

Resumen: El estudio de los trastornos de ansiedad ha generado un gran volumen de investigación en las últimas décadas. Sin embargo, la delimitación conceptual de los trastornos de ansiedad se ha mostrado como un tema especialmente complejo. Por un lado, existen dificultades para diferenciar de forma precisa los distintos trastornos y su sintomatología; por otro, nos encontramos con la dificultad adicional de delimitar los trastornos de ansiedad de otros trastornos asociados. Prueba de ello son las sucesivas transformaciones que han sufrido las distintas clasificaciones. Un problema añadido, pero no menos importante debido a sus implicaciones clínicas, es el referido a las características de la ansiedad en los distintos trastornos; siendo prácticamente inexistentes los trabajos en esta dirección.

En el presente estudio se exploran las características diferenciales de la ansiedad en distintos trastornos: fobia simple, fobia social, agorafobia, ansiedad generalizada y trastorno obsesivo-compulsivo. Para ello, se ha utilizado el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA-, que posibilita la evaluación de los tres sistemas de respuesta (Cognitivo, Fisiológico y Motor), el nivel general de Ansiedad y cuatro áreas situacionales en que estas reacciones tienen lugar.

Los resultados ponen de manifiesto la existencia de perfiles de respuesta concordantes o planos en cada uno de los grupos de trastornos y en el grupo de control, si bien se encuentran diferencias significativas al comparar unos grupos con otros. Respecto a los perfiles situacionales destacan las grandes diferencias encontradas tanto inter como intragrupo.

Palabras Clave: Ansiedad, trastornos de ansiedad, evaluación de ansiedad, perfiles de reactividad

Abstract: Anxiety disorders' research have generated a great amount of studies in last decades. However, their conceptual clarification still remain as one of the most complex issues. Firstly, there are difficulties in how to clearly differentiate several disorders and their symptomatology; secondly, there is an additional problem in how to differentiate anxiety disorders and other related disorders, which has implied the development and transformation of different nosologies. Furthermore, another clinical-related problem is the different anxiety characteristics in different disorders. This line of research has been poorly explored.

In the present study, differential anxiety characteristics of several disorders (simple phobia, social phobia, agoraphobia, generalized anxiety and obsessive-compulsive disorder) have been explored, by using the Inventory of Situations and Responses of Anxiety - ISRA-, which provides the assessment of the three response systems (cognitive, physiological and motor), the general level of anxiety and four specific areas in where such reactions take place.

Results show that there are concordant response profiles in each disorders' group and in controls, and significant differences have found when groups were compared. As well, there are high significant differences in situational profiles both in inter and intra-group comparisons.

Key words: Anxiety, anxiety disorders, anxiety assessment, reactivity profiles

Title: *Differential profiles in anxiety disorders*

Introducción

Hace ya una década que Tuma y Maser (1985) señalaban en el prólogo de su obra

"*Anxiety and the Anxiety Disorders*", que los años 80 podían ser denominados la década de la ansiedad. La principal preocupación de los investigadores en psicopatología se había centrado durante los años 50 y 60 en la esquizofrenia, durante los años 70 fueron los trastornos afectivos el foco de atención. A partir de los 80, los estudios sobre la ansiedad y sus

* Dirigir la correspondencia a: Dr. Juan José Miguel-Tobal. Dpto. de Psicología Básica (Procesos Cognitivos). Facultad de Psicología. Universidad Complutense. 28223 Campus de Somosaguas, Madrid.

© Copyright 1995: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

Artículo recibido: 26-7-95, aceptado: 11-8-95.

trastornos se multiplicaron en la literatura psicológica y psiquiátrica, y hoy a mitad de los 90, la afirmación de Tuma y Maser no solamente fue una predicción exacta para los años 80, sino que sigue siéndolo para los 90. Un buen ejemplo, entre otros, es el reciente nacimiento de la revista donde aparecen estas páginas.

La ansiedad es probablemente la más común y universal de las emociones. Entendida como reacción emocional ante la percepción de una amenaza o peligro va a estar presente a lo largo de toda la vida del individuo. De hecho, la ansiedad generada por estímulos y situaciones como los animales, el daño físico y la separación, suponen una "adquisición biológica temprana destinada a preservar a la infancia de posibles daños" (Echeburúa, 1992, p. 19), cobrando así un indudable valor no sólo en la preservación del individuo, sino también de la especie.

Los cambios que tienen lugar durante una reacción o estado de ansiedad, tales como aumento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea, elevación del tono muscular, aumento del ritmo respiratorio, disminución de las funciones digestiva, sexual, etc., sirven de preparación a ese organismo para llevar a cabo con más posibilidades de éxito un comportamiento de huida o ataque ante el estímulo amenazante, lo que indudablemente posee un alto valor adaptativo y de supervivencia.

Sin embargo, la reacción de ansiedad va a tener lugar frecuentemente de forma poco adaptativa y ante situaciones que poco tienen que ver con la supervivencia. Cuando alguien tiembla al ser observado, nota sequedad en su boca antes de comenzar a hablar, o siente cómo su corazón se acelera al pensar en sus problemas, están apareciendo manifestaciones de esa reacción emocional, a la que denominamos ansiedad, sin que podamos atribuirle un valor adaptativo (Miguel-Tobal, 1994).

La conceptualización de la ansiedad ha variado notablemente en las últimas décadas.

Las investigaciones sobre activación y emoción realizadas hasta los años 60 suponían la existencia de un único proceso de activación en el que los sistemas autonómico, cortical y somático están perfectamente acoplados e integrados. Los primeros estudios psicofisiológicos sobre la ansiedad partieron del concepto de activación tal y como había sido propuesto por Cannon (1915), como una activación generalizada e indiferenciada procedente del sistema nervioso simpático. Posteriormente, Duffy (1962, 1972) reformuló el concepto de activación, señalando la existencia de una activación, tanto general como específica, que da lugar a un patrón de respuesta variable y que se ajusta a las situaciones estímulares particulares.

Sin embargo, en diversos trabajos aparecían resultados contrarios a las predicciones del Modelo Unidimensional de Activación, encontrándose de manera reiterada correlaciones bajas o nulas entre diferentes medidas fisiológicas de activación, así como entre índices fisiológicos, conductuales y subjetivos. En 1967, Lacey realizó un análisis crítico del modelo unidimensional, en el que se manifestaban serias objeciones a la unidimensionalidad de la activación. En este estudio se ponían de relieve, entre otras cuestiones, la disociación existente entre los índices de activación fisiológica y los de activación conductual, las bajas correlaciones entre distintos índices de activación fisiológica, y la existencia de patrones específicos de respuesta.

Lang en 1968, basándose en las críticas expuestas, señala que las emociones se manifiestan mediante un conjunto de respuestas que pueden agruparse en tres categorías o sistemas -cognitivas, fisiológicas y motoras o conductuales- que correlacionan escasamente entre sí. En 1971 acuña el término "Triple sistema de respuestas" dando lugar a la Teoría Tridimensional de la Ansiedad. Esta observación coincide con las críticas de Lacey (1967) al modelo unidimensional de la activación

(Cannon, 1927, 1931), y ha sido posteriormente comprobada en gran número de trabajos donde se obtuvo como resultado que las distintas modalidades de respuesta no concordaban entre sí o existían entre ellas relaciones parciales (Rachman y Hodgson, 1974; Borkovec et al., 1974; Cohen, 1977; Michelson, 1986).

Las críticas a la concepción unidimensional de la ansiedad, dieron paso a una nueva concepción de carácter multidimensional. La ansiedad, definida en estos términos engloba una serie de respuestas, que suponen una combinación de reacciones cognitivas, fisiológicas y motoras. Estas respuestas son producidas por algún estímulo identificable, bien de carácter cognitivo-subjetivo, fisiológico o ambiental. A pesar de que no se posee aún una explicación exacta de los contenidos de cada sistema y de que existen divergencias entre los diversos autores sobre lo que debe entenderse por respuestas del sistema cognitivo y, en menor medida, respuestas del sistema fisiológico (Cone y Hawkins, 1977; Fernández Ballesteros, 1983), lo cierto es que esta delimitación o agrupación de las distintas respuestas de ansiedad en tres sistemas se encuentra ampliamente difundida, existiendo clasificaciones de gran utilidad, como la establecida por Bellack y Lombardo (1984).

Tratando de integrar los puntos anteriormente señalados, la ansiedad puede ser definida como una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del S.N.A. y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc. que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. El tipo de estímulos (in-

ternos y externos) capaces de evocar la respuesta de ansiedad estará, en gran parte, determinado por las características del sujeto, existiendo notables diferencias individuales en cuanto a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante las diversas situaciones (Miguel-Tobal, 1990).

La ansiedad como patología

Hasta aquí hemos considerado la ansiedad como una respuesta emocional normal que surge como respuesta del individuo ante determinadas situaciones y circunstancias. Sin embargo, cuando su frecuencia, intensidad o duración sean excesivas, dando lugar a la aparición de limitaciones, más o menos importantes, en la vida del individuo y en su capacidad de adaptación al medio circundante, hablaremos de ansiedad patológica.

La ansiedad no solamente va a constituir la base de los denominados trastornos de ansiedad, sino que va a estar asociada frecuentemente a la depresión, y en general a los distintos trastornos considerados tradicionalmente como neuróticos, a buena parte de los trastornos psicóticos y a una amplia variedad de trastornos psicofisiológicos, entre los que cobran especial importancia los trastornos cardiovasculares, la úlcera péptica, las cefaleas, el síndrome premenstrual, el asma, los trastornos dermatológicos, etc. A ello habría que añadir el papel destacado que juega la ansiedad en los trastornos sexuales, la conducta adictiva, los trastornos de la alimentación, etc., y los recientes hallazgos sobre su influencia en la debilitación del sistema inmune.

Como puede observarse por la amplia gama de problemas relacionados con la ansiedad, podríamos afirmar que esta va a ser un elemento central en psicopatología y en buena parte de otros problemas relacionados con la salud, dando lugar a que las personas aquejadas de ansiedad pueblen las consultas de atención primaria de los hospitales y centros

de salud, ocasionando un considerable coste económico para cualquier sistema sanitario.

Los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad, por sí solos, suponen la patología psicológica más frecuente, seguidos de los trastornos afectivos y el consumo excesivo de drogas y alcohol, siendo su tasa de prevalencia-vida del 19,5% para las mujeres y del 8% para los varones (Robins, Helzer y Weissman, 1984).

La clasificación de dichos trastornos ha sufrido múltiples variaciones en los últimos años. Así en la DSM-III (APA, 1980) se recogían siete trastornos agrupados en tres categorías: 1) *Trastornos fóbicos*, que incluían la

fobia simple, la fobia social y la agorafobia. 2) *Estados de ansiedad*, donde se incluían la ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo. 3) *Estrés postraumático*, caracterizado por una ansiedad excesiva como consecuencia de un suceso traumático.

Posteriormente, nosologías como la DSM-III-R (APA, 1987) o la CIE-10 (OMS, 1992) vertebraban los trastornos de ansiedad de manera diferente, aunque con notables similitudes. Tomaremos para ilustrar este punto la tabla elaborada por Echeburúa y de Corral (1992) en la que se ha alterado el orden clasificatorio con el fin de facilitar la comparación (Ver Tabla 1).

Tabla 1: Clasificación de los trastornos de ansiedad en la DSM-III R y en la CIE-10

CIE-10	DSM-III R
F40 Trastornos fóbicos F40.0 Agorafobia	300.21 Trastornos de pánico con agorafobia 300.22 Agorafobia sin historia de trastorno de pánico
F40.1 Fobia social F40.2 Fobia específica	300.23 Fobia social 300.29 Fobia simple
F41 Otros trastornos de ansiedad F41.0 Trastornos de pánico F41.1 Trastornos de ansiedad generalizada F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión	300.01 Trastorno de pánico sin agorafobia 300.02 Trastorno de ansiedad generalizada
F42 Trastorno obsesivo-compulsivo	
F43 Reacciones al estrés intenso y trastornos de adaptación F43.0 Reacción de estrés aguda F43.1 Trastorno de estrés postraumático F43.2 Trastorno de adaptación	300.30 Trastorno obsesivo-compulsivo 300.89 Trastorno de estrés postraumático 309.24 Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso
F60.6 Trastorno de personalidad ansiosa por evitación	301.82 Trastorno de personalidad por evitación

Tomado de Echeburúa y de Corral (1992, p. 25).

Más recientemente, en la DSM-IV (APA, 1994/1995) se modifica nuevamente la clasificación. En la Tabla 2 pueden verse los trastornos de ansiedad incluidos en la DSM-IV con sus códigos, así como los correspondientes en la CIE-10, para facilitar la comparación.

Tabla 2: Clasificación de los trastornos de ansiedad en la DSM-IV y códigos equivalentes en la CIE-10

Códigos DSM-IV	TRASTORNOS DE ANSIEDAD. DSM-IV	Códigos CIE-10
300.01	Trastorno de pánico sin agorafobia	F41.0
300.21	Trastorno de pánico con agorafobia	F40.01
300.22	Agorafobia sin ataque de pánico	F40.00
300.29	Fobia específica	F40.2
300.23	Fobia social	F40.1
300.3	Trastorno obsesivo-compulsivo	F42.8
309.81	Trastorno por estrés postraumático	F43.1
308.3	Trastorno por estrés agudo	F43.0
300.02	Trastorno de ansiedad generalizada	F41.1
293.89	Trastorno de ansiedad debido a enfermedad	F06.4
Variable	médica	Variable
300	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	F41.9
	Trastorno de ansiedad no especificado	

En la DSM-IV se indica que en los distintos trastornos de ansiedad pueden aparecer ataques de pánico y agorafobia, por lo que los criterios diagnósticos de estas dos entidades se presentan por separado al principio de la sección correspondiente. La fobia simple ha pasado a denominarse fobia específica por razones de compatibilidad con la CIE-10. La fobia social subsume el trastorno por evitación de la infancia del DSM-III-R. Se clarifica la distinción entre obsesiones y compulsiones. Se incluye una nueva categoría, trastorno por estrés agudo. El trastorno de ansiedad generalizada subsume el de ansiedad excesiva en la infancia del DSM-III-R. El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica era denominado trastorno de ansiedad orgánica en el DSM-III-R, siendo ahora recogido en esta

sección de trastornos de ansiedad. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se recogía también en el DSM-III-R en el denominado trastorno de ansiedad orgánica, su código varía dependiendo del tipo de sustancia.

La DSM-IV caracteriza los distintos trastornos de la siguiente forma:

- *Ataque de pánico o crisis de angustia*: se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo intenso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Aparecen también durante estos ataques síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a perder el control o “volverse loco”.

- *Agorafobia*: se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso, o bien donde sea imposible buscar ayuda en el caso de que aparezca un ataque de pánico o síntomas similares.
- *Trastorno de pánico sin agorafobia*: se caracteriza por ataques de pánico repetidos e inesperados que causan un estado de ansiedad permanente en el paciente.
- *Trastorno de pánico con agorafobia*: se caracteriza por ataques de pánico y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.
- *Agorafobia sin historia de trastorno de pánico*: se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares en un individuo sin antecedentes de ataques de pánico inesperados.
- *Fobia específica*: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- *Fobia social*: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- *Trastorno obsesivo-compulsivo*: se caracteriza por obsesiones, que causan ansiedad y malestar significativos, y/o compulsiones, cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad. Las obsesiones son ideas recurrentes, persistentes, absurdas y generalmente desagradables que aparecen con gran frecuencia sin que el individuo pueda evitarlas. Las compulsiones son comportamientos repetitivos y estereotipados que se realizan en forma de rituales.
- *Trastorno por estrés postraumático*: se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de activación o arousal y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con la situación traumática.
- *Trastorno por estrés agudo*: se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.
- *Trastorno de ansiedad generalizada*: se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses.
- *Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica*: se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
- *Trastorno de ansiedad inducido por sustancias*: se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.
- *Trastorno de ansiedad no especificado*: se ha incluido para acoger a aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad ya mencionados.

A pesar de que existe un cierto acuerdo sobre cuáles son los trastornos de ansiedad y sus características, no existe, en muchos casos, una clara línea divisoria entre unos y otros, produciéndose con frecuencia solapamientos entre ellos, y en algunos casos con la depresión. Interesantes consideraciones sobre estos aspectos pueden verse en Gelder (1989); Tyrer (1989) y Echeburúa y de Corral (1992).

Un problema de índole diferente, y de no menos importancia dadas sus implicaciones en la práctica clínica, es el referido a las características de la ansiedad en los distintos trastornos; siendo prácticamente inexistentes los trabajos en esta dirección.

Los grandes cambios teóricos surgidos desde finales de los años 60 en el estudio de la ansiedad no se han visto suficientemente reflejados en las técnicas e instrumentos de evaluación, especialmente en los más empleados, los autoinformes, lo que ha dificultado la consolidación de una línea de investigación sistemática centrada en el estudio de los distintos aspectos de la ansiedad en los diferentes trastornos.

