

Construcción preliminar de una escala multidimensional para evaluar síntomas clínicos de ansiedad. Evidencias de validez de contenido y aparente

Iliana Díaz Kuaik¹ y Guadalupe de la Iglesia²

Artículo

Material original autorizado para la publicación en la revista Psicodebate. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Palermo.
Recibido 05-03-2017 | Aceptado 10-05-2017

Resumen

La medición de la ansiedad debería contemplar la multidimensionalidad de este constructo. Los instrumentos de uso local presentan limitaciones relacionadas con su abordaje incompleto, el contenido de sus ítems, la capacidad para discriminar los síntomas ansiosos de los depresivos y la desactualización con respecto a los diagnósticos vigentes. Un instrumento que tome en cuenta la conceptualización multidimensional de ansiedad y los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad según la última versión del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) podría responder a las limitaciones de sus predecesores. La construcción de la Escala Multidimensional de Ansiedad (EMA) pretende dar respuesta a esta vacante y constituirse como un instrumento con buenas propiedades psicométricas destinado a la evaluación multidimensional de la sintomatología ansiosa en población adulta. El presente artículo describe el procedimiento llevado a cabo en la primera etapa de la construcción de la escala: redacción de los ítems, juicio experto y prueba piloto. Se modificó la redacción de la consigna, así como también el formato de respuesta y la redacción de algunos reactivos. El índice de acuerdo entre jueces indicó que 18 ítems contaban con poco acuerdo interjueces acerca de la pertenencia a la dimensión evaluada.

1 Universidad de Buenos Aires. Argentina. ilianadiazk@hotmail.com

2 Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Universidad de Palermo. Argentina.

Palabras Clave: ansiedad, evaluación, multidimensional, validez, juicio experto, prueba piloto.

Preliminar construction of a multidimensional scale to assess clinical symptoms of anxiety. Evidences of content and face validity

Abstract

The measurement of anxiety should contemplate its multidimensionality. The instruments of local use present limitations related to incomplete approach to the dimensions of the construct, the content of its items, the capacity to discriminate the anxious symptoms of the depressives and the outdatedness with respect to the most current diagnoses. An instrument that takes into account the multidimensional conceptualization of anxiety and diagnostic criteria for anxiety disorder according to the latest version of the Diagnostic and Treatment Manual (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013) may respond to the limitations of its predecessors. The construction of the Multidimensional Anxiety Scale (EMA) aims to respond to this vacancy and constitute an instrument with good psychometric properties intended for the multidimensional evaluation of anxious symptomatology in the adult population. The present article describes the procedure carried out in the first stage of scale construction: item design, expert judgement and pilot study. The wording of the slogan was modified, as well as the format of response and the writing of some reagents. The index of agreement among judges indicated that 18 items had little inter-agreement about membership in the assessed dimension.

Keywords: anxiety, evaluation, multidimensional, validity, expert judgment, pilot test.

La *ansiedad* es un constructo complejo y multidimensional que agrupa a un conjunto de manifestaciones psíquicas o cognitivas, conductuales, somáticas y afectivas (Clark & Beck, 2012; González, 1993; Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003). De acuerdo al modelo de Clark y Beck (2012), la *dimensión fisiológica* agrupa las respuestas fisiológicas automáticas generadas por la activación de los sistemas nerviosos simpático (SNS) y parasimpático (SNP) ante la presencia de una amenaza o de un peligro. Se las considera respuestas defensivas porque preparan al organismo para defenderse ante contextos que provocan miedo. La *dimensión conductual* refleja las respuestas conductuales llevadas a cabo para prevenir, controlar, luchar o huir del peligro. La *dimensión cognitiva*, incluye aquellos pensamientos y creencias relacionadas con la amenaza y vulnerabilidad personal, a partir de las cuales se valora el peligro, la ocurrencia de este, y los propios recursos de afrontamiento. Finalmente, la *dimensión afectiva* deriva de la activación conjunta de la dimensión cognitiva y fisiológica, y refiere la experiencia subjetiva de la sensación ansiosa. Está compuesta por afectos negativos, displacenteros de tensión y aprehensión, que revelan el malestar subjetivo vivenciado por el sujeto.

Si bien la ansiedad es una emoción psicobiológica básica que se activa ante un desafío o peligro cumpliendo una función esencialmente adaptativa, también puede presentarse de forma extrema. Como *respuesta adaptativa*, esta ligada al instinto de autoconservación de las especies, permitiendo la defensa ante el peligro y el desarrollo de soluciones para emerger del mismo (Ansorena, Cobo, & Romero, 1983; Cía, 2007; Clark & Beck, 2012; González, 1993; Sierra et al., 2003). Sin embargo, como *respuesta patológica*, resulta inadecuada en intensidad al estímulo que la gatilló, es recurrente, coartativa y desorganizadora del pensar y actuar (González, 1993). La ansiedad como respuesta patológica a un estímulo perturba y deteriora progresivamente a la persona, afectando sus relaciones familiares y sociales, así como la posibilidad real de desarrollo profesional, entre otros (Czernik, Almirón, Cuenca, & Mazzaro, 2005; Puchol Esparza, 2003).

Su descripción fenomenológica se encuentra incluida en los manuales internacionales de diagnóstico y tratamiento como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta y quinta edición, el DSM-IV-TR y el DSM-5 (American Psychiatric Association, 1994, 2013) y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima edición, la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1993). Los síntomas ansiosos se agrupan en la categoría de *trastornos de ansiedad* y abarcan una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, la presencia de ansiedad extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico (Clark & Beck, 2012).

En el terreno de la psicopatología, la sintomatología ansiosa se constituye como una de las problemáticas centrales de la salud pública. Los datos internacionales muestran un aumento sostenido de la presencia de trastornos de ansiedad en la población, ubicándose actualmente entre los más prevalentes (Bandelow, & Michaelis, 2015; Baxter, Scott, Vos, & Whiteford, 2013; Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial, 2016). En América Latina y el Caribe, los síntomas ansiosos junto con los depresivos son los más frecuentes (Rodríguez, Kohn, & Aguilar Gaxiola, 2009). En Estados Unidos resultan ser uno de los principales trastornos que afecta a la población adulta (American Psychiatric Association, 2013; Barlow & Durand, 2013; World Health Organization, 2017). En Argentina, cerca del 15% de la población general que realiza una consulta externa experimentan alguna forma de ansiedad (Via Alvarado, 2011), cifra coincidente con las publicaciones internacionales (García Campayo, Caballero, Perez, & López, 2012; Navarro, Acevedo, Sánchez, & Delgado, 2016).

Operacionalizaciones de la sintomatología ansiosa

Si bien la investigación clínica de la ansiedad ha dado lugar al desarrollo de innumerables tratamientos, dicho avance no se produjo en paralelo con la creación de métodos precisos y válidos para su diagnóstico clínico (Echeburúa, 1996). En la actualidad existe un amplio número de técnicas e instrumentos para la evaluación de la ansiedad procedentes de diversos enfoques teóricos. La mayor parte de las teorías y modelos de las emociones aceptan la existencia de tres sistemas de respuesta emocional (fisiológico, cognitivo y motor) que se postulan como relativamente independientes entre sí (Lang, 1968, 1971). Si bien se reconoce la necesidad de una evaluación multidimensional de la ansiedad, a la hora de abordar el fenómeno aún son escasas las investigaciones clínicas que la incluyen (Cano Vindel & Miguel Tobal, 1990).

Localmente, para la medición de la ansiedad se cuenta con la adaptación y normas de diversas escalas pertenecientes a inventarios de personalidad, inventarios de síntomas y escalas específicas para evaluar ansiedad.

