

Título Póster "Índice de Sensibilidad Ansiosa - 3: Traducción al castellano y evaluación de sus propiedades psicométricas con población de Buenos Aires"

Tipo de Producto Póster

Autores Solari, Adrián Amilcar

Código del Proyecto y Título del Proyecto

D15S06 - La alianza terapéutica en la terapia cognitiva conductual de pacientes con trastornos de ansiedad

Responsable del Proyecto

Solari, Adrián Amilcar

Línea

Psicología Clínica

Área Temática

Psicología

Fecha

Abril 2016

INSOD

Instituto de Ciencias Sociales y Disciplinas
Proyectuales

UADE 

Índice de Sensibilidad Ansiosa - 3: Traducción al castellano y evaluación de sus propiedades psicométricas con población de Buenos Aires. (*)

Solari A., Bogaizian D.

Palabras claves: Trastornos de Ansiedad - Sensibilidad Ansiosa - Índice de Sensibilidad Ansiosa - Traducción.

adsolari@uade.edu.ar

(*) La presente investigación se encuentra dentro de un proyecto ACyT Doctoral – UADE (D15S06)



Antecedentes:

La sensibilidad ansiosa (SA) se define como el miedo a los síntomas de ansiedad, estos temores serían el resultado de la creencia de que estas sensaciones pueden tener consecuencias catastróficas en el área física, social o psicológica (Reiss & McNally, 1985). La SA funciona como una amplificadora del miedo a las reacciones ansiosas, favoreciendo de este modo el desarrollo de distintos trastornos de ansiedad (Reiss, 1991). La evidencia muestra que una elevada SA se encuentra presente en dichos trastornos (Taylor, 1999).

La SA fue originalmente concebida y medida por el Anxiety Sensitivity Index como un constructo unidimensional (ASI-Peterson & Reiss, 1992). Posteriormente diversos análisis factoriales fueron realizados, arrojando diferentes resultados (Taylor, 1999). Taylor et. al (2007) desarrollaron la ASI-3, identificando 3 factores: preocupaciones somáticas, preocupaciones cognitivas y preocupaciones sociales.

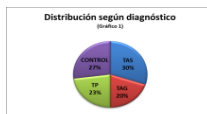
Método:

Participantes:

La muestra se conformó por 112 sujetos. 64% fueron mujeres. La edad media fue de 34 años (DS 10.7). Con respecto al nivel de estudio, tan solo 1 sujeto tenía el secundario incompleto, 30% secundario completo, 18% estudios terciarios (completos e incompletos), y universitario completo 35% e incompleto 17%. En relación al estado civil poco más de la mitad estaba soltero (55%), casado o en concubinato el 32%, y separado/divorciado el 13%.

La muestra constó 31 sujetos no clínicos (controles) y 81 clínicos. Los sujetos clínicos fueron seleccionados de un centro de atención de CABA especializado en el tratamiento de Trastornos de Ansiedad. Se incluyó aquellos sujetos que fueron diagnosticados como diagnóstico principal con TP, TAG o TAS de acuerdo a criterios DSM IV-TR por dos evaluadores independientes (Ver Gráfico 1).

Al momento de la entrevista de admisión en la institución completaron el ASI-3. Los sujetos controles fueron seleccionados de modo intencional no probabilístico. Reportaron no tener antecedentes de un trastorno mental ni estar en tratamiento en el área de salud mental. Tanto los sujetos clínicos como no clínicos firmaron el consentimiento informado para participar del presente estudio.



Instrumento:

Anxiety Sensitivity Index – 3 (ASI-3). Taylor et. al (2007) desarrollaron con fuerte respaldo empírico la (ASI-3), un instrumento psicométrico de 18 ítems que mide el nivel de preocupación por las consecuencias negativas de los síntomas de ansiedad. Posee 3 factores (6 ítems por factor): preocupaciones somáticas, preocupaciones cognitivas, preocupaciones sociales.

Objetivo:

El presente trabajo presenta la traducción al castellano del ASI-3 (Taylor et. al, 2007) y la evaluación de sus propiedades psicométricas con población de Buenos Aires.

Procedimiento:

Se realizó la adaptación lingüística y conceptual conforme al proceso de retrotraducción. Se realizó una matriz con todos los resultados obtenidos. Se realizaron los análisis correspondientes en SPSS (15.0) Fueron calculados el test de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett, ambas medidas mostraron pertinencia para conducir un análisis factorial con estos datos. Se realizó un análisis factorial exploratorio forzado a 3 factores, con una rotación Varimax. (Ver figura. 1) Para evaluar la confiabilidad del instrumento se analizaron los coeficientes alfa de Cronbach, estudiando la consistencia del puntaje total del instrumento y de cada uno de sus factores. Se compararon las medias obtenidas (ANOVA de un factor) entre la población clínica y la no clínica tanto para el puntaje total como para cada sub escala.

Resultados

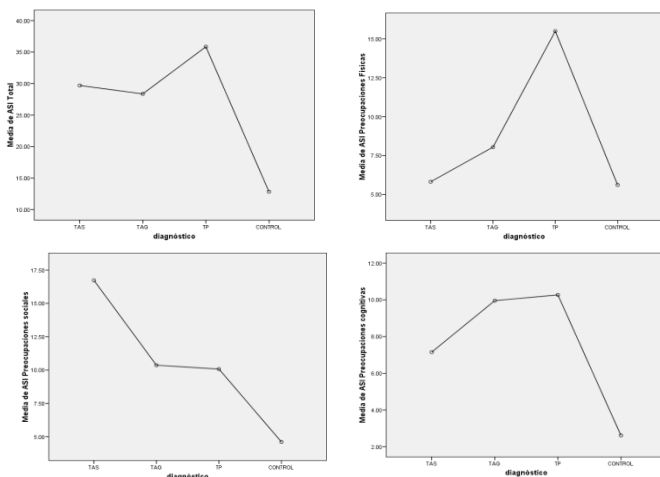
Consistencia interna

Los coeficientes alpha de Cronbach fueron adecuados tanto en la escala total como en cada factor por separado. Se obtuvo un puntaje de la escala total de $\alpha = .905$, preocupaciones sociales $\alpha = .857$, preocupaciones físicas $\alpha = .887$, preocupaciones cognitivas $\alpha = .900$.

Comparación entre grupos – Análisis de la Varianza de un Factor (ANOVA)

Se calculó una prueba de Análisis de la Varianza de un Factor (ANOVA) para examinar diferencias en el promedio de puntuación del ASI (total y de cada sub escala) en la población clínica (TAG-TP-TAS) y no clínica. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas. En la puntuación total entre la población clínica y no clínica. En la sub escala preocupaciones físicas medias mayores en el TP. En la sub escala preocupaciones sociales medias mayores en el TAS. La sub escala preocupaciones cognitivas no presentó diferencias significativas entre los sujetos clínicos pero sí con los controles. Resultando así, datos similares a los obtenidos en su versión original en inglés (Ver Gráfico 2)

Gráfico 2. Comparación entre grupos. Gráfico de Medias.



Variables	Componente		
	Preocup. Cognitivas	Preocup. Físicas	Preocup. Sociales
Me asusta cuando mi corazón late rápidamente.		.800	
Cuando tengo molestias estomacales, me preocupa que pudiera estar severamente enfermo.	.493	.396	
Cuando siento opresión en el pecho, me asusta que no sea capaz de respirar correctamente.		.828	
Cuando siento dolor en el pecho, me preocupa que pueda tener un ataque al corazón.		.836	
Cuando noto que mi corazón late fuerte, me preocupa que haya algo seriamente mal en mí.		.873	
Cuando siento que se me cierra la garganta, me preocupa que pudiera morir ahogado.		.738	
Cuando no puedo mantener mi mente en una tarea, me preocupa que pudiera estar volviéndome loco.	.841		
Me asusta cuando soy incapaz de poder mantener mi mente en una tarea.	.713		
Cuando me siento "desconectado" o disociado, me preocupa que quizás esté mentalmente enfermo.	.840		
Cuando mis pensamientos van muy rápido, me preocupa que pudiera estar volviéndome loco.	.827		
Cuando tengo dificultades en pensar claramente, me preocupa que haya algo mal en mí.	.709	.415	
Cuando mi mente queda en blanco, me preocupa que haya algo terriblemente mal en mí.	.519	.390	.393
Es importante para mí no parecer nervioso.			.798
Cuando tiemblo en presencia de otros, me da miedo lo que la gente pudiera pensar de mí.	.394		.718
Me preocupa que otra gente pueda notar mi ansiedad.	.341		.832
Me asusta cuando me sonrío frente a la gente.			.731
Cuando comienzo a transpirar en una situación social, temo que la gente pensará negativamente de mí.			.756
Pienso que sería horrible para mí desmayarme en público.	.347		.604

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Forzado a tres factores

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

b. Prueba de esfericidad de Bartlett < .001
KMO = .85

Conclusiones y limitaciones

- El instrumento mostró adecuados niveles de consistencia interna y la misma solución factorial que su versión original en inglés.
- La sub escala de preocupaciones físicas se asocia con el TP y la sub escala preocupaciones sociales con el TAS. Replicando los resultados obtenidos por su versión en inglés.
- El instrumento se muestra eficaz en diferenciar población clínica de no clínica
- Se cuenta así con un instrumento válido y confiable para evaluar la SA en nuestra población.
- Podría replicarse este estudio con un N mayor.
- Sería recomendable en un futuro realizar estudios de validez convergente y discriminante, ausentes en el presente trabajo.

Bibliografía:

- Peterson, R. A., & Reiss, S. (1992). *Anxiety Sensitivity Index revised manual*. Worthington, OH: IDS Publishing
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.
- Reiss, S., & McNally, R.J. (1985). Expectancy model of fear. En S. Reiss y R.R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107-122). New York: Academic Press.
- Taylor, S. (1999). Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Roth, L., et al. (2007). Initial Validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19 (2), 176-188.