Los trabajos de Lacey (1967) y Lang (1968), poniendo de manifiesto la multidimensionalidad de la respuesta de ansiedad y la actuación de tres sistemas de respuesta relativamente independientes, y, por otro lado, la aparición del modelo interactivo (Endler, 1973) destacando la multidimensionalidad del rasgo de ansiedad (Endler y Magnusson, 1974, 1976) y la existencia de diferencias individuales en cuanto a la propensión a reaccionar de forma ansiosa ante diversos tipos de situaciones y no ante otras, suponen un avance teórico todavía no suficientemente aprovechado en el estudio de los trastornos de ansiedad.

Tratando de reflejar las implicaciones de estos avances teóricos en un instrumento de evaluación, elaboramos el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA- (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986, 1988 y 1994). El ISRA es un instrumento de autoinforme que lleva a cabo una evaluación multidimensional e interactiva de la ansiedad, posibilitando la valoración por separado de los tres sistemas de respuesta (Cognitivo, Fisiológico y Motor), el rasgo general de ansiedad y cuatro áreas situacionales o rasgos específicos (Ansiedad ante la evaluación, Interpersonal, Fóbica y ante Situaciones de la vida cotidiana).

En estudios anteriores (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1992, 1993; Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1993, 1994; Espada et al., 1994) se han explorado mediante el ISRA las características diferenciales de la ansiedad en

distintos trastornos de ansiedad, profundizando también en el amplio campo de los trastornos psicofisiológicos (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1990; Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1990, 1991; Martínez-Sánchez et al., 1993; Pérez-Pareja et al., 1994; Miguel-Tobal y Casado, 1994; Casado, 1994). Estos estudios han puesto de manifiesto la existencia de perfiles característicos de distintas patologías que pueden ser de gran interés tanto en la investigación como en la práctica clínica.

Más recientemente, Espada (1995) ha presentado un extenso trabajo en el que se ponen a prueba un amplio conjunto de hipótesis relacionadas con distintos trastornos de ansiedad y depresión, utilizando para ello el ISRA. Los resultados mostraban nuevamente la existencia de características diferenciales de los trastornos estudiados y la adecuación del ISRA para este tipo de investigación.

Es nuestro propósito en el presente trabajo el estudio de los perfiles de respuesta y situacionales característicos de la fobia simple, la fobia social, la ansiedad generalizada, la agorafobia, y el trastorno obsesivo compulsivo, partiendo para ello de la amplia base de datos que durante los últimos cinco años se ha ido formando a este efecto

Método

Muestra

La muestra total de este trabajo estuvo compuesta por 237 sujetos (168 mujeres y 69 varones), de los cuales 147 presentaban distintos trastornos de ansiedad.

Los sujetos con trastornos de ansiedad fueron clasificados según la DSM-III-R (A.P.A., 1987/88) en los siguientes grupos: fobia simple (N=16), agorafobia (N=16), ansiedad generalizada (N=62), fobia social (N=33) y trastorno obsesivo-compulsivo (N=20). La casi totalidad de estos sujetos fueron evaluados al acudir a consulta psicológica en distintos centros, salvo un pequeño número de sujetos, con

fobia simple o fobia social, que no había demandado atención psicológica.

Debemos señalar la gran dificultad para obtener estas muestras ya que el presente estudio requiere de “trastornos puros”, es decir, cuadros clínicos que no presenten otras patologías asociadas, y es bien sabido el alto índice de comorbilidad de los trastornos de ansiedad, y su asociación con otras patologías, como depresión, trastornos psicofisiológicos, etc. La tasa de prevalencia de comorbilidad en los trastornos de ansiedad es del 68%, según el Munich Follow-up Study -M.F.S. (Witt-

chen, 1987), lo que significa que dos de cada tres pacientes presentan además algún otro cuadro clínico. Esto supuso tener que desecharse un porcentaje importante de los sujetos inicialmente explorados.

El grupo control estuvo formado por 90 sujetos, sin trastornos de ansiedad y sin ningún otro trastorno psicológico o médico.

La distribución de los sujetos por grupo y sexo y la edad media de cada uno de los grupos puede verse en la Tabla 3. En la Figura 1 pueden verse representados los tamaños relativos de cada grupo en ambos sexos.

Tabla 3: Edad media y tamaño (N) de cada grupo por sexo

EDAD (N)	Fobia Simple	Agorafobia	Ansiedad Gralizad.	Fobia Social	Obsesión Compuls.	Grupo Control
Mujeres	29 (11)	33,3 (13)	33 (46)	22,6 (21)	35,9 (8)	36,3 (69)
Varones	26,2 (5)	33,7 (3)	33,8 (16)	29,8 (12)	29,1 (12)	39,3 (21)
Total	28,1 (16)	33,4 (16)	33,2 (62)	25,2 (33)	31,8 (20)	37 (90)

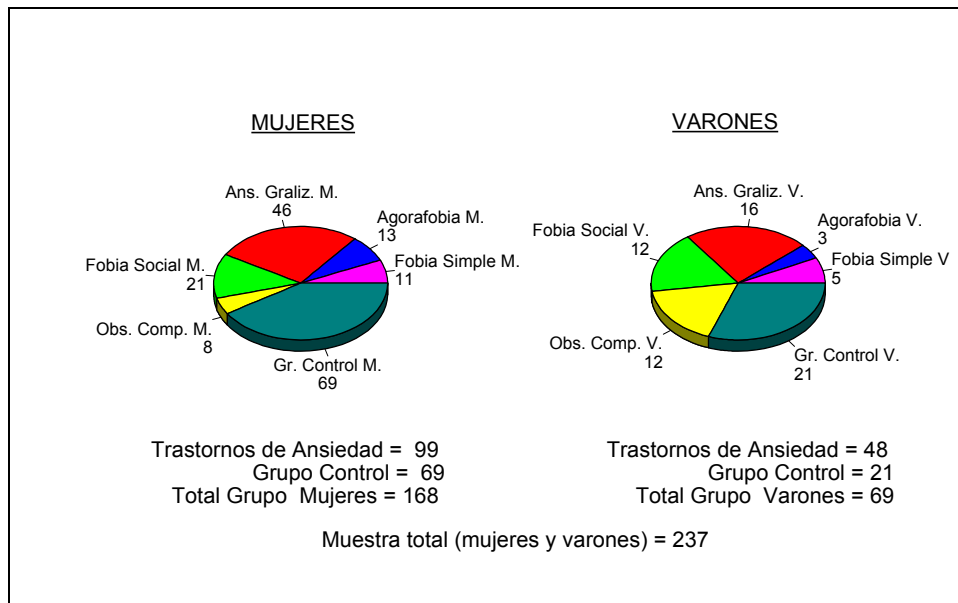


Figura 1. Tamaños de los grupos.

Instrumentos

Todos los sujetos fueron entrevistados con el fin de ser diagnosticados según los criterios

de la D.S.M. III-R (1987/1988). Además, todos rellenaron el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -I.S.R.A. (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986, 1988, 1994).

El ISRA es un inventario con formato interactivo (SxR) que contiene 22 situaciones potencialmente ansiógenas y 24 respuestas de ansiedad. Las 22 situaciones han sido agrupadas en cuatro áreas situacionales o rasgos específicos de ansiedad: situaciones de evaluación, situaciones interpersonales, situaciones fóbicas y situaciones de la vida cotidiana. Las respuestas se agrupan en tres subescalas que evalúan los tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor. La suma de estas tres subescalas (el total de la prueba) proporciona una medida del nivel general de ansiedad o rasgo general de ansiedad. Así pues, con este inventario se obtienen ocho puntuaciones en ansiedad: las cuatro áreas situacionales, los tres sistemas de respuesta y el nivel general de ansiedad.

Procedimiento

Todos los sujetos han sido evaluados individualmente mediante entrevista y el ISRA. El motivo de la evaluación de casi todos los sujetos clínicos fue el inicio de una intervención psicológica para ser atendidos por su trastorno de ansiedad. En los demás casos, se pidió la participación voluntaria en la investigación y se ofreció a cambio una devolución de resultados.

La acumulación de un número tan importante de casos clínicos ha exigido lógicamente la colaboración de varios psicólogos clínicos y diferentes centros de tratamiento, a lo largo de varios años. A pesar de este esfuerzo, es necesario seguir acumulando datos que vayan confirmando los resultados que aquí se presentan.

A la dificultad de obtención de muestras clínicas hay que añadir otros dos problemas a la hora de comparar los distintos grupos entre sí: el primero, es la distribución de la variable

sexo en cada grupo, quizás la variable extraña más importante cuando se compara el nivel de ansiedad de dos grupos; el segundo, es de tipo estadístico y se refiere al número de grupos que se comparan (cuantos más grupos se comparan entre sí, las diferencias entre grupos han de ser mayores para que resulten estadísticamente significativas).

Como es sabido, por lo general, las mujeres presentan niveles de ansiedad más altos que los varones, cuando se evalúa mediante autoinforme. Si no se controla esta variable, las diferencias entre subgrupos podrían deberse al trastorno o al influjo de dicha variable. El control de la variable sexo podría haberse llevado a cabo manteniendo constante la proporción de varones y mujeres en cada subgrupo; sin embargo, la incidencia de los diferentes trastornos de ansiedad es desigual sobre cada uno de los sexos: por lo general, se encuentra una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en mujeres, pero en algunos trastornos esta tendencia se rompe, como en el caso de las obsesiones. Por lo tanto, para equiparar todos los grupos con la misma proporción de varones y mujeres, sería necesario eliminar un buen número de sujetos clínicos, por otra parte difíciles de conseguir. A su vez, otro problema que plantea esta estrategia de investigación es que al final podríamos obtener el perfil de ansiedad, no de un trastorno, sino de un trastorno con una determinada proporción de varones y mujeres, que podría ser diferente al cambiar dicha proporción. Por todo ello, hemos optado por estudiar los perfiles de ansiedad de cada trastorno de manera separada para cada sexo. El problema que plantea esta estrategia alternativa es que algún subgrupo queda con un número reducido de sujetos, lo que hace que las diferencias tengan que ser mayores para alcanzar el grado de significación y, en definitiva, estemos en este caso manejando resultados no definitivos; sin embargo, este problema podrá ser resuelto en

el futuro si continuamos acumulando nuevos casos.

El problema de la proliferación de grupos a comparar (y la consiguiente reducción de los niveles de significación) podría haberse resuelto optando por diferentes estudios, cada uno de ellos con un número reducido de grupos, pero esta estrategia no permite la posterior comparación de los diferentes estudios entre sí. Por ello, decidimos llevar a cabo un único estudio, comparando todos los grupos entre sí, y realizando dicha comparación por separado para mujeres y varones.

Para intentar salvar los problemas de tipo estadístico que plantea el análisis de muchos grupos, alguno de tamaño reducido, con varianzas desiguales, etc., se llevó a cabo una

doble estrategia, paramétrica y no paramétrica, que nos ayudará a hacernos una mejor idea de la significación de las diferencias encontradas entre los distintos trastornos de ansiedad. Esta ingente cantidad de análisis de los datos se presenta de manera muy simplificada, ofreciendo una descripción de las principales características que presentan los diferentes trastornos de ansiedad cuando se evalúan mediante el ISRA.

Resultados

Las medias y desviaciones típicas de cada una de las ocho variables que mide el ISRA, en las mujeres de cada grupo pueden verse en la Tabla 4.

Tabla 4: Medias y desviaciones típicas de las mujeres en cada grupo para las ocho variables del ISRA.

		Fobia Simple	Agorafobia	Ansiedad Gralizada	Fobia Social	Obsesión Compuls	Grupo Control
COGNIT.	Media	68.091	150.615	121.587	115.429	120.375	66.116
	D.T.	18.663	28.608	30.415	33.534	28.254	31.593
FISIOLOG	Media	35.364	94.385	88.489	72.286	74.688	34.645
	D.T.	10.900	38.820	34.391	22.992	25.488	26.347
MOTOR	Media	44.000	93.077	88.065	74.143	81.625	44.087
	D.T.	16.679	45.897	29.830	25.720	25.394	29.046
TOTAL	Media	147.455	338.077	298.141	261.857	276.687	144.848
	D.T.	35.637	94.796	76.299	70.410	62.389	75.952
F1 (Eval.)	Media	62.636	130.692	136.457	119.476	122.000	67.275
	D.T.	16.421	41.379	35.586	30.779	38.158	31.383
F2 (Interp)	Media	10.818	36.615	34.326	41.095	21.000	16.638
	D.T.	6.911	14.546	14.200	12.857	10.770	13.263
F3 (Fób.)	Media	45.455	109.385	63.609	62.381	72.250	30.638
	D.T.	32.488	34.810	30.045	28.435	32.893	24.312
F4 (Cotid)	Media	20.182	44.923	42.609	29.524	38.875	14.246
	D.T.	10.038	16.266	18.098	18.099	15.366	12.684

Con el fin de realizar comparaciones intra-grupo y comprobar si los perfiles de cada trastorno son planos o presentan diferencias entre los tres sistemas de respuesta, por un lado, o entre los cuatro rasgos específicos, por otro,

se tipificaron las puntuaciones directas obtenidas mediante el ISRA. Con las puntuaciones típicas se llevaron a cabo cuatro análisis de varianza intragrupo (varones y mujeres por sistemas de respuesta y rasgos específicos),

incluyendo además el factor “trastorno de ansiedad” (intergrupo). Cuando resulte significativa la interacción entre los dos factores (grupo y medidas repetidas), querrá decir que el perfil de algún grupo es no concordante o diferente del perfil plano, lo que requerirá análisis posteriores sobre qué medidas repetidas difieren entre sí y en qué grupo sucede esto. Si, por el contrario, dicha interacción no es significativa, servirá de apoyo a la hipótesis de un perfil plano o concordante en cada uno de los seis grupos estudiados. Usamos el término perfil concordante para referirnos al acoplamiento entre los distintos sistemas de respuesta, es decir a la ausencia de diferencias significativas entre el nivel de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras.

Las puntuaciones típicas también han servido para la representación gráfica de los perfiles, tanto de los tres sistemas de respuesta como de los cuatro rasgos específicos. El análisis visual de los perfiles es mucho más intuitivo

que todos los análisis de datos que puedan llevarse a cabo, por lo que consideramos que la representación gráfica de los perfiles obtenidos es fundamental, es un resultado en sí mismo, más que una herramienta de ayuda.

El análisis de varianza sobre los tres sistemas de respuesta (6 grupos x 3 sistemas) arrojó un resultado negativo en la interacción “grupo por sistemas”, tanto en mujeres ($F_{10,324}=1.42$, $p<.1699$) como en varones ($F_{10,126}=1.61$, $p<.1119$), lo que indica que los seis grupos estudiados presentan perfiles de respuesta concordantes (no existen diferencias significativas entre el nivel de ansiedad cognitivo, fisiológico y motor, dentro de cada grupo diagnóstico ni en el grupo de control).

En la Figura 2 pueden verse los perfiles de respuesta de los seis grupos de mujeres estudiados. Como puede observarse, tanto los grupos de trastornos de ansiedad como el grupo control, presentan perfiles concordantes en los tres sistemas de respuesta.

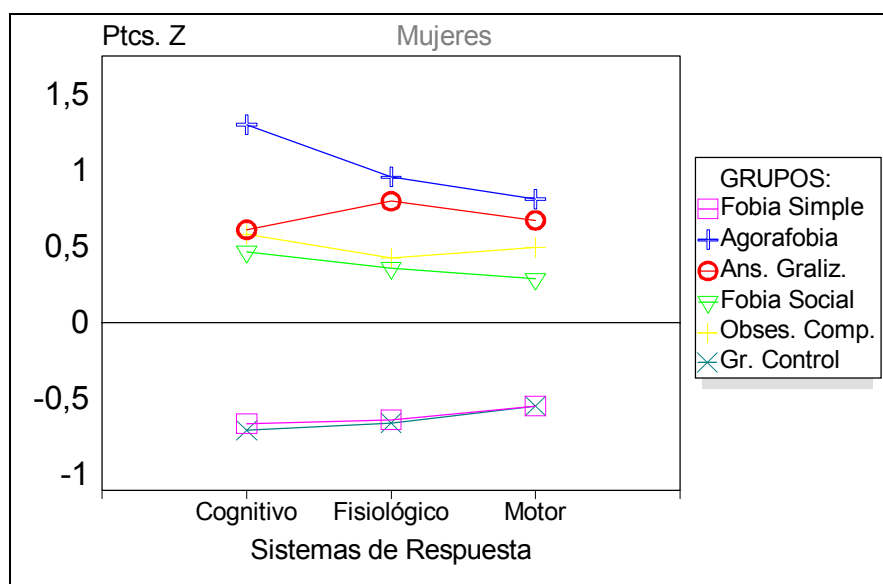


Figura 2. Perfil de sistemas de respuesta en los trastornos de ansiedad y grupo control, para mujeres

Igualmente en la Figura 3 pueden verse los perfiles de respuesta de los varones, donde se aprecia también que los seis grupos presentan perfiles concordantes en los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor).

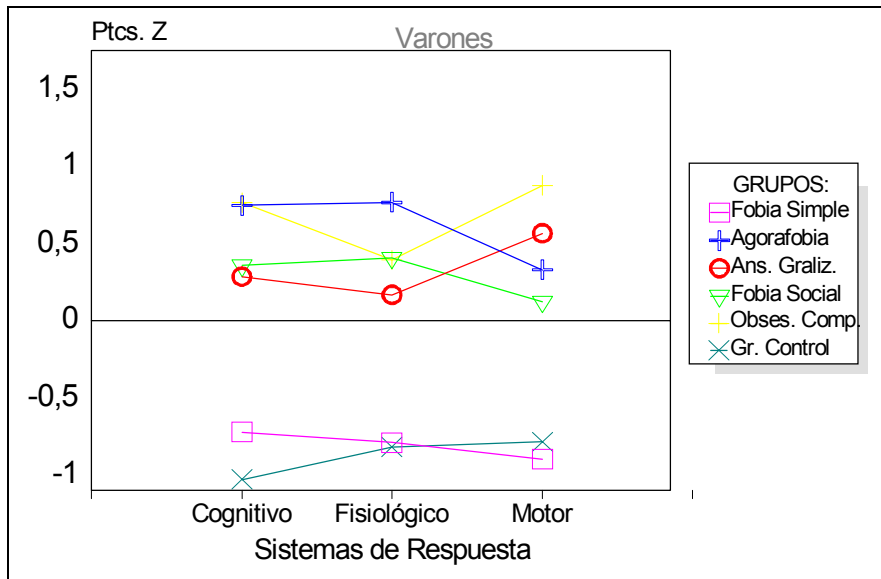


Figura 3. Perfil de sistemas de respuesta en los trastornos de ansiedad y grupo control, para varones.

Si queremos comparar visualmente los perfiles de respuesta de mujeres y varones tendríamos que representar doce perfiles en un único gráfico, para evitar la excesiva complejidad de éste hemos realizado dicha comparación en dos gráficos. En la Figura 4 pueden verse los perfiles de respuesta de tres de los cinco trastornos de ansiedad (fobia simple, agorafobia y fobia social), más el del grupo control, para ambos sexos.

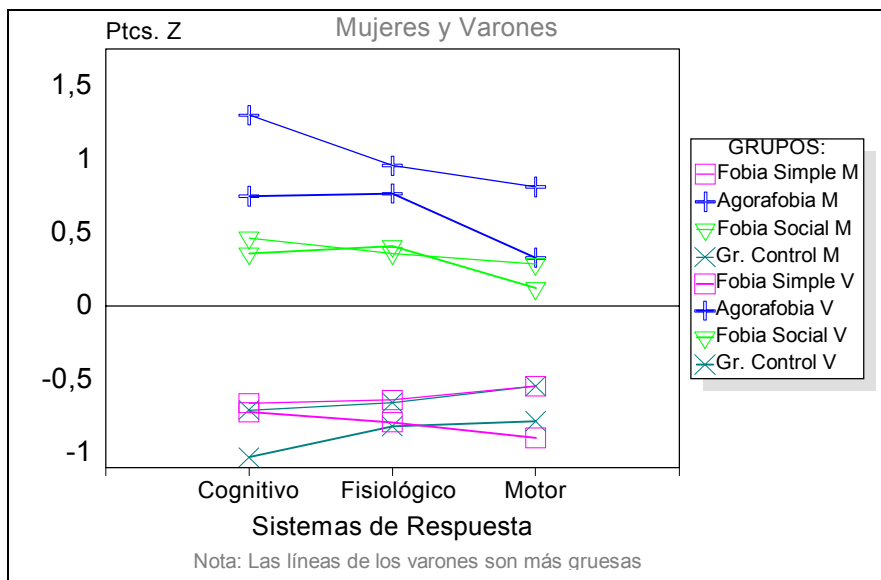


Figura 4. Perfil de Sistemas de respuesta en los trastornos de ansiedad y grupo control, para mujeres y varones (I).

No se aprecian diferencias importantes entre los perfiles de mujeres y varones en estos grupos, tan sólo en el grupo de agorafobia las mujeres pueden presentar un nivel de ansiedad ligeramente superior en los sistemas cog-

nitivo y motor, aunque no es objeto de estudio específico de este trabajo analizar tales diferencias.

Los perfiles de respuesta de mujeres y varones en los otros dos trastornos de ansiedad

estudiados (ansiedad generalizada y trastorno obsesivo-compulsivo), más el grupo control han sido representados en la Figura 5. En ella se aprecia que los varones tienden a presentar un nivel inferior al de las mujeres, salvo en el

trastorno obsesivo-compulsivo. Las mayores diferencias se aprecian en el trastorno de ansiedad generalizada a nivel fisiológico, donde las mujeres tienden a puntuar más alto que los varones.

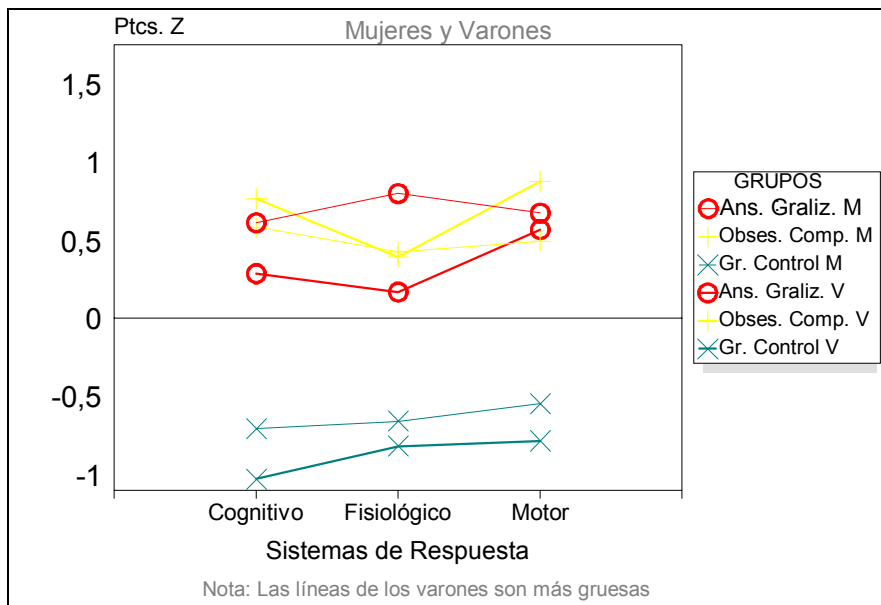


Figura 5. Perfil de sistemas de respuesta en los trastornos de ansiedad y grupo control, para mujeres y varones (II).

La conclusión que podemos extraer del análisis intragrupo de los perfiles de respuesta es que, tanto para los trastornos de ansiedad como para el grupo control, no existe discordancia entre los tres sistemas de respuesta **como grupo**. Ahora bien, como es sabido algunos individuos sí presentan perfiles de respuesta discordantes; fenómeno éste que ha llevado a desarrollar toda una línea de investigación sobre cuáles serán las técnicas de tratamiento más eficaces para cada tipo de perfil discordante (predominantemente cognitivo, fisiológico, o motor). Por lo tanto, parece que al agrupar los perfiles de respuesta de distintos individuos (unos concordantes y otros discordantes) tienden a equilibrarse, resultando un perfil de grupo concordante en todos los casos. Es decir, el perfil de respuesta sería una

característica propia del individuo y no de la patología que éste presenta.

Por el contrario, el análisis de varianza sobre los cuatro rasgos específicos (6 grupos x 4 rasgos específicos) sí que reflejó una interacción significativa “grupo por rasgo específico”, tanto en mujeres ($F_{15,486}=7.25$; $p<.0000$) como en varones ($F_{15,189}=5.59$; $p<.0000$), lo que indica que algunos grupos presentan un perfil no plano en los cuatro rasgos específicos o áreas situacionales (situaciones de evaluación -F1-, situaciones interpersonales -F2-, situaciones fóbicas -F3- y situaciones de la vida cotidiana -F4). Con el fin de estudiar el perfil situacional de cada grupo se llevaron a cabo una serie de análisis de varianza para contrastes intragrupo en los que se analizaron

distintas hipótesis sobre diferencias entre los rasgos específicos.

En efecto, si observamos la representación gráfica de los perfiles de rasgos específicos de

ansiedad de los seis grupos de mujeres (Figura 6), podemos ver como algunos perfiles (la mayoría) ya no son planos para las cuatro áreas situacionales que se han evaluado.

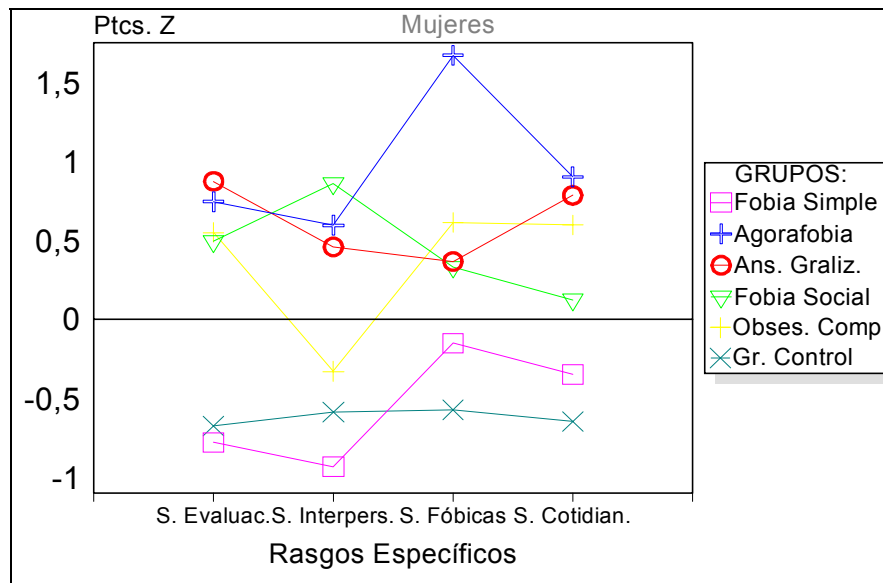


Figura 6. Perfil de rasgos específicos (áreas situacionales) en los trastornos de ansiedad y grupo control, para mujeres.

Lo mismo sucede en la Figura 7, donde se han representado los perfiles situacionales de los seis grupos de varones: tampoco los perfiles son concordantes, sino que en su mayoría presentan diferencias entre los rasgos específicos o áreas situacionales.

En el grupo de mujeres diagnosticadas de fobia simple nos encontramos con un perfil discordante ($F_{3,30}=3.79$; $p<.0205$). Analizado dicho perfil comprobamos que los datos de este grupo no son compatibles con la hipótesis de un perfil situacional que adopte la forma de un único pico en F3, es decir mayor puntuación en el rasgo específico de ansiedad ante situaciones fóbicas que en los otros tres rasgos específicos ($F_{1,10}=2.50$; $p<.1446$). Este área situacional del ISRA (F3) recoge varias situaciones típicamente fóbicas, que son incluidas por la DSM III-R dentro la categoría de fobia simple, por lo tanto cabría esperar

que este grupo de mujeres diagnosticadas de fobia simple presentara una mayor puntuación en este rasgo específico que en los otros tres. Como ya se ha señalado, al contrastar la hipótesis de una mayor puntuación en F3, frente a puntuaciones no distintas en F1, F2 y F4, dicha hipótesis no se confirma; por el contrario, encontramos un cierto valle en F2 (no significativo) y una cierta altura en F4, ambos no esperados a priori. No obstante, sí se puede afirmar que F3 junto con F4 son más altos que F1 y F2 ($F_{1,10}=11.68$; $p<.0066$), por lo que en realidad sí se da el pico en F3, pero también en F4.

Los varones con fobia simple presentan un perfil similar al de las mujeres de este mismo grupo diagnóstico (como puede verse en la Figura 8): son prácticamente paralelas las líneas de ambos grupos que unen los rasgos específicos F1, F2 y F3, estando las mujeres en

un nivel ligeramente más alto, dicha diferencia se acentúa en F4. Al analizar los datos de los varones encontramos un perfil discordante ($F_{3,12}=6.93$; $p<.0058$) al igual que en el caso de las mujeres, en cambio los varones sí pre-

sentan un perfil con un único pico en F3, como puede verse en las Figuras 7 y 8, siendo significativo el contraste de esta hipótesis ($F_{1,10}=20.02$; $p<.0110$).

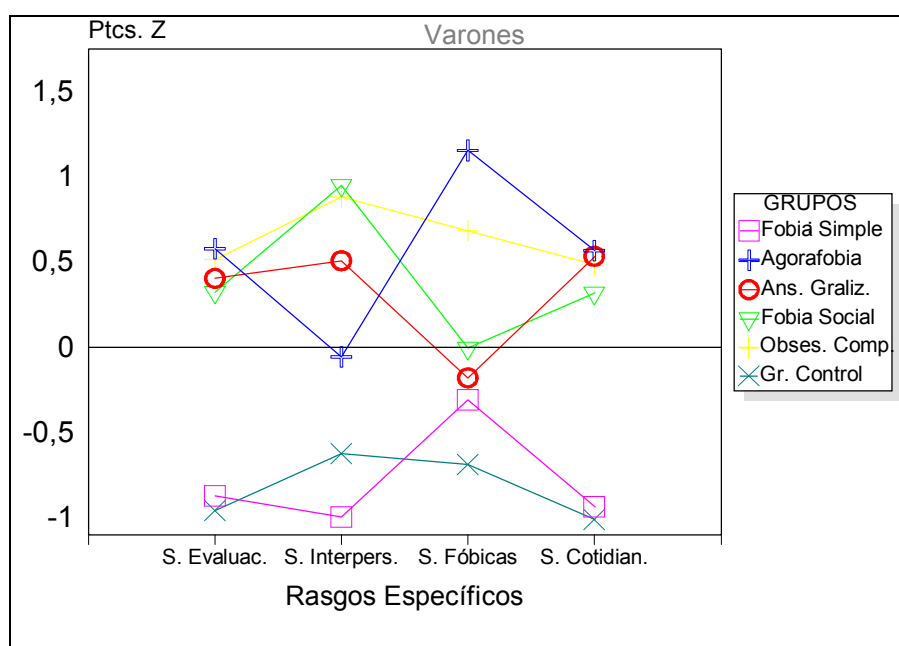


Figura 7. Perfil de rasgos específicos (áreas situacionales) en los trastornos de ansiedad y grupo control, para varones.

En el trastorno de agorafobia aparecen perfiles discordantes tanto en mujeres ($F_{3,36}=12.15$; $p<.0000$) como en varones ($F_{3,6}=29.13$; $p<.0006$). Ambos perfiles son de nuevo bastante similares y con un mayor nivel en el grupo de mujeres. También se observa cierto parecido entre el perfil situacional de agorafobia con el de fobia simple, aunque a muy distinto nivel, siendo mucho más altas las puntuaciones de agorafobia como es lógico. Al analizar el perfil de las mujeres agorafóbicas encontramos un claro pico en F3 ($F_{1,12}=26.40$; $p<.0002$), con puntuaciones significativamente más altas en situaciones fóbicas que en los otros tres tipos de situaciones, que presentan un nivel similar. En el caso de

los varones encontramos también un pico en F3 respecto a F1 y F4 ($F_{1,2}=51.70$; $p<.0188$), pero además aparece un valle en F2 (situaciones interpersonales) respecto a F1 y F4 ($F_{1,2}=130.11$; $p<.0076$).

Las mujeres con trastorno de ansiedad generalizada presentan un perfil situacional ligeramente discordante ($F_{3,135}=6.58$; $p<.0003$), que es compatible con la hipótesis de que presentan niveles de ansiedad más altos en situaciones cotidianas y de evaluación ($F_{1,45}=13.86$; $p<.0005$), que en los otros dos tipos de situaciones (interpersonales -F2- y fóbicas -F3). Los varones con ansiedad generalizada muestran un perfil situacional que también es discordante ($F_{3,45}=5.13$; $p<.0039$),

presentando un valle en F3 ($F_{1,15}=8.14$; $p<.0121$). Por lo tanto, lo que tienen en común los perfiles situacionales de ansiedad generalizada en mujeres y varones es una menor puntuación en ansiedad ante situaciones fóbicas (F3) que en las situaciones de evaluación

(F1) y cotidianas (F4). Si comparamos ambos perfiles en la Figura 9, veremos que lo que más diferencia a ambos sexos es el nivel más alto de las mujeres en todas las áreas situacionales, excepto en las situaciones interpersonales, donde los varones igualan a las mujeres.

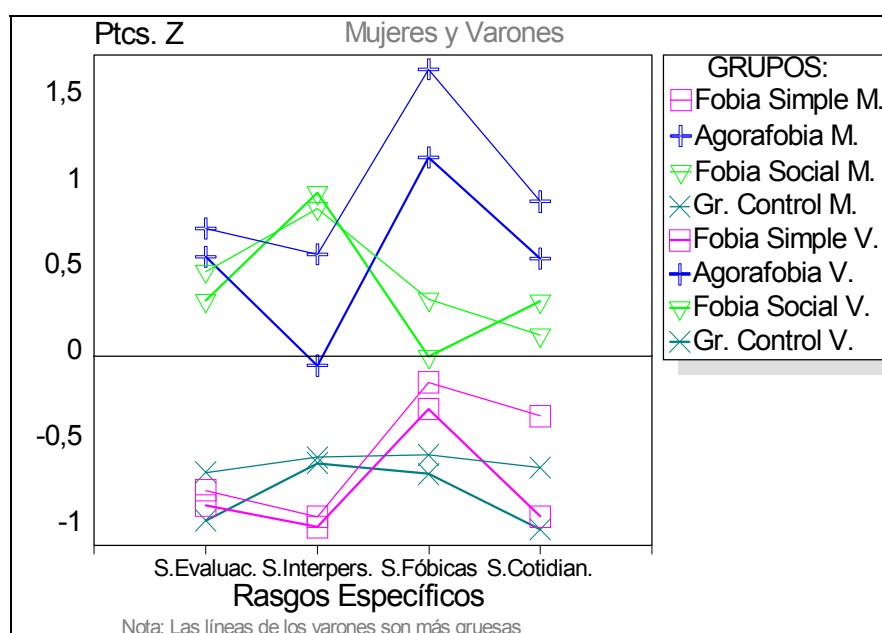


Figura 8. Perfil de rasgos específicos (áreas situacionales) en los trastornos de ansiedad y grupo control, para mujeres y varones (I).

El perfil situacional del trastorno de ansiedad social debería caracterizarse por un pico en F2, ya que son las situaciones sociales o interpersonales las que más ansiedad producen a las personas que padecen este trastorno. Tanto las mujeres ($F_{3,60}=4.59$; $p<.0059$), como los varones ($F_{3,33}=6.90$; $p<.001$) presentan perfiles situacionales (o de rasgos específicos) de tipo discordante y en ambos casos se apre-

cia un pico en F2 respecto a F1 y F4 ($F_{1,20}=10.39$; $p<.0043$, para mujeres; y $F_{1,11}=12.44$; $p<.0047$, para varones). Los varones muestran una cierta tendencia hacia un valle en F3, respecto a F1 y F4, aunque no significativo ($F_{1,11}=1.78$; $p<.2092$), lo que les hace presentar un perfil invertido, casi en espejo, con los varones del grupo de agorafobia (Ver Figura 8).

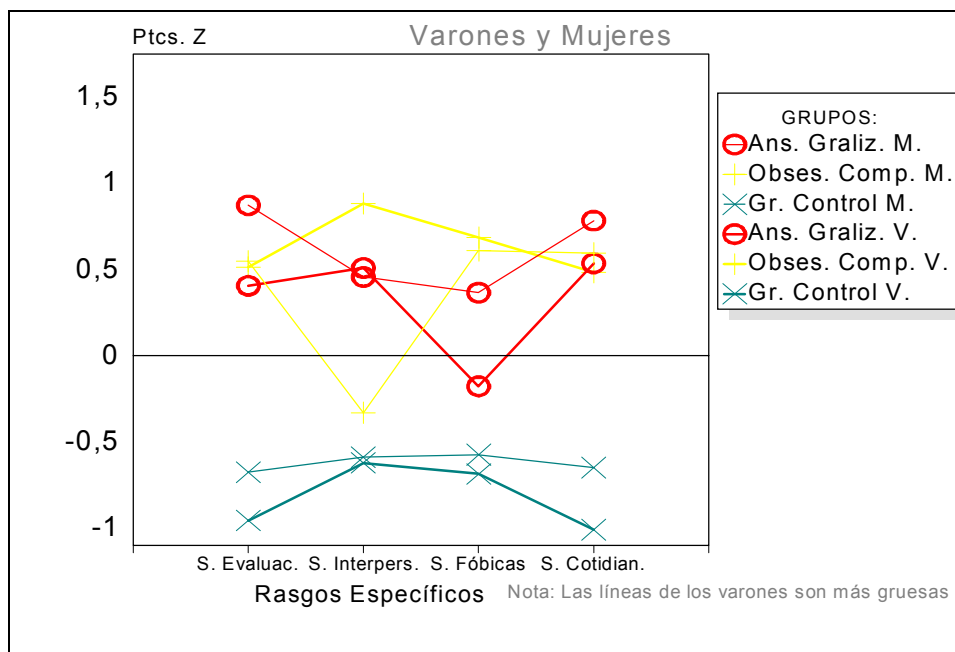


Figura 9. Perfil de rasgos específicos (áreas situacionales) en los trastornos de ansiedad y grupo control, para mujeres y varones (II).

En el trastorno obsesivo-compulsivo encontramos un perfil situacional concordante en el caso de los varones ($F_{3,33}=1.03$; $p<.3938$), sin que existan diferencias por lo tanto entre las áreas situacionales. En el caso de las mujeres tales diferencias no llegan a ser significativas en el análisis de varianza intra-grupo, aunque por muy poco ($F_{3,21}=2.76$; $p<.0675$). Esto es sin duda debido al escaso número de sujetos y creemos que se alcanzará la significación estadística al ampliar las muestras. En la Figura 6 puede observarse la tendencia de los datos de este grupo de mujeres a presentar un valle en rasgos específico de ansiedad interpersonal (F2), frente a un nivel similar en las otras tres áreas situacionales. Hemos contrastado esta hipótesis con los datos (ya que la significación estaba próxima a conseguirse) y se confirma esta tendencia ($F_{1,7}=6.35$; $p<.0398$).

Si se observan los dos perfiles situacionales, mujeres y varones, de los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo se aprecia un

comportamiento diferente en ambos respecto al rasgo específico de ansiedad ante situaciones interpersonales, diferencia que justifica nuestra estrategia de elaborar perfiles diferentes para mujeres y para varones, aunque fuera a costa de trabajar con grupos pequeños. Si hubiéramos unido estos dos grupos el perfil sería plano o concordante, mientras que por separado se aprecia una tendencia diferente en mujeres que deberá ser confirmada en el futuro. Como ya se ha señalado, algo similar se observa en el trastorno de ansiedad generalizada donde se aprecian ciertas diferencias entre varones y mujeres, especialmente en F1 y F3, aunque en menor medida se aprecian diferencias también en F4; sin embargo, no hay diferencias en F2, por lo que se rompe el paralelismo entre los dos perfiles. Así pues, parece que es el rasgo específico de ansiedad en situaciones interpersonales el que genera perfiles diferentes en varones y mujeres en estos dos trastornos de ansiedad.

El grupo de control, formado por sujetos sin trastornos, en el caso de las mujeres presenta un perfil situacional concordante o plano ($F_{3,204}=1.20$; $p<.3095$), mientras que en el caso de los varones dicho perfil es discordante ($F_{3,60}=5.06$; $p<.0034$), encontrándose a un nivel superior los rasgos específicos interpersonal y fóbico, frente a los de evaluación y de situaciones cotidianas ($F_{1,20}=25.09$; $p<.0001$).

En la Tabla 6 se han resumido los perfiles de respuesta y situacionales (de rasgos específicos) que definen cada grupo estudiado, divididos por patología y sexo. Pero hasta ahora de dichos perfiles sólo se han estudiado las diferencias intragrupo, falta por analizar el nivel de estos perfiles, es decir, las diferencias intergrupo.

Tabla 6: Resumen de los perfiles de respuesta y situacionales (rasgos específicos) encontrados en cada grupo (por patología y sexo).

Grupo	Perfil de Respuesta		Perfil de Situaciones (Rasgos E.)	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Fobia Simple	C = F = M	C = F = M	(F3=F4)>(F1=F2)	F3>(F1= F2= F4)
Agorafobia	C = F = M	C = F = M	F3>(F1=F2=F4)	F3>(F1=F4)>F2
Ansiedad Gral.	C = F = M	C = F = M	(F1=F4)>(F2=F3)	(F1=F2=F4)>F3
Fobia Social	C = F = M	C = F = M	F2>(F1=F3=F4)	F2>(F1=F3=F4)
Tr. Obses-C.	C = F = M	C = F = M	(F1=F3=F4)>F2	F1=F2=F3=F4
Grupo Control	C = F = M	C = F = M	F1=F2=F3=F4	(F2=F3)>(F1=F4)

En la Tabla 7 podemos ver un resumen de los resultados de las comparaciones intergrupo, para cada una de las ocho variables estudiadas: los tres sistemas de respuesta, el nivel general de ansiedad (ansiedad total) y los cuatro rasgos específicos o tipos de situaciones. Para una misma columna, no existen diferencias significativas entre los grupos con el mismo número de orden. Así, cuando comparamos una casilla con otra (siempre dentro de la misma columna), hablaríamos de igualdad si en ambas casillas se incluye el mismo dígito, y de diferencias cuando no se incluye.

El nivel general de ansiedad o rasgo general de ansiedad (ansiedad total en la Tabla 7) diferencia claramente tres niveles de ansiedad para los seis grupos de mujeres estudiadas: un primer nivel, formado por los grupos de control y fobia simple; un segundo nivel, en el

que se sitúa el grupo de fobia social (que no difiere con el trastorno obsesivo-compulsivo y el grupo de ansiedad generalizada); y un tercer nivel, el más alto, en el que se sitúa el grupo que muestra más ansiedad, el de agorafobia, que no presenta diferencias con el trastorno obsesivo-compulsivo ni con el grupo de ansiedad generalizada. En otras palabras: grupo de control y fobia simple, por un lado; y los otros cuatro grupos, por el otro, donde sólo hay diferencias entre fobia social y agorafobia (el más alto).

El panorama general es similar para los varones, pero con una ligera diferencia: entre los cuatro grupos de ansiedad más altos no hay diferencias significativas (el grupo de agorafobia no es más alto que el de fobia social).

Como ya se ha señalado, el grupo de control presenta los niveles más bajos de ansie-

dad (nivel 1 en la Tabla 7) en las ocho variables estudiadas, tanto en el caso de las mujeres como en el caso de los varones.

El grupo de fobia simple no presenta diferencias significativas con respecto al grupo control en ninguna de las variables estudiadas, pero destaca en la variable “ansiedad ante situaciones fóbicas” (F3). En esta variable, como puede verse en la Tabla 7, el grupo de varones no muestra diferencias significativas con el grupo control (nivel 1, o nivel más bajo), pero tampoco presenta diferencias con los otros trastornos de ansiedad (más severos), que se sitúan en el nivel 2 (el nivel más alto en esta variable). En el caso del grupo de mujeres no hay diferencias en ansiedad fóbica

con el grupo control (nivel 1, o nivel más bajo), pero tampoco hay diferencias con los grupos de ansiedad generalizada, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo (que se sitúan en el nivel 2, o nivel intermedio en este caso); por último, sí hay diferencias significativas con el grupo de agorafobia (que alcanza el nivel 3, o nivel más alto en esta variable). Este grupo de mujeres con fobia simple también se sitúa en un nivel medio, según la ordenación de la Tabla 7, en la variable “ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana” (F4): no difiere en esta variable del grupo de fobia social (en el nivel medio) y no difiere del grupo control (en el nivel bajo).

Tabla 7: Resumen de las comparaciones intergrupo en mujeres y varones para las ocho variables de ansiedad del ISRA (C=Cognitiva, F=Fisiológica, M=Motora, T=Total, F1=Situaciones de Evaluación, F2=Situaciones Interpersonales, F3=Situaciones Fóbicas, F4=Situaciones Cotidianas). Los números de las celdillas indican un orden dentro de las comparaciones que se han realizado para cada variable, para cada sexo, entre los seis grupos; por lo tanto, dicha ordenación se refiere exclusivamente a cada columna. Los resultados corresponden a la prueba de rangos de Newman-Keuls (Student).

Grupo	Perfil de Respuesta y Total								Perfil de Situaciones (Rasgos E.)							
	Mujeres				Varones				Mujeres				Varones			
	C	F	M	T	C	F	M	T	F1	F2	F3	F4	F1	F2	F3	F4
Fobia Simple	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1/2	1/2	1	1	1/2	1
Agorafobia	3	2	2	3	2	2	1/2	2	2	2	3	3	2	1/2	2	2
Ansiedad Gral.	2/3	2	2	2/3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1/2	2
Fobia Social	2	2	2	2	2	2	1/2	2	2	2	2	2	2	2	1/2	2
Tr. Obses-C.	2/3	2	2	2/3	2	2	2	2	2	1	2	3	2	2	2	2
Grupo Control	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Nota: Cuando dos grupos incluyen el mismo número de orden significa que no existen diferencias significativas entre ellos dos. Un grupo puede incluir uno o dos números de orden, ya que puede estar dentro de uno o de dos intervalos de significación.

Como ya se dijo, algunas diferencias no llegan a ser significativas (aunque en los gráficos pueda parecer que sí) debido a que es-

tamos comparando muchos grupos entre sí y algunos presentan un tamaño todavía escaso.

Los otros cuatro trastornos de ansiedad (agorafobia, ansiedad generalizada, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo) se presentan casi siempre en el nivel más alto según la Tabla 7: por lo general el nivel 2 y en alguna ocasión el 3 (el 3 sólo se alcanza en mujeres). No hay apenas diferencias entre ellos, como puede verse, y cuando incluyen el nivel 1 significa que no difieren con el grupo control y el grupo de fobia simple (esto ha sucedido casi siempre en varones -en 5 de los 6 casos encontrados). El grupo de fobia social aparece en algún caso con un nivel más bajo que los otros tres trastornos de ansiedad: las mujeres en ansiedad cognitiva presentan diferencias significativas con agorafobia, mientras que en F4 (situaciones cotidianas) difieren de los otros tres trastornos, también por debajo; a su vez, los varones con fobia social no difieren del grupo control (y grupo de fobia simple) en la ansiedad motora y ante las situaciones fóbicas (F3). Por último, sólo resaltar que las mujeres con agorafobia destacan sobre los otros tres grupos en F3, y que las mujeres con trastorno obsesivo-compulsivo difieren (esta vez por debajo) de los otros tres grupos, no presentando diferencias con el grupo de control y el grupo de fobia simple en la variable F2 (ansiedad ante situaciones interpersonales).

Conclusiones y discusión

Se han estudiado los perfiles de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), los perfiles situacionales o de rasgos específicos (situaciones de evaluación, situaciones interpersonales, situaciones fóbicas y situaciones de la vida cotidiana), así como las puntuaciones en el nivel general de ansiedad (o rasgo general), en cinco trastornos de ansiedad (fobia simple, agorafobia, ansiedad generalizada, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo) y en un grupo control, de forma separada para cada sexo. En el perfil de sistemas de respuesta se ha encontrado para ambos sexos que los seis

grupos presentan un perfil concordante, es decir, sin diferencias significativas intragrupo entre los tres sistemas de respuesta. Como quiera que una de las aportaciones fundamentales del modelo de los tres sistemas de respuesta emocional (Lang, 1968, 1971) ha sido el hallazgo de perfiles individuales de respuesta característicos de cada sujeto, perfiles que no siempre son concordantes, nos encontramos con un resultado de gran interés a nuestro juicio, que viene a decir que no existe un perfil de respuesta característico de cada grupo, sino que la suma de los perfiles individuales (algunos discordantes) arroja un perfil de grupo concordante, tanto para los trastornos de ansiedad como para los sujetos de la población general y con independencia del sexo. Es decir, la concordancia o discordancia entre los sistemas de respuesta es más una característica individual que de grupo.

En el perfil de rasgos específicos o áreas situacionales, por el contrario, casi todos los grupos presentan perfiles no concordantes. En una primera aproximación, a grandes rasgos podemos resumir los perfiles situacionales encontrados de la siguiente forma: 1) fobia simple y agorafobia presentan de una u otra forma un pico en F3 -situaciones fóbicas-; 2) ansiedad generalizada presenta un valle en el mismo tipo de situaciones; 3) fobia social presenta un pico en F2 -situaciones sociales-; y 4) los trastornos obsesivo-compulsivo y el grupo control tienden a presentar un perfil relativamente plano. Aunque hay que matizar estas cuatro grandes conclusiones, antes permítase nos decir que son bastante lