% al área de servicios, el 12.4% al área educativa, el 10.6% al área de salud, el 2.8% al área de producción, el 10.6% al área de tecnología y el 8.2% a otros. En la Tabla 1 se describe la muestra Clínica y de Población general utilizadas, ambas poseen similares porcentajes de distribución en cuanto a las variables sociodemográficas básicas. La muestra clínica fue no probabilística e intencional, y fue recolectada siguiendo una aplicación individual de los instrumentos, por parte de psicoterapeutas de un centro de salud privado de la ciudad de Buenos Aires. El procedimiento seguido para la recolección de la muestra general fue idéntico al descrito en el estudio 1.

Instrumentos

Encuesta sociodemográfica. Una descripción de este instrumento puede encontrarse en el estudio 1.

Inventario de creencias Positivas y Negativas de Ansiedad (ICPNA): se utilizó la misma versión descrita en el estudio 1.

Inventario de Ansiedad en el Ámbito laboral (IAAL; Bogiaizian et al., 2016). Se utilizó para buscar evidencias de validez convergente. Es un inventario de auto-reporte compuesto por 31 ítems, con un formato de respuesta likert cuyo rango va de 0 (*nunca*) a 4 (*siempre*). Otorga una medida general de ansiedad laboral y dos medidas diferenciales. La primera de ellas denominada *Preocupación por el trabajo* evalúa la presencia de tensión, preocupación y activación ansiosa frente a la tarea. La segunda denominada *Ansiedad social en el trabajo*, evalúa la presencia de temores interpersonales y la utilización de mecanismos de reaseguro frente a la posibilidad de cometer un error. El instrumento cuenta con adecuadas propiedades psicométricas en cuanto a su consistencia interna y validez de constructo, discriminante entre población clínica y general y validez concurrente con el STAI (Bogiaizian et al., 2016). En el presente estudio el instrumento replicó las propiedades originales en cuanto a su consistencia interna (*Preocupación por el trabajo: Alfa=.89; Ansiedad social en el trabajo: Alfa = .87*) y estructura de dos factores ($KMO=.956$, *Test de Barlett $\chi^2=17525.907$, $gl=465$; $p<.001$; Varianza explicada= 38.84%*). (Ver material suplementario).

Análisis de datos y procedimiento

Los datos fueron analizados a través del programa estadístico IBM SPSS versión 25. Dada la potencia estadística de las pruebas paramétricas se optó por aplicarlas en todos los casos, y comparar sus resultados con las pruebas no paramétricas a fin de evaluar las estimaciones obtenidas y dotar de mayor fundamentación a los resultados encontrados. Para determinar la validez externa y discriminante se realizaron distintos análisis estadísticos. La evidencia de validez convergente y discriminante se estableció correlacionando el ICPNA con el IAAL a través del cálculo de la r de Pearson y Rho de Spearman. La validez externa por grupos contrastados se determinó a través de las pruebas t de Student y U de Mann-Whitney.

Tabla 5. Invarianza factorial de la ICPNA en población clínica y general

Invarianza	χ^2/gl	<i>p</i>	CFI	RMSEA	Δ CFI	Δ RMSEA
Configuracional	767.558/336	<.001	.964	.078	-----	-----
Métrica	898.086/354	<.001	.955	.086	.009	.008
Escalar o de Interceptos	1060.587/414	<.001	.946	.086	.009	.000
Residual	1060.587/414	<.001	.946	.086	.000	.000

Nota. χ^2 =Chi Cuadrado, *gl*: grados de libertad, *CFI*: Índice de ajuste Comparativo, *RMSEA*: Error Cuadrático Medio de Aproximación. Δ CFI: Índice de ajuste Comparativo delta, Δ RMSEA: Error Cuadrático Medio de Aproximación delta

Tabla 6. Invarianza factorial del IAAL en población clínica y general

Invarianza	χ^2/gl	<i>p</i>	CFI	RMSEA	Δ CFI	Δ RMSEA
Configuracional	1047.835/866	<.001	.991	.026	-----	-----
Métrica	1320.712/895	<.001	.978	.039	.013	.013
Escalar o de Interceptos	1356.045/924	<.001	.978	.039	.000	.000
Residual	1421.607/955	<.001	.976	.040	.002	.001

Nota. χ^2 =Chi Cuadrado, *gl*: grados de libertad, *CFI*: Índice de ajuste Comparativo, *RMSEA*: Error Cuadrático Medio de Aproximación. Δ CFI: Índice de ajuste Comparativo delta, Δ RMSEA: Error Cuadrático Medio de Aproximación delta

Resultados del estudio 2

Evidencias de validez externa por grupos contrastados

Se determinó la invarianza factorial del instrumento entre la muestra de población normal y un grupo de población clínica (Ver Tabla 5). En primer lugar, la invarianza configuracional (número de factores) presentó un adecuado ajuste a los datos, por lo cual se acepta el mismo modelo o estructura para ambos grupos (*CFI*=.964; *RMSEA*=.078). En segundo lugar, el modelo de invarianza métrica (cargas factoriales) obtuvo un índice de ajuste de invarianza adecuado (Δ CFI=.009 y Δ RMSEA=.008) teniendo en cuenta los parámetros señalados en la literatura de Δ CFI \leq .01 y Δ RMSEA \leq .015 (Chen, 2007; Cheung & Rensvold, 2002). A continuación, se puso a prueba la invarianza escalar (o de interceptos) obteniendo adecuados parámetros (Δ CFI \leq .009 y Δ RMSEA \leq .000). Finalmente, la invarianza residual no mostró diferencias con respecto al modelo anterior (Byrne, 2008).

Una vez demostrada la invarianza factorial entre ambos grupos, se compararon las puntuaciones medias obtenidas en cada medida de la escala entre la muestra de población general y clínica, a fin de buscar evidencias de validez externa por grupos contrastados. Se hallaron diferencias significativas en los niveles medios de Ansiedad Positiva y Ansiedad Negativa al compararse la muestra clínica con la muestra de población general (p <.01; NP =.001; η^2_p = .02 y p <.001; NP =.001; η^2_p =.290, respectivamente). La

población clínica obtuvo niveles de Ansiedad Negativa más elevadas respecto a la población general (M_c =26.19; M_g =17.60). Por otro lado, la población general obtuvo niveles de Ansiedad Positiva más elevadas respecto a la población clínica (M_c =18.61; M_g =20.57). Estos resultados muestran que aquellos pacientes que sufren de trastornos de ansiedad suelen realizar atribuciones negativas a la presencia de ansiedad vivenciándolas como obstaculizadoras para su desempeño laboral. Además, la población trabajadora sin trastornos de ansiedad suele otorgarle un valor positivo para su desempeño laboral, vivenciando la ansiedad como un elemento dinamizador.

Evidencias de validez de tipo concurrente y discriminante

En primer lugar, se determinó la invarianza configuracional, métrica, escalar y residual del instrumento IAAL entre la muestra de población normal y población clínica, teniendo en cuenta los parámetros señalados en la literatura de Δ CFI \leq .01 y Δ RMSEA \leq .015 (Chen, 2007; Cheung & Rensvold, 2002; ver Tabla 6). Luego se llevaron a cabo análisis de correlación bivariada para determinar la validez concurrente y discriminante de la escala con una medida de ansiedad laboral (IAAL; Bogiaizian et al., 2016).

Se observaron correlaciones positivas significativas entre la subescala de Ansiedad Negativa y la puntuación del factor Preocupación por el trabajo tanto en la muestra de población general (r =.501; ρ =.468; p <.01) como en la muestra de población clínica (r =.56; ρ =.557;

$p < .01$), pero con una mayor fuerza en la muestra clínica. Además, el factor de Ansiedad Negativa correlacionó de forma positiva y significativa con el factor de Ansiedad social en el trabajo en la población general ($r = .412$; $\rho = .37$; $p < .01$) y en la muestra clínica ($r = .363$; $\rho = .302$; $p < .01$). Por su parte, la subescala de Ansiedad Positiva no obtuvo correlaciones significativas con ninguno de los dos factores del IAAL en la muestra de población general (Preocupación: $r = .019$; $\rho = .005$; $p > .05$; Ansiedad Social: $r = .05$; $\rho = .042$; $p > .05$) ni en la muestra de población clínica (Preocupación: $r = -.028$; $\rho = -.047$; $p > .05$; Ansiedad Social: $r = -.11$; $\rho = -.058$; $p > .05$).

Discusión

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar las propiedades psicométricas de la ICPNA a través de dos estudios. El primer estudio examinó la dimensionalidad y consistencia interna del ICPNA. Los resultados obtenidos en los diversos análisis factoriales permitieron encontrar evidencia a favor de un modelo de dos factores de la escala de creencias referidas a la ansiedad: un factor positivo y otro negativo. El factor positivo agrupó creencias que refieren a una experiencia de la ansiedad como impulsora y favorecedora de la tarea. En cambio, el factor negativo incluyó aquellas creencias de la ansiedad como obstaculizadora de la tarea. Los reactivos que conformaron cada escala permiten diferenciar entonces las atribuciones negativas y positivas que los sujetos realizan sobre la ansiedad respecto a la ejecución de una tarea. Las cargas factoriales de los reactivos que componen la escala y los porcentajes de varianza explicadas fueron satisfactorios para ambas dimensiones, cada factor logró explicar una proporción similar de la varianza total (Hair et al., 1999). Si consideramos la ansiedad como una respuesta afectiva, estos resultados son consistentes con una estructura ortogonal de dos factores del afecto: un aspecto positivo y negativo independientes o relativamente independientes entre sí (Watson, 2000) a diferencia de otros modelos planteados en estudios recientes (Flores-Kanter et al., 2021). Sin embargo, es necesario considerar que el instrumento aquí analizado se dirige a los aspectos positivos y negativos de las creencias cognitivas con respecto

a una respuesta afectiva específica y contextualizada como la ansiedad laboral.

Los análisis realizados sobre confiabilidad en ambas submuestras, indican adecuados índices de consistencia interna tanto para la escala total como para cada una de las dimensiones. Esto permite concluir que las puntuaciones obtenidas para cada una de las sub-escalas y el puntaje total del instrumento resultan consistentes y precisas en cuanto a la muestra de ítems utilizada.

El segundo estudio tuvo como objetivo analizar la validez externa y discriminante del instrumento considerando el criterio clínico y una medida de ansiedad laboral. En lo que respecta a la pertenencia de los sujetos a condición de pacientes clínicos con un diagnóstico de trastorno de ansiedad o población general, se halló que el ICPNA permite discriminar entre ambas muestras, observándose niveles más elevados de ansiedad negativa en la muestra clínica y niveles de ansiedad positiva más elevados en la muestra de población general. Estos resultados sugieren que, el uso de este instrumento con ambas dimensiones podría contribuir con una medida de screening breve que permita identificar a aquellos sujetos con valores críticos de ansiedad necesitando una atención clínica. Por otro lado, estos hallazgos aportan evidencia acerca de una posible asociación entre el componente metacognitivo relacionado con las creencias, y la salud mental (Wells, 2000, 2009), en este caso de los trabajadores. Como puede observarse en el presente estudio, las personas con trastornos de ansiedad suelen realizar más atribuciones negativas de la misma respecto a su desempeño laboral. Estos hallazgos apoyan la asociación reportada entre las creencias negativas y diversos trastornos emocionales (Clark & Beck 2012; Wells, 2006; Wells & Papageorgiou, 2001), lo que resulta de gran valor clínico al facilitar la detección de estas creencias para luego intervenir de forma más focalizada sobre atribuciones negativas específicas, y/o reestructuraciones cognitivas positivas de aquellas situaciones que resultan amenazantes en el ámbito laboral (Barlow, 2013; Clark & Beck, 2012; Linden et al., 2014).

La asociación hallada entre la puntuación de la subescala de ansiedad negativa y los factores de preocupación por el trabajo y ansiedad social en el trabajo del IAAL, aporta a la validez convergente de la ICPNA. Esto resulta relevante dado que

ambos instrumentos fueron construidos para evaluar la presencia de ansiedad en contextos laborales y sus consecuencias en el desempeño de los trabajadores. La ICPNA fue orientada a la atribución que el trabajador hace de la ansiedad de acuerdo a las consecuencias positivas o negativas que anticipa, y la IAAL en relación al impacto que la ansiedad posee sobre el desempeño del trabajador. De este modo, los resultados apoyan la hipótesis de que las creencias negativas de la ansiedad se encuentran asociadas con un mayor deterioro en el funcionamiento laboral, en la medida que ambos fenómenos poseen un comportamiento similar (Craske, et al., 2009; Emmelkamp & Ehring, 2014; Muschalla, 2016; Muschalla et al., 2009; Sareen et al., 2006). Además, resulta congruente con la conceptualización de la ansiedad laboral como un patrón de respuesta emocional vinculado a la ejecución de una tarea en el contexto laboral que obstaculiza el logro de los objetivos (Bogiaizian et al., 2016). Por otro lado, la ausencia de asociación encontrada entre la subescala de Ansiedad Positiva y cada uno de los factores del IAAL aporta a la validez discriminante de la ICPNA ya que la subescala de ansiedad positiva estaría evaluando un aspecto relativamente independiente del aspecto disfuncional de la ansiedad en el ámbito laboral. Estos resultados son consistentes con lo señalado por la literatura respecto a la asociación diferencial entre las dimensiones del afecto positivo y negativo con distintos tipos de variables (Moriondo et al., 2012; Watson et al., 1988).

Sintetizando, los resultados son consistentes con una estructura de dos factores del instrumento, contando con una adecuada confiabilidad como consistencia interna para cada una de las subescalas y la escala global. Asimismo, esta estructura resultó ser invariante en términos de diagnóstico clínico de ansiedad aportando evidencia preliminar acerca de su utilidad tanto en la población general como clínica. Además, se obtuvo evidencia de su validez externa al diferenciar población clínica de población general. Por otro lado, se encontró evidencia externa que aporta a la validez de constructo de las subescalas de creencias negativas y positivas de la ansiedad, aspectos relativamente independientes.

Este estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, el uso de un muestreo no

probabilístico y accidental de solo dos regiones geográficas limita la generalización de estos resultados, debiendo extenderlos solo a muestras de trabajadores de las mismas. Por lo tanto, se debería replicar estos análisis y testear la estructura de dos factores en otras muestras de nuestro medio. El empleo de una muestra representativa de la población de trabajadores de Argentina aumentaría las posibilidades de generalización de estos hallazgos y su uso en diferentes sub-grupos. La segunda limitación se relaciona con el uso, para estudiar la validez externa, de un instrumento como el Inventario de Ansiedad en el Ámbito laboral, que cuenta con estudios psicométricos preliminares, dada la escasez de otras medidas confiables que permitieran evaluar en nuestro medio la ansiedad laboral. Esto implica ser prudentes a la hora de concluir acerca de la validez de constructo del ICPNA, siendo la evidencia aun parcial y preliminar. Futuros estudios deberían incluir escalas de ansiedad rasgo-estado, de sintomatología ansiosa, y de tendencia a la preocupación patológica, por un lado, y otras medidas con mayor evidencia de validez y confiabilidad, por el otro, especialmente para la dimensión positiva de ICPNA.

Por otro lado, futura investigación utilizando regresión múltiple y/o logística es necesaria para avanzar en el estudio de la validez predictiva del instrumento con respecto al desempeño, índices de ausentismo y/o creatividad en el ámbito laboral.

Referencias

- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2013). *Abnormal psychology. An integrative approach*. Cengage Learning.
- Barrett, L. F. (2006). Solving the emotion paradox: Categorization and the experience of emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 10(1), 20-46.
https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1001_2
- Baumgartner, H., Pieters, R. & Bagozzi, R. (2008) Future-oriented emotions: Conceptualization and behavioral effects. *European Journal of Social Psychology*, 38(4), 685-696.
<https://doi.org/10.1002/ejsp.467>
- Bogiaizian, D., Musso, F. M., & Solari, A. (2010). *Evaluación de creencias positivas y negativas*

- sobre la ansiedad en el ámbito laboral (trabajo no publicado).
- Bogiaizian, D., Solari, A., Maglio, A. L., & López Salazar, P. (2016). Ansiedad en el ámbito laboral: Construcción y exploración de las propiedades psicométricas del IAAL. *Anxia*, 22, 33-40.
- Bradburn, N. M. (1969). The structure of psychological well-being. Aldine.
- Byrne, B. M. (2008). Testing for multigroup equivalence of a measuring instrument: A walk through the process. *Psicothema*, 20(4), 872-882.
- Cannon, W. B. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. Appleton.
<https://doi.org/10.1097/00007611-192909000-00037>
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(3), 279-296.
- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural equation modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(3), 464-504.
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 9(2), 233-255.
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Desclee de Brower.
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2009). What is an anxiety disorder? *Depression and Anxiety*, 26, 1066-1085
<https://doi.org/10.1037/e676892010-001>
- Díaz Kuaik, I., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica*, 16(1), 42-50.
<https://doi.org/10.18774/448x.2019.16.393>
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Emmelkamp, P., & Ehling, T. (2014). *The Wiley Handbook of Anxiety Disorders*. Wiley-Blackwell.
- Flores-Kanter, P. E., Garrido, L. E., Moretti, L. S., & Medrano, L. A. (2021). A modern network approach to revisiting the Positive and Negative Affective Schedule (PANAS) construct validity. *Journal of Clinical Psychology*, 77(10), 2370-2404.
<https://doi.org/10.1002/jclp.23191>
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303-314.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.303>
- González Rodríguez, M., Cubas León, R., Rovella, A., & Darías Herrera, M. (2006). Adaptación española de la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre: Procesos cognitivos, ansiedad y depresión. *Psicología y Salud*, 16(2), 219-233.
- González Rodríguez, M., Rovella, A., Barbenza, C. & Rausch, L. (2011). Tendencia a la Preocupación y Trastorno de Ansiedad Generalizada en adolescentes: Contribución diferencial de los procesos cognitivos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 32(2), 123-142.
- González, M., Ibáñez, I., Rovella, A., López, M. & Padilla, L. (2013). Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre: Relaciones con variables Psicopatológicas. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 21(1), 81-101
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1999). *Análisis multivariante*. Prentice Hall.
- Hewstone, M. (1992). *La atribución causal. Del proceso cognitivo a las creencias colectivas*. Paidós.
- JASP Team (2022). JASP (Version 0.16.3)[Computer software].
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 141-151.
<https://doi.org/10.1177/001316446002000116>
- Leibovich, N., & Schmidt, V. (2004). El uso de instrumentos psicológicos para la evaluación del estrés ocupacional en nuestro medio. *Revista Iberoamericana de Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 17(1), 139-157.
<https://doi.org/10.15366/rie2020.13.1.005>
- Li, C. H. (2016). The performance of ML, DWLS, and ULS estimation with robust corrections in structural equation models with ordinal variables. *Psychological methods*, 21(3), 369.
<https://doi.org/10.1037/met0000093>

- Linden, M., & Muschalla, B. (2007). Anxiety disorders and workplace-related anxieties. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 467-474. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.06.006>
- Linden, M., Muschalla, B., Hansmeier, T., & Sandner, G. (2014). Reduction of sickness absence by an occupational health care management program focusing on self-efficacy and self-management. *Work*, 47(4), 485-489. <https://doi.org/10.3233/wor-131616>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(3), 1151-1169. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Lorenzo, U., & Ferrando, P. J. (2018). Factor Analysis version 10.8 [Computer Software].
- Martínez, R., Moreno, R. & Muñiz, J. (2005) Construcción de los ítems. En J. Muñiz, A. M. Fidalgo, E. García-Cueto, R. Martínez, & R. Moreno (Eds.), *Análisis de los ítems* (pp. 9-48) La Muralla.
- May, R. (1950) *The meaning of anxiety*. The Ronald Press of Company. <https://doi.org/10.1037/10760-000>
- May, R. (1977) *The meaning of anxiety*. Revised Edition. Norton & Company.
- McCarthy, J. M., Trougakos, J. P., & Cheng, B. H. (2016). ¿Are anxious workers less productive workers? It depends on the quality of social exchange. *Journal of Applied Psychology*, 101(2), 279-291. <https://doi.org/10.1037/apl0000044>
- Moriondo, M., Palma, P., Medrano, L. A. & Murillo, P. (2012). Adaptación de la Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) a la población de adultos de la ciudad de Córdoba: Análisis psicométricos preliminares. *Universitas Psychologica*, 11 (1), 187-196
- Muschalla, B. (2017). Work-anxiety-coping intervention improves work-coping perception while a recreational intervention leads to deterioration: Results from a randomized controlled trial. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 26(6), 858-869. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2017.1384378>
- Muschalla, B., & Linden, M. (2009). Workplace phobia – A first explorative study on its relation to established anxiety disorders, sick leave, and work-directed treatment. *Psychology, Health & Medicine*, 14(5), 591-605. doi.org/10.1080/13548500903207398
- Muschalla B., & Linden M. (2013) Different workplace-related strains and different workplace-related anxieties in different professions. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2013, 55(8), 978-982. <https://doi.org/10.1097/jom.0b013e3182972f04>
- Muschalla, B., Heldmann, M., & Fay, D. (2013). The significance of job-anxiety in a working population. *Occupational Medicine*, 63(6), 415-421. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt072>
- Padrós, B. F., Soriano-Mas, C., & Contreras, G. N. (2012). Afecto positivo y negativo: ¿Una dimensión bipolar o dos dimensiones unipolares independientes?. *Interdisciplinaria*, 29(1), 151-164. <https://doi.org/10.16888/interd.2012.29.1.9>
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 160-164. [https://doi.org/10.1016/s1077-7229\(01\)80021-3](https://doi.org/10.1016/s1077-7229(01)80021-3)
- Reich, J. W., Zautra, A. J. & Davis, M. (2003). Dimensions of affect relationships: Models and their integrative implications. *Review of General Psychology*, 7(1), 66-83. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.7.1.66>
- Russell, J. A., & Carroll, J. M. (1999). *On the bipolarity of positive and negative affect*. *Psychological Bulletin*, 125(1), 3-30. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.1.3>
- Salessi, S., & Omar, A. (2016). Desarrollo y validación de una escala para medir actuación emocional en el trabajo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 1(41), 66-79. <https://doi.org/10.21865/ridep57.4.07>
- Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B. J., Belik, S. L., Clara, I., & Stein, M. B. (2006). Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of internal medicine*, 166(19), 2109-2116. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.19.2109>
- Timmerman, M. E., & Lorenzo Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered

- polytomous items with parallel analysis. *Psychological methods*, 16(2), 209-220.
<https://doi.org/10.1037/a0023353>
- Turner, S. M., Johnson, M. R., Beidel, D. C., Heiser, N. A., & Lydiard, R. B. (2003). The social thoughts and beliefs scale: A new inventory for assessing cognitions in social phobia. *Psychological Assessment*, 15(3), 384-391.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.15.3.384>
- Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908) The relation of a strength of stimulus to rapidity of habit formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459-482.
<https://doi.org/10.1002/cne.920180503>
- Watson, D. (2000). *Mood and temperament*. The Guilford Press.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96(3), 465-490.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.96.3.465>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). *Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219-235.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.219>
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 301-320.
<https://doi.org/10.1017/s1352465800015897>
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester.
<https://doi.org/10.1046/m.1365-2850.2002.00006.x>
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSMIV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 107-121.
<https://doi.org/10.1007/s10608-005-1652-0>
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385-396.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5)
- Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 206-212.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.07.002>
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, 39(6), 713-720.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00036-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00036-X)

Anexo

Cuestionario de Ansiedad Positiva y Negativa

Instrucciones: A continuación, encontrará una lista de frases en relación a su experiencia con la ansiedad. Por favor, lea cada frase indique el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas teniendo en cuenta lo que usted entiende por ansiedad.

Complete el casillero con el número correspondiente teniendo en cuenta la escala que figura debajo:

0: Totalmente en desacuerdo

1: En desacuerdo

2: Ni acuerdo, ni desacuerdo

3: De acuerdo

4: Totalmente de acuerdo

- 1. La ansiedad me impulsa a terminar todo más rápido.
- 2. La ansiedad es un obstáculo para mi desarrollo laboral.
- 3. Ser ansioso me permite estar más precavido.
- 4. Cuando estoy ansioso me siento atolondrado.
- 5. La ansiedad no me permite concentrarme en la tarea.
- 6. Cuando estoy ansioso es porque tengo ganas de que algo bueno se concrete.
- 7. Cuando estoy ansioso me irrito con mayor facilidad.
- 8. Ser ansioso me impulsa a actuar mas rápido que el resto.
- 9. Cuando estoy ansioso me siento más productivo.
- 10. La ansiedad es un obstáculo para poder priorizar mis actividades.
- 11. Ser ansioso me impulsa a generar nuevos proyectos.
- 12. La ansiedad me impulsa a acelerarme y equivocarme.
- 13. La ansiedad me hace más responsable en lo que emprendo.
- 14. Cuando estoy ansioso me olvido de las cosas con mayor frecuencia.
- 15. La ansiedad me genera mayor sensación de energía.
- 16. Cuando estoy ansioso se me dificulta conciliar el sueño.
- 17. Ponerme ansioso me provoca pérdidas de tiempo frente a una tarea.
- 18. Estar ansioso me hace más creativo.
- 19. Ser ansioso me genera desborde y desorganización.
- 20. Ser ansioso me hace cometer menos errores.

Con cuál de los siguientes conceptos asocia principalmente usted a la experiencia ansiosa (elijá uno)

- Apuro
- Disposición a la acción
- Malestar / Nerviosismo
- Anheló
- Preocupación
- Incertidumbre
- Pérdida de control
- Otros. Menciónelo: _____