Con respecto a los primeros, el Cuestionario Multifacético de Personalidad de Minnesota (MMPI-2; Butcher, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1989; Casullo, 1999) incluye dos escalas para valorar sintomatología ansiosa: la escala ansiedad de Butcher (Anx; Butcher et al., 1989) y la escala de Ansiedad de Welsh (A; Welsh, 1956). Ambas valoran principalmente síntomas cognitivos y afectivos asociados a la ansiedad generalizada. Por otro lado, el Inventario Revisado de Personalidad Neo (NEO PI-R; Costa & McCrae, 1992; Richaud, Lemos & Oro, 2001), incluye una escala que valora síntomas cognitivos de ansiedad asociados principalmente al trastorno de ansiedad generalizada. Las escalas de dichos inventarios resultan

insuficientes para evaluar aquellos trastornos con predominancia de síntomas fisiológicos y/o conductuales como el trastorno de pánico, agorafobia y fobias

Con respecto a los inventarios de síntomas, el Inventario Revisado de 90 Síntomas (SCL-90-R; Casullo, 2004; Derogatis, 2002) posee una escala de síntomas ansiosos en la que se incluyen síntomas generales de ansiedad pertenecientes tanto al dominio fisiológico como cognitivo. Sin embargo, la muestra de síntomas fisiológicos se presenta acotada, dejando fuera síntomas patognomónicos como por ejemplo hiperventilación, sudoración, sofocos o escalofríos, tensión muscular, parestesias, sensación de mareo o inestabilidad. Tal es así que el SCL-90-R resulta insuficiente para evaluar aquellos trastornos con predominancia de síntomas fisiológicos, como el trastorno de pánico o la agorafobia; y el dominio conductual, propios de las fobias, la agorafobia o del pánico.

Asimismo, las escalas de ansiedad de los inventarios antes mencionados no pueden utilizarse de forma independiente, su uso requiere la aplicación del inventario completo, lo cual demanda mucho tiempo y entrenamiento especializado del evaluador. Además, su objetivo no es evaluar ni discriminar dimensionalmente los síntomas de ansiedad. Todo ello limita considerablemente su uso si el objetivo es obtener una medición acabada del constructo.

Por otra parte, existen escalas específicas de ansiedad. El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel Tobal & Cano Vindel, 1986, 2002) evalúa la ansiedad a través de las respuestas emocionales perteneciente a tres sistemas -cognitivo, fisiológico y motor-, y cuatro áreas situacionales -de evaluación, interpersonales, con estímulos de carácter fóbico, y de la vida cotidiana-. Si bien posee un buen muestreo de respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras de ansiedad, el instrumento es extenso y complejo de responder. Para responder a él se requiere de cierto nivel o grado de discriminación de situaciones y síntomas que resulta inadecuado para el uso con determinados individuos, tales como pacientes psiquiátricos o sujetos con bajo nivel educativo (Martínez Sánchez et al., 1995). Para su aplicación se requiere que el evaluado haya alcanzado un nivel educativo secundario y que el estado emocional y cognitivo del sujeto le permita discriminar situacionalmente sus diversas respuestas de ansiedad. Es por ello que, si bien esta técnica cuenta con numerosos estudios de validez y adaptaciones (Amorim Gaudêncio, 1997; Amorim, Cano Vindel, & Miguel Tobal, 1996; Collado, 2010; García Batista, & Cano Vindel, 2014; Martínez Algeciras, & Rodríguez Jiménez, 2015; Sanz, 1991), su utilización en la investigación y en la práctica clínica es limitada (Martínez Sánchez, et al., 1995).

Por otra parte, el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI; Leivovich de Figueroa, 1991; Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1983) evalúa la ansiedad en dos dimensiones relativamente independientes: como estado y como rasgo.

Ambas valoran síntomas generales de ansiedad, con predominancia de síntomas cognitivos y afectivos, resultando insuficiente para valorar aquellos trastornos de ansiedad con predominancia de síntomas fisiológicos y conductuales. Asimismo, esta escala no logra discriminar adecuadamente entre síntomas de ansiedad y de depresión.

Por lo antes expuesto se concluye acerca de la inexistencia de un instrumento que brinde una medición multidimensional de la ansiedad -dimensiones fisiológica, cognitiva, conductual y afectiva-, actualizada de acuerdo a los últimos estándares diagnósticos, y que a la vez considere diversas poblaciones objetivo en cuanto a su formato y extensión. La construcción de un instrumento que tome en cuenta estas limitaciones y las supere respondería así a una vacante en la medición psicológica tanto para el ámbito de investigación como para el de aplicación.

Un instrumento para evaluar la ansiedad que resulte apropiado en términos de una operacionalización completa y actualizada del constructo resultaría beneficioso para los actores del ámbito clínico en el proceso diagnóstico y terapéutico de los pacientes. La evaluación y formulación del caso son pilares que guían al terapeuta en la conducción de tratamientos eficaces (Clark & Beck, 2012; Keegan & Holas, 2010). La evaluación a través de una medida multidimensional de ansiedad proveería al terapeuta, con un considerable ahorro de tiempo, de la información detallada sobre las respuestas de ansiedad que son propias del paciente. Dicha información permitiría seleccionar las técnicas más efectivas para reducir la ansiedad de una forma individualizada de acuerdo al perfil de respuesta del paciente (Martínez Sánchez, et al., 1995; Miguel Tobal & Cano Vindel, 1986). De esta forma se emplearía un tipo de intervención ante la predominancia de síntomas cognitivos y afectivos, y otras distintas, de predominar los síntomas fisiológicos o conductuales. Adicionalmente, tal herramienta sería de gran utilidad para el ámbito de investigación, si se considera especialmente las dificultades con las que cuentan los instrumentos vigentes para lograr una medida que no se trasponga con los síntomas depresivos (Cano Vindel & Tobal, 1990; Martínez Sánchez et al., 1995; Sanz, 2014). Sumado a ello, la novedad del DSM-5 conlleva una desactualización en cuanto a los criterios diagnósticos vigentes por lo que la investigación que los incluya resulta escasa –sino nula- debido a la ausencia de herramientas que los operacionalicen.

Es por ello que el objetivo del presente trabajo radicó en el diseño y estudio psicométrico de una nueva herramienta psicométrica denominada Escala Multidimensional de la Ansiedad que intenta dar respuesta a los mencionados criterios necesarios para un instrumento que operacionaliza el constructo de ansiedad.

Método

Participantes

Juicio experto

La muestra de jueces expertos se constituyó por tres doctores en psicología docentes de la Universidad de Buenos Aires. Dos de ellos expertos en psicología clínica con orientación cognitiva conductual y experiencia en la evaluación y tratamiento de pacientes con trastornos de ansiedad, y una experta en psicometría con experiencia en la construcción de tests.

Prueba piloto

La muestra para la prueba piloto quedó constituida por un total de 30 sujetos, 16 varones y 14 mujeres, de los cuales 25 eran pacientes clínicos en tratamiento psicológico y 5 pertenecían a población general. La edad osciló entre 19 y 61 ($M = 37.33$; $DE = 10.53$). Las medias para la submuestra clínica y de población general fueron de 34.56 ($DE = 9.14$) y 46.20 ($DE = 10.57$) respectivamente. La escolaridad osciló entre 7 y 16 años de estudio ($M = 13.67$; $DE = 3.08$) y las medias obtenidas en ambas submuestras fueron de 14.44 ($DE = 1.93$) y 9.80 ($DE = 2.95$) respectivamente. Todos los participantes residían en la Provincia de Buenos Aires, 25 en Capital Federal y los 5 restantes en el Gran Buenos Aires. La submuestra de población general era exclusivamente de Capital Federal.

Materiales

Escala Multidimensional de Ansiedad (EMA). Esta escala se desarrolló como objetivo del estudio por lo que los detalles sobre su formato se describirán en los apartados subsiguientes. El instrumento integra los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y la teoría cognitiva de la ansiedad (Clark & Beck, 2012). Se enmarca dentro del modelo cognitivo cuya premisa básica es que la ansiedad es un trastorno emocional multifacético que conlleva elementos diversos del dominio fisiológico, cognitivo, conductual y afectivo (Beck, 2002; Beck Brown, Steer, Eidelson & Riskind, 1987).

Planillas para la evaluación del test. Se utilizaron dos planillas diferentes, una para el juicio experto y otra para la prueba piloto. En ellas se les solicitó a los participantes que valoraran las características del test en cuanto a su calidad formal, claridad de la consigna, de los ítems, de la escala de medición y facilidad para registrar las respuestas.

Ficha de registro de datos sociodemográficos. Mediante la misma se recabó información sociodemográfica básica de los participantes de la prueba piloto.

Procedimiento

Se respetaron las sugerencias metodológicas de Hogan (2004) para la construcción de pruebas y los lineamientos de la Comisión Internacional de Test (ITC). Con el fin de garantizar la calidad del instrumento, el proceso de diseño se llevó a cabo mediante la siguiente secuencia de actividades propuestas por Tornimbeni, Pérez y Olaz (2008):

1. *Revisión bibliográfica*: Se realizó un análisis de las diversas teorías e investigaciones que han contribuido a la conceptualización del concepto ansiedad desde su incorporación en la psicología.

2. *Definición y operacionalización del constructo*: Se adoptó el enfoque más actualizado de la ansiedad, que la define como un constructo complejo y multidimensional conformado por cuatro dimensiones: fisiológica, cognitiva, conductual y afectiva. Se seleccionaron y operacionalizaron la sintomatología general asociada a los trastornos de ansiedad, de acuerdo con la teoría cognitiva de la ansiedad (Clark & Beck, 2012) y a los criterios diagnósticos del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

3. *Revisión instrumental*: Se relevaron y evaluaron los contenidos de los instrumentos auto-administrados de mayor difusión para la evaluación general de los síntomas clínicos de ansiedad. Para este análisis se tomaron los síntomas identificados en el análisis anterior y se los apareó con aquellos reactivos encontrados en el análisis instrumental. Por otro lado, se analizó la cobertura del constructo evaluado –tomando como criterio los síntomas identificados– por parte de los instrumentos de mayor difusión para la evaluación general de la ansiedad. Se revisaron 10 escalas construidas específicamente para tal fin, 3 escalas de ansiedad pertenecientes a inventarios de personalidad y 1 perteneciente a inventarios de síntomas. Los instrumentos analizados fueron: el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel Tobal & Cano Vindel, 1986), El Cuestionario Multifacético de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2; Butcher, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1989; Casullo, 1999), la escala R del Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI-R; Leibovich de Figueroa, 1991; Spielberger et al., 1983), El Inventario Revisado de Personalidad NEO (NEOPI-R; Costa, & McCrae, 1992; Richaud, et al., 2001), El Listado Revisado de 90 Síntomas SCL-90-R (Casullo, 2004; Derogatis, 2002), El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, Brown, Epstein, & Steer, 1988), La Escala de Ansiedad de Zung (EAZ; Zung, 1971), La Escala de Ansiedad de Hamilton Heteroaplicada (HAMA; Hamilton, 1959), La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS; Zigmond, 1983), La Escala de Ansiedad Clínica (CAS; Snaith, Baugh, Clayden, Husain, & Sipple,

1982), La Escala Breve de Ansiedad de Tyrer (BSA; Tyrer, 1984), El Cuestionario de Detección de Ansiedad (ASQ 15; Wittchen & Boyer, 1998).

4. *Redacción de los ítems*: Se redactaron los enunciados de acuerdo a un criterio mixto considerando la revisión bibliográfica e instrumental. Se tomaron en cuenta las postulaciones teóricas de la teoría cognitiva de la ansiedad (Clark & Beck, 2012), los criterios establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) y los reactivos surgidos del análisis instrumental. Para cada síntoma se propusieron varias alternativas que pretendían valorarlo de forma directa e inversa.

5. *Juicio experto*: La primera versión del instrumento fue sometida a un juicio experto. Se les solicitó a los jueces que evaluaran la consigna, la escala de medición y los enunciados, tanto desde el punto de vista lingüístico, conceptual y formal. Además, se les pidió que indicaran a cuál de las cuatro dimensiones de ansiedad consideraban que pertenecía cada ítem. Para ello se les facilitó una planilla con una breve descripción del constructo, la descripción de sus dimensiones y varias consignas a responder. Mediante ello se pretendió obtener evidencias de validez de contenido.

6. *Prueba piloto*: Se realizó una prueba piloto para identificar enunciados débiles o defectuosos y obtener evidencias de validez aparente. Para ello se proporcionó una planilla con la escala y varias consignas a responder. Los sujetos debían valorar la claridad de la consigna, la escala de medición y los 150 enunciados; y, de no comprenderse, proponer alternativas más adecuadas.

Resultados

A partir de la operacionalización del constructo se delimitaron 40 síntomas de ansiedad que integraban ambos criterios (ver tabla 1).

Tabla 1.
Operacionalización multidimensional del constructo ansiedad

		Síntomas comunes de ansiedad (Beck, 2012)	Criterios DSM-5
Fisiológico	1	Aumento del ritmo cardiaco, palpitaciones	Palpitaciones
	2	Dolor u opresión en el pecho	Dolor o molestias en el tórax
	3	Respiración entrecortada, acelerada, Sensación de asfixia	Sensación de dificultades para respirar o asfixia
	4	Sudores	Sudoración
	5	Sofocos, escalofríos	Escalofríos o sensación de calor
	6	Náuseas, dolor de estómago, diarrea	Náuseas o malestar abdominal
	7	Temblores, estremecimientos	Temblor
	8	Adormecimiento, temblor de brazos o piernas	Parestesias
	9	Debilidad, mareos, inestabilidad Desmayo	Mareo, inestabilidad o desmayo
	10	Músculos tensos, rigidez	Tensión muscular
	11	Sequedad de boca/Sensación de ahogo/ de atragantarse	Sensación de ahogo
	12	Problemas de sueño	Problemas de sueño
	13	Rubores	Rubor
	14	-----	Facilidad para fatigarse
Cognitivo	15	Miedo a perder el control	Miedo a perder el control
	16	Miedo al daño físico o a la muerte	Miedo a morir
	17	Miedo a enloquecer	Miedo a volverse loco
	18	Miedo a la evaluación negativa de los demás	Miedo a la valoración negativa
	19	Pensamiento, imágenes o recuerdos atemorizantes	Pensamientos de peligro

Tabla 1.
Operacionalización multidimensional del constructo ansiedad (continuación)

		Síntomas comunes de ansiedad (Beck, 2012)	Criterios DSM-5
	20	Percepciones de irrealidad o separación.	Desrealización, despersonalización
	21	Escasa concentración, confusión, distracción	Dificultad para concentrarse
	22	Estrechamiento de la atención, hipervigilancia hacia la amenaza	Hipervigilancia
	23	Poca memoria	-----
	24	Dificultad de razonamiento, pérdida de objetividad	-----
	25	Preocupación excesiva. Dificultad para controlar la preocupación.	Preocupación
	26	Sobrestimación amenaza/ Pensamientos automáticos negativos sobre lo que va a suceder	Sobreestimación del peligro/ Ansiedad anticipatoria
	27	Pensamientos automáticos negativos sobre si/ vulnerabilidad	-----
Conductual	28	Evitación de las señales o situaciones de amenaza, peligro.	Comportamientos cautelosos o evitativos.
	29	Huida, alejamiento	Conductas de huida
	30	Obtención/búsqueda de seguridad, reafirmación	Requieren la presencia de acompañante
	31	Inquietud, agitación, marcha	Inquietud
	32	Quedarse helado, paralizado	Paralizarse
	33	Dificultades para hablar	-----
	34	-----	Cambio significativo de mala adaptación del comportamiento
Afectivo	35	Nervioso, tenso, embarullado	-----
	36	Agitación, sentimiento de estar al límite	Sensación de estar con los nervios de punta
	37	Asustado, temeroso, aterrorizado	Miedo
	38	Impaciente	-----
	39	Irritabilidad	-----
	40	Indecisión	-----

La revisión instrumental permitió recabar una base de enunciados indicativos de síntomas clínicos de ansiedad (ver tabla 2).

Tabla 2.
Revisión instrumental de instrumentos que evalúan ansiedad

	Síntomas comunes de la ansiedad (Beck, 2012)	Criterios dsm-5	Ítems escalas adaptados localmente	Ítems escalas generales de ansiedad
Fisiológico				
1	Aumento del ritmo cardiaco, palpitaciones	Palpitaciones	MMPI-208, SCL-39, ISRA-F6	BAI-7, EAZ-10, HAMA-9, HAMA-14, CAS-3, BSA-7, ASQ-13
2	Dolor u opresión en el pecho	Dolor o molestias en el tórax	MMPI-47	HAMA-9, HAMA-10
3	Respiración entrecortada, acelerada, Sensación de asfixia	Sensación de dificultades para respirar o asfixia	ISRA-F7, MMPI-208	BAI-15, EAZ-13, HAMA-10, HAMA-14, BSA-7, ASQ-13, BAI-11, HAMA-10
4	Sudores	Sudoración	MMPI-178, MMPI-238, ISRA-F2	BAI-21, HAMA-13, CAS-3, BSA-7, BSA-9, ASQ-13, EAZ-17
5	Sofocos, escalofríos	Escalofríos o sensación de calor	ISRA-F10	BAI-2, HAMA-8
6	Náuseas, dolor de estómago, diarrea	Náuseas o malestar abdominal	MMPI-18, MMPI-28, ISRA-F1, ISRA-F8	EAZ-15, HAMA-11, BAI-18, EAZ-15, HAMA-11
7	Temblores, estremecimientos	Temblores	MMPI-91, SCL-17	BAI-12, BAI-13, EAZ-6, HAMA-2, HAMA-14, ASQ-13, HAMA-7
8	Adormecimiento, temblor de brazos o piernas	Parestesias	MMPI-53, ISRA-F3	BAI-1, EAZ-14, HAMA-8
9	Debilidad, mareos, inestabilidad Desmayo	Mareo, inestabilidad o desmayo	MMPI-164	BAI-6, EAZ-11, HAMA-13, BSA-7, BAI-3, HAMA-8, BAI-19, EAZ-12, CAS-7, BSA-9
10	Músculos tensos, rigidez	Tensión muscular	ISRA-F5	HAMA-7, CAS-2, ASQ-13, BSA-10

Tabla 2.
Revisión instrumental de instrumentos que evalúan ansiedad (continuación)

	Síntomas comunes de la ansiedad (Beck, 2012)	Criterios dsm-5	Ítems escalas adaptados localmente	Ítems escalas generales de ansiedad	
Fisiológico	11	Sequedad de boca/ Sensación de ahogo/ de atragantarse	Sensación de ahogo	ISRA-F9; MMPI-11, HAMA-11, HAMA-13, BSA-7, BSA-9 MMPI-404	
	12	Problemas de sueño	Problemas de sueño	MMPI-3, MMPI-5, MMPI-30, MMPI-39, MMPI-140 EAZ-19, HAMA-4, BSA-6, ASQ-13	
	13	Rubores	Rubor	----	BAI-20, EAZ-18, HAMA-13, BSA-9
	14	----	Facilidad para fatigarse	(MMPI-330)	EAZ-8, HAMA-2, ASQ-2, ASQ-13, STAI-8, STAI-22, STAI-26
Cognitivo	15	Miedo a perder el control	Miedo a perder el control	----	BAI-14, CAS -7, CAS-2
	16	Miedo al daño físico o a la muerte	Miedo a morir	----	BAI-16
	17	Miedo a enloquecer	Miedo a volverse loco	MMPI-170	----
	18	Miedo a la evaluación negativa de los demás	Miedo a la valoración negativa	ISRA-C7	----
	19	Pensamiento, imágenes o recuerdos atemorizantes	Pensamientos de peligro	SCL-86, STAI-31, NEOPIR-211	----
	20	Percepciones de irrealidad o separación.	Desrealización, despersonalización	MMPI-311	----
	21	Escasa concentración, confusión, distracción	Dificultad para concentrarse	MMPI-31, MMPI-299, MMPI-325, ISRA-C6	HAMA-5, ASQ-13
	22	Estrechamiento de la atención, hipervigilancia hacia la amenaza	Hipervigilancia	SCL-23	CAS-3
23	Poca memoria	----	MMPI-165	HAMA-5	
24	Dificultad de razonamiento, pérdida de objetividad	----	----	----	

Tabla 2.
Revisión instrumental de instrumentos que evalúan ansiedad (continuación)

	Síntomas comunes de la ansiedad (Beck, 2012)	Criterios dsm-5	Ítems escalas adaptados localmente	Ítems escalas generales de ansiedad
Cognitivo				
25	Preocupación excesiva. Dificultad para controlar la preocupación.	Preocupación	MMPI-196, MMPI-305, MMPI-408, MMPI-442, STAI-7, STAI-17, STAI-37, STAI-28, STAI-29, NEOPIR-1, ISRA-C1	ASQ -12, CAS-4, HAMA-1, HADS-5, BSA-4, ASQ-7, ASQ-10, ASQ-11, ASQ- 12, ASQ-14
26	Sobreestimación amenaza/ Pensamientos automáticos negativos sobre lo que va a suceder	Sobreestimación del peligro/ Ansiedad anticipatoria	MMPI-415, SCL-80, NEOPIR-121, NEOPIR-151, MMPI-463	BAI-5, HAMA-1, EAZ-5, HADS-3, CAS-5, GAD7- 7, STAI-7, EEA-90, BAI-5, HAMA-1, EAZ-5, HADS-3, CAS-5, BSA- 5
27	Pensamientos automáticos negativos sobre si/ vulnerabilidad		STAI-2, STAI-33, STAI-11, STAI-23, STAI-25, STAI-32, ISRA-C2, ISRA-C3,	----
Conductual				
28	Evitación de las señales o situaciones de amenaza, peligro.	Comportamientos cautelosos o evitativos	SCL-50, ISRA-M4	----
29	Huida, alejamiento	Conductas de huida	MMPI-339	----
30	Obtención/búsqueda de seguridad, reafirmación	Requieren la presencia de acompañante	----	----
31	Inquietud, agitación, marcha	Inquietud	MMPI-242, ISRA-M5, SCL-78, STAI-10, STAI-16, STAI-27, NEOPIR-91, ISRA-M2	HAMA-1, BSA-1, ASQ-13, HAMA -2, HAMA- 14, HADS -11, CAS-3, CAS-6, EAZ-9, HADS-7, ASQ- 3, ASQ-13.
32	Quedarse helado, paralizado	Paralizarse	ISRA-M6	----
33	Dificultades para hablar		ISRA-M7	HAMA-7
34	----	Cambio significativo de mala adaptación del comportamiento	----	----

Tabla 2.
Revisión instrumental de instrumentos que evalúan ansiedad (continuación)

Síntomas comunes de la ansiedad (Beck, 2012)	Criterios dsm-5	Ítems escalas adaptados localmente	Ítems escalas generales de ansiedad
Afectivo		MMPI-15, MMPI-223, MMPI-273, MMPI-444, MMPI-469, MMPI-496, MMPI-509, STAI-40, SCL-2, STAI-3, STAI-12, STAI-18, NEOPIR-91	HAMA-2, HAMA-14, HADS-1, CAS-1, BSA-1, ASQ-7, ASQ-13, BAI-10, EAZ-1, HADS-1, CAS-1, ASQ-3, ASQ-13, BAI-4, HAMA -2, HADS -7, BSA -1
35 Nervioso, tenso, embarullado	----		
36 Agitación, sentimiento de estar al límite	Sensación de estar con los nervios de punta	MMPI-405, SCL-57, STAI-1, STAI-6, STAI-13, STAI-15, STAI-19, STAI-27	CAS-1
37 Asustado, temeroso, aterrorizado	Miedo	SCL-33, SCL-72, STAI-2, STAI-33, STAI-9, NEOPIR-31, NEOPIR-121, NEOPIR-181, ISRA-C5	BAI- 17, CAS-3, HADS-3, ASQ- 4, ASQ-13, BAI-9, CAS-7, BSA-1, HADS-13, EAZ-2
38 Impaciente	----	----	
39 Irritabilidad	----	----	HAMA-1, ASQ-13
40 Indecisión	----	MMPI-23, MMPI-244, MMPI-252, STAI-4, ISRA-M1 STAI-14, STAI- 25, STAI-34, ISRA-C4	CAS-1, CAS-7, BSA-1, STAI-9, ASQ-2

Nota. ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad; Miguel Tobal & Cano Vindel, 1986, 2002), MMPI-2 (Cuestionario Multifacético de Personalidad de Minnesota-2; Casullo, 1999), STAI (escala R del Inventario de Ansiedad Estado Rasgo; Leibovich de Figueroa, 1991; Spielberger et al., 1983), NEOPI-R (Inventario Revisado de Personalidad NEO; Costa, & McCrae, 1992; Richaud, et al., 2001), SCL-90-R (Listado Revisado de 90 Síntomas; Casullo, 2004; Derogatis, 2002), BAI (Inventario de Ansiedad de Beck; Beck, Brown, Epstein, & Steer, 1988), EAZ (Escala de Ansiedad de Zung; Zung 1971), HAMA (Escala de Ansiedad de Hamilton Heteroaplicada; Hamilton, 1959), HADS (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; Zigmond, 1983), CAS (Escala de Ansiedad Clínica; Snaith, Baugh, Clayden, Husain, & Sipple, 1982), BSA (Escala Breve de ansiedad de Tyrer; Tyrer, 1984), ASQ-15 (Cuestionario de Detección de Ansiedad; Wittchen & Boyer, 1998).

Al analizarse la cobertura del constructo evaluado por parte de los instrumentos de mayor difusión para la evaluación general de la ansiedad, se detectaron síntomas y dominios no evaluados por estos (ver tabla 3), por lo que resultaron todos ellos insuficientes para valorar la complejidad del constructo bajo dicho modelo teórico.

Tabla 3.
Análisis del contenido de los instrumentos bajo los síntomas multidimensionales de ansiedad.

Síntomas fisiológicos	Instrumentos adaptados localmente										Instrumentos sin adaptación local				
	STAI	ISRA	MMPI-2	NEOPI-R	SCL-90	BAI	EAZ	HADS	HAMA	BSA	ASQ	CAS	CAS		
1		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
2			X						X						
3		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
4		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
5		X			X				X						
6		X	X	X	X	X	X	X	X						
7			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
8		X	X	X	X	X	X	X	X						
9			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
10		X							X	X	X	X	X		
11		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
12			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
13				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
14		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

Tabla 3. *Análisis del contenido de los instrumentos bajo los síntomas multidimensionales de ansiedad. (continuación)*

Síntomas cognitivos		Instrumentos adaptados localmente										Instrumentos sin adaptación local					
		STAI	ISRA	MMPI-2	NEOPI-R	SCL-90	BAI	EAZ	HADS	HAMA	BSA	ASQ	CAS				
15	Miedo a perder el control					x											x
16	Miedo al daño físico o la muerte						x										
17	Miedo a volverse loco				x												
18	Miedo a la valoración negativa de los demás		x														
19	Pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes		x			x											
20	Desrealización, despersonalización							x									
21	Dificultad para concentrarse		x				x						x				
22	Hipervigilancia									x							
23	Poca memoria						x							x			
24	Dificultad para razonar																
25	Preocupación	x	x	x	x									x			x
26	Sobrestimación peligro				x		x				x				x		
27	Sensación de vulnerabilidad	x															x

Tabla 3.
Análisis del contenido de los instrumentos bajo los síntomas multidimensionales de ansiedad. (continuación)

		Instrumentos adaptados localmente										Instrumentos sin adaptación local							
		STAI	ISRA	MMPI-2	NEOPI-R	SCL-90	BAI	EAZ	HADS	HAMA	BSA	ASQ	CAS						
Síntomas conductuales	28	Comportamientos cautelosos o evitativos	x			x													
	29	Conducta de huida			x														
	30	Busqueda acompañante																	
	31	Inquietud	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x				
	32	Paralización			x														
Síntomas afectivos	33	Dificultades para hablar			x									x					
	34	Comportamiento maladaptativo																	
	35	Nervioso, tenso, em-barullado	x		x	x			x					x	x	x	x	x	
	36	Agitación, sentimiento de estar al límite	x		x				x										
	37	Asustado, temeroso	x	x	x	x			x					x	x	x	x	x	
	38	Impaciente																	
	39	Irritable																x	
	40	Indeciso	x																

Debido a que uno de los objetivos principales radicaba en que el instrumento abarcara las cuatro dimensiones propuestas por Clark y Beck (2012) se redactaron ítems para aquellos dominios no evaluados por las escalas analizadas. El *pool* inicial quedó constituido por 150 ítems.

Para la respuesta a los ítems, se seleccionó un formato de respuesta Likert de frecuencia de cinco posiciones: 0 (*no me pasó nunca*), 1 (*no me paso casi nunca*), 2 (*me paso algunas veces*), 3 (*me pasa casi siempre*) y 4 (*me pasa siempre*).

El grupo de expertos no realizó correcciones sobre la redacción de la consigna ni sobre las opciones de respuesta. El índice de acuerdo entre jueces indicó que en 106 ítems el grado de acuerdo entre los jueces sobre la pertenencia del reactivo a la dimensión era total. Los 44 restantes poseían algún nivel de desacuerdo entre los jueces: 18 de estos tenían un acuerdo inferior al .50, y los 26 restantes con un acuerdo algo superior al .60. A partir del juicio experto, se realizaron modificaciones en la redacción de 37 ítems, de forma tal que representaran de forma más clara y precisa al dominio que pretendía medir (ver tabla 4).

Tabla 4.
Correcciones a partir de juicio experto

Ítems originales	Ítems corregidos
Estar inquieto y no poder quedarme en un solo lugar.	Estar inquieto
Considerar que soy una persona temerosa.	Ser una persona temerosa
Cuando pienso en el futuro, sentir lo que ocurra nunca será demasiado terrible.	Pensar que lo que ocurra en el futuro nunca será demasiado terrible.
Evitar los conflictos porque pienso que no puedo resolverlos.	Evitar los conflictos porque no puedo resolverlos.
Estar con un nudo en la garganta, como atragantado.	Estar con un nudo en la garganta.
Incluso en días fríos, sudar las manos u otras partes del cuerpo. Incluso en días fríos, tender a sudar mucho.	Incluso en días fríos que me suden las manos u otras partes del cuerpo.
Tratar de hacer algo para que no se note que estoy nervioso.	Hacer algo para que no se note que estoy nervioso.
Tender a alejarme de aquello que me produce miedo o ansiedad.	Alejarme de aquello que me produce miedo o ansiedad
Incluso si no hay peligro, estar en estado de alerta, a la guardia.	Estar alerta aun si no hay peligro.
Ser una persona que vive tensionada la mayor parte del tiempo.	Vivir tensionado
Sentir hormigueo, picazón o bien de que algunas partes del cuerpo se quedan dormidas.	Sentir hormigueo, picazón o que algunas partes del cuerpo se quedan dormidas.
Tener la sensación de estar atrapado.	Sentirme atrapado, entre la espada y la pared.
Incluso cuando sé que no tienen importancia, no poder dejar de preocuparme por las cosas.	No poder dejar de preocuparme por cosas que sé que no tienen importancia.

Tabla 4.
Correcciones a partir de juicio experto (continuación)

Ítems originales	Ítems corregidos
Estar en estado de alerta, atento a cualquier peligro o amenaza.	Estar atento a cualquier peligro o amenaza.
Sentir que tengo la energía suficiente para hacer mis actividades diarias.	Tener energía suficiente para hacer mis actividades diarias.
Cuando pienso en mi futuro, sentir que voy a poder manejar cualquier cosa que suceda.	Creer que voy a poder manejar cualquier cosa que suceda en el futuro.
Sentir que me pongo colorado fácilmente.	Ponerme colorado fácilmente.
Tener dificultades para dejar de a un lado las preocupaciones.	Tener dificultades para dejar a un lado las preocupaciones
Incluso si algo me da miedo o ansiedad enfrentarlo.	Enfrentar situaciones, aunque me den miedo o ansiedad
Dejar de hacer actividades o frecuentar lugares porque me producen ansiedad.	Dejar de hacer actividades o frecuentar lugares porque me producen malestar o ansiedad.
Estar plenamente consciente y con los pies en la tierra.	Estar plenamente consciente.
Poder concentrarme en una tarea o trabajo sin que nada me distraiga.	Concentrarme en una tarea o trabajo sin que nada me distraiga.
Al estar nervioso, sentir la voz poco firme, tartamudear o no poder expresarme bien.	Tener la voz poco firme, tartamudear o no poder expresarme bien.
Si algo me sale mal dejarlo abandonado.	Abandonar actividades que me salen mal.
Sentirme expuesto a peligros frente a los cuales no tengo control.	Creer que estoy expuesto a peligros frente a los cuales no tengo control.
Necesitar compañía para sentirme seguro y tranquilo.	Buscar compañía para sentirme seguro y tranquilo.
Cuando las cosas se complican o no resultan como esperaba terminar abandonándolas.	Abandonar actividades que se complican o no resultan como esperaba.
Tener miedo a salir lastimado.	Tener miedo a salir lastimado física o psicológicamente.
Sentir aturdimiento o confusión.	Sentirme aturdido o confundido.
Tener mucha paciencia.	Ser paciente
Necesitar mover alguna parte de mi cuerpo o caminar casi constantemente.	Mover alguna parte de mi cuerpo o caminar casi constantemente.
Considerar que tengo menos temores que la mayoría de la gente.	Considerarme con menos temores que la mayoría de la gente.
Sentir cansancio con mucha facilidad.	Cansarme con mucha facilidad.
Al estar ansioso o asustado quedar paralizado.	Paralizarme cuando estoy muy ansioso o asustado.
Sentir dolor o presión en el pecho.	Sentir dolor u opresión en el pecho.
Poder relajarme cuando quiero.	Relajarme cuando quiero
Cuando tengo miedo o ansiedad sentir ganas de salir corriendo.	Cuando tengo miedo o ansiedad tener ganas de salir corriendo

Tanto la escala de medición como la consigna debieron ser modificadas de acuerdo con los comentarios recabados en la prueba piloto. El 30% de la muestra piloto no comprendió la escala Likert, ya sea por el estilo de respuesta como por las categorías de frecuencia que la componían. Por ello se modificaron las opciones de respuesta intentado simplificarlas. La modificación resultó en las siguientes opciones de respuesta: Nunca, Pocas veces, Varias veces, Casi siempre, Siempre.

De la prueba piloto también se consideraron las dificultades para comprender el contenido de los ítems. De acuerdo a ello se modificaron 55 ítems, de forma tal de simplificar la redacción de los mismos y eliminar de estos la mención de frecuencia o intensidad sintomática (ver tabla 7).

Tabla 7.
Corrección a partir de prueba piloto

Ítems originales	Ítems corregidos
Ser una persona tranquila, calma.	Ser una persona tranquila
Estar irritable y enojarme fácilmente	Estar irritable
Incluso en días fríos que me suden las manos u otras partes del cuerpo.	Sudar las manos u otras partes del cuerpo, incluso en días fríos
Tener miedo de morir.	Tener miedo a morir.
Hacer algo para que no se note que estoy nervioso.	Hacer algo para disimular que estoy nervioso.
Tener miedo de recibir una muy mala noticia.	Tener miedo a recibir una mala noticia.
Estar disgustado.	Sentirme disgustado.
Tener miedo de perder el control.	Tener miedo a perder el control.
Estar angustiado y llorar con facilidad.	Estar angustiado.
Tener el sueño muy liviano, irregular o inquieto.	Tener problemas para dormir (sueño liviano, horarios irregulares para acostarse o despertarse, dificultades para conciliar el sueño, moverse mucho al dormir).
Estar inquieto, moverme y hacer cosas sin una finalidad concreta.	Moverme y hacer cosas sin una finalidad concreta.
Sentir que las preocupaciones interfieren en mi vida.	Sentir que las preocupaciones agobian mi vida.
Sentir debilidad en las piernas.	Sentir debilidad en las piernas y/o brazos.
Sentirme atrapado, entre la espada y la pared.	Sentirme atrapado, en una situación sin salida.
No poder dejar de preocuparme por cosas que sé que no tienen importancia.	Preocuparme por cosas que sé que no tienen importancia.
Estar atento a cualquier peligro o amenaza.	Estar alerta, en búsqueda de cualquier signo de peligro o amenaza.
Sentirme alterado, agitado.	Sentirme excitado, agitado.

Tabla 7.
Corrección a partir de prueba piloto (continuación)

Ítems originales	Ítems corregidos
Estar muy pendiente a las críticas.	Estar pendiente a las críticas de los demás.
Sentir el cuerpo rígido, en tensión.	Sentir el cuerpo rígido o tensionado
Sentir un nudo en la garganta.	Sentir un nudo en la garganta o la sensación de estar atragantado.
Sentir como si fuera a pasar algo espantoso.	Tener la impresión de que va a pasar algo malo.
Sentir debilidad muscular especialmente en las piernas.	Sentir debilidad en las piernas y/o brazos
Tener sofocaciones de calor o escalofríos.	Tener sofocaciones o escalofríos.
Tener miedo de volverme loco.	Tener miedo a volverme loco.
Incluso si estoy haciendo algo que disfruto, no poder dejar de pensar en lo que me preocupa.	No poder dejar de pensar en lo que me preocupa, incluso si estoy haciendo algo que disfruto.
Sentirme mareado.	Sentir inestabilidad, mareos o incluso desmayarme.
Verme limitado en mi vida diaria debido a mi ansiedad o miedo.	Sentirme limitado en mis actividades diarias debido al miedo o ansiedad.
Tratar de que alguien me acompañe para evitar sentirme mal.	Pedir que alguien me acompañe para evitar sentirme mal.
Asustarme con facilidad y sin motivo.	Asustarme con facilidad.
Evitar acercarme a algunos lugares o hacer determinadas actividades porque me hacen sentir mal.	Evitar acercarme a algunos lugares o hacer determinadas actividades porque me dan miedo o me hacen sentir mal.
Tener malestar de estómago, acidez, náuseas o vómitos.	Tener malestar en el estómago, acidez, náuseas o vómitos.
Tener la voz poco firme, tartamudear o no poder expresarme bien.	Tener la voz poco firme, tartamudear o no poder hablar bien.
Creer que estoy expuesto a peligros frente a los cuales no tengo control.	Sentir que estoy frente a situaciones que no puedo controlar.
Sentir que mi cuerpo se estremece, tiembla.	Sentir temblores o estremecimientos en el cuerpo.
Ser una persona muy paciente.	Ser una persona paciente.
Sufrir de temblores en las manos y/o las piernas.	Tener de temblores en las manos y/o las piernas.
Sentir la boca seca.	Tener la boca seca.
Cuando siento ansiedad tratar de distraerme con algo, por ejemplo, diario, música, celular, etc.	Tratar de distraerme con algo, por ejemplo, diario, música, celular, etc., cuando siento malestar o ansiedad.
Estar preocupado por algo.	Estar constantemente preocupado por algo.
Tener dificultades para expresarme, tartamudear, hablar con la voz poco firme o insegura.	Tener dificultades para expresarme, tartamudear o hablar con la voz poco firme.
Gozar de buena memoria.	Tener buena memoria.
Sufrir de escalofríos o sofocones de calor.	Sufrir de escalofríos o sofocones.

Tabla 7.
Corrección a partir de prueba piloto (continuación)

Ítems originales	Ítems corregidos
Tener miedo de ser criticado.	Tener miedo a ser criticado.
Tratar de evitar situaciones de dificultad.	Intentar evitar situaciones de dificultad.
Sentir que me falta el aire y que me cuesta respirar bien.	Sentir que no puedo respirar bien y que me falta el aire.
Sentir que algo malo va a pasar.	Sentir que algo malo está por pasar.
Temblar las manos y/o las piernas.	Sentir que las manos y/o piernas me tiemblan.
Cansarme con mucha facilidad.	Sentir que me canso con facilidad.
Pensar que las cosas van a salir mal.	Anticipar que las cosas van a salir mal.
Tener dificultades para tragar.	Sentir un nudo en la garganta o dificultades para tragar.
Para evitar enfrentarme a lo que me produce miedo o ansiedad, cambiar mi rutina y hábitos de conducta.	Cambiar mi rutina o conductas habituales para evitar enfrentarme a lo que me provoca miedo o ansiedad.
Tener sensación de hormigueo o adormecimiento en el cuerpo.	Sentir hormigueo o adormecimiento en el cuerpo.
Sufrir de puntadas en el pecho o en el corazón.	Sentir puntadas en el pecho o en el corazón.
Sentirme limitado a hacer lo que quiero por mis miedos.	Sentir que mis miedos limitan mis proyectos.
Notar que mi corazón late muy fuerte y rápido.	Sentir que el corazón late muy fuerte y rápido.

Comentarios

El objetivo de este estudio radicaba en generar un instrumento a partir de las conceptualizaciones más actualizadas de ansiedad y los últimos criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad. Con la construcción de dicha escala se pretende cubrir un vacío importante, ya que no existen instrumentos diseñados y validados para medir de forma breve y multidimensional los síntomas clínicos de ansiedad en población adulta, aportando así una herramienta valiosa para ser utilizada tanto en la clínica como en actividades de investigación.

De la revisión bibliográfica se concluyó que 40 síntomas abarcaban de manera integral tanto los postulados de la teoría cognitiva de la ansiedad (Clark & Beck, 2012) como los criterios establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013).

La evaluación acerca de la cobertura de esos 40 síntomas por parte de los instrumentos vigentes para la evaluación de la ansiedad demostró la insuficiencia de los mismos en la operacionalización completa del constructo. Los instrumentos que valoran el menor número de síntomas son el NEOPI-R con tres de ellos, uno perteneciente a la dimensión cognitiva, otro de la dimensión conductual y el último

de la dimensión afectiva; el STAI-R, con sólo cuatro de ellos, dos de la dimensión afectiva, uno a la dimensión cognitiva y otro a la conductual; y el HADS también cuatro de ellos, uno de la dimensión fisiológica, otro de la conductual y dos de la afectiva. Por su parte, dentro de los instrumentos que logran valorar un mayor número de síntomas son el ISRA, con catorce de ellos, el HAMA y el MMPI-2 con trece, pertenecientes a las cuatro dimensiones. Los síntomas no valorados por ninguno de los instrumentos antes citados pertenecen en su mayoría a la dimensión conductual, con excepción de impaciente/frustrado que pertenece a la afectiva. Los instrumentos analizados valoran casi con exclusividad los síntomas conductuales de inquietud y agitación, obviando otros de suma importancia para el modelo cognitivo de la ansiedad, como son: huida/ alejamiento, obtención/ búsqueda de seguridad, intento de prevenir o controlar el peligro. Por su parte la evitación, síntoma esencial para dicho modelo porque funciona como mecanismo de mantenimiento de la ansiedad, es valorado sólo en dos instrumentos, el ISRA y el SCL-90-R, de los doce analizados.

Las modificaciones a los ítems recibidas mediante el juicio experto refirieron en su mayoría a aspectos formales y no conceptuales. Se sugirió la utilización de determinados verbos o vocablos en los enunciados para discriminar dimensionalmente los síntomas que se pretendían medir. Asimismo, otros ítems fueron modificados, simplificándose la redacción para lograr mayor ajuste dimensional y evitar confundir los procesos involucrados.

De la prueba piloto se pudo recabar información en relación con todos los apartados de la escala. La escala Likert no resultó ser adecuada debido a que tanto las categorías que componían la escala como el estilo de respuesta llevaban a confusiones. Por un lado, se evidenciaron dificultades para discriminar las categorías intermedias y, por otro, el estilo de respuesta propiciaba dudas temporales en relación con el período que debía considerarse para valorar la presencia de la sintomatología. Por ello se la modificó simplificando la escala de medición y agregando mayor información a la consigna. Por otro lado, la redacción de algunos ítems no lograba ser clara. Las modificaciones abarcaron aspectos tales como la simplificación de la redacción y la presentación más explícita de cómo se manifiestan algunos síntomas que varían de persona a persona.

La EMA quedó así conformada por 150 ítems indicativos de 40 síntomas clínicos de ansiedad que integran los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y la teoría cognitiva de la ansiedad (Clark & Beck, 2012). Todos los análisis aquí realizados aportaron a las evidencias de validez de contenido y aparente de esta escala. Sin embargo, estos estudios son sólo el primer paso en su construcción. A posteriori, se deberá estudiar la dimensionalidad de la escala mediante estudios factoriales

con muestras mayores que den cuenta de su validez de constructo. Además, deberán obtenerse evidencias de validez externa mediante el análisis comparativo con otras medidas y evidencias de validez por grupos contrastados que garanticen su uso para el diagnóstico de psicopatología ansiosa. Todo ello deberá ser acompañado del estudio de aspectos relacionados a la confiabilidad y finalmente la transferencia tanto del instrumento de medición como de sus correspondientes baremos para su uso por parte de la comunidad científica y el ámbito de aplicación.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *DSM- IVTR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición*. Madrid: Panamericana.
- Amorim Gaudêncio, C. (1997). *Estudio transcultural de la ansiedad: Adaptación del ISRA a la población brasileña* (tesis doctoral inédita). Universidad, España.
- Amorim, C., Cano Vindel, A. & Miguel Tobal, J.J. (1996). Diferenças na manifestação da ansiedade entre a população geral e pacientes com transtornos de pele. *Psiquiatria Biológica*, 4, 101-107.
- Ansorena, A., Cobo, J., & Romero, I. (1983). El constructo ansiedad en Psicología: una revisión. *Estudios de Psicología*, 31-45.
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 327.
- Barlow, D., & Durand, V. M. (2013). *Abnormal Psychology. An integrative approach*. Canada: Cengage Learning.
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, 43(05), 897-910. <https://doi.org/10.1017/S003329171200147X>
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Beck, A., Brown, G., Epstein, N., & Steer, R. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-7. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>

- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of abnormal psychology, 96*(3), 179. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.96.3.179>
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2*. Minneapolis: University of Minnesota Press..
- Cano Vindel, A. C. & Tobal, J. J. M. (1990). *Evaluación mediante autoinforme de la reactividad cognitivo-fisiológica-motora ante diferentes situaciones: Diferencias individuales y situacionales*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Casullo, M. M. (1999). *Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínico, forense y laboral*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adolescentes y adultos: el SCL-90-R y los estudios epidemiológicos. *Psicología y Ciencia Social, 6*(1), 49-57.
- Cía, A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Polemos.
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: ciencia y práctica*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Collado, C. A. H. (2010). El ISRA como instrumento de evaluación en la República Dominicana. *Ciencia y sociedad, 35*(4), 588-597.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Neo PI-R professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Czernik, G., Almirón, L., Cuenca, E., & Mazzaro, B. (2005). Ansiedad y depresión en un barrio céntrico de la ciudad de Reconquista, Santa Fe. *Alcmeon, 142-147*.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas: manual*. Tea ediciones.
- Echeburúa, E. (1996) Evaluación psicológica de los trastornos de ansiedad. En G. B. Buela-Casal, V. E. Caballo, & J. C, Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (131-160). Madrid: Siglo Veintiuno editores.
- García Batista, Z., & Cano Vindel, A. (2014). Estandarización y validación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) en la población

de República Dominicana. *Summa psicol. UST*, 11(2), 81-99.

García Campayo, J., Caballero, F., Perez, M., & López, V. (2012). Prevalencia y síntomas del trastorno de ansiedad generalizada recién diagnosticado en los servicios de atención primaria: El estudio GADAP. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(3), 105-113.

González, M. T. (1993). Aproximación al concepto de ansiedad en psicología. *Aula. Revista de pedagogía de la Universidad de Salamanca*, 9-22.

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British journal of medical psychology*, 32(1), 50-5. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>

Hogan, T. (2004). *Pruebas psicológicas. Una introducción práctica*. México: El Manual Moderno.

Keegan, E. & Holas, P. (2010). Cognitive-behavior therapy. Theory and practice. En: Carlstedt, R. (Ed.) *Handbook of integrative clinical psychology, psychiatry and behavioral medicine. Perspectives, practices and research*. New York, Springer.

Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J. U. H. Shilen (Ed.), *Research in psychotherapy*, (pp. 90-102). Washington: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10546-004>

Lang, P. J. (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 75-125.

Leibovich de Figueroa, N. B. (1991). Ansiedad: algunas concepciones teóricas y su evaluación. En M. M. Casullo, N. B. Leibovich de Figueroa & M. Aszkenazi (Eds.), *Teoría y técnicas de evaluación psicológica* (pp. 123-155). Buenos Aires: Psicoteca.

Martínez Algeciras, K. A., & Rodríguez-Jiménez, O. R. (2015). Análisis exploratorio de la validez del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA) adaptado. *Acta colombiana de psicología*, 16(1), 57-66.

Martínez Sánchez, F., Cano Vindel, A., Castillo, J., Sánchez, J., Ortiz, B., & Gordillo, E. (1995). Una Escala Reducida de Ansiedad basada en el Inventario

- de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA): Un estudio exploratorio. *Anales de psicología*, 11(1), 97-104.
- Miguel Tobal, J. J. & Cano Vindel, A. (1986). *ISRA Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*. Madrid: Tea Ediciones.
- Navarro, G. E. R., Acevedo, E. R., Sánchez, M. D. G., & Delgado, O. E. L. (2016). Motivos de consulta psicológica en grupos etarios. *Investigación y Práctica en Psicología del Desarrollo*, 1(1), 221-228.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Barcelona: Masson.
- Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. *Comunicado de prensa*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Puchol Esparza, D. (2003). Los trastornos de ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI. *Revista psicológiccientifica.com*. Recuperado de: <http://www.psicológiccientifica.com/bv/psicologia-110-1-los-trastornos-de-ansiedad-la-epidemia-silenciosa-del-siglo-.htm>.
- Richaud, M. C., Lemos, V., & Oros, L. (2001). Adaptación argentina del NEO PI-R. *Actas de las V Jornadas de Integración Psicológica*, 35-36.
- Rodríguez, J. J., Kohn, R., & Aguilar Gaxiola, S. (Eds.). (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Pan American Health Org.
- Sanz, J. (1991): The specific traits of anxiety in the Anxiety Situations and Responses Inventory (ASRI -ISRA): construct validity and relationship to depression. *Psychological Assessment*, 2, 149-173.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clinica y Salud*, 25, 39-48. [https://doi.org/10.1016/S1130-5274\(14\)70025-8](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(14)70025-8)
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar e subjetividad*, 10-59.
- Snaith, R. P., Baugh, S. J., Clayden, A. D., Husain, A. & Sipple, M. A. (1982). The Clinical Anxiety Scale: an instrument derived from the Hamilton Anxiety

Scale. *British Journal of Psychiatry*, 141, 518-23. <https://doi.org/10.1192/bjp.141.5.518>

Spielberger, C., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. STAI (Form Y), Self evaluation questionnaire*. Palo Alto: CA: Consulting Psychologists Press.

Tornimbeni, S., Pérez, E., & Olaz, F. (2008). *Introducción a la psicometría*. Buenos Aires: Paidós.

Tyrer, P., Owen, R.T. & Cicchetti, D.V. (1989). The brief scale for an xiety: a subdivision of the comprehensive psychopathological rating scale. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 47(9), 970-975. <https://doi.org/10.1136/jnnp.47.9.970>

Via Alvarado, J. (2011). *Ansiedad en la consulta de guardia*. Recuperado de: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TrabajosCientificos/70.pdf>.

Welsh, G. S. (1956). Factor dimensions A and R. En: G.S. Welsh y E.G. Dahlstrom (Eds.). *Basic readings in the MMPI in psychology and medicine* (pp. 265-281). Minneapolis: University of Minnesota Press.

Wittchen, H. U., & Boyer, P. (1998). Screening for anxiety disorders: Sensitivity and specificity of the Anxiety Screening Questionnaire (ASQ—15). *The British Journal of Psychiatry*, 173(34), 10-17.

World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. Switzerland: World Healt Organization.

Zigmond, A.S.; Snaith R.P. (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6):361- 70. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Zung, W. W. K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12, 371-379. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(71\)71479-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(71)71479-0)



Este trabajo se encuentra bajo la licencia Creative Commons Attribution 4.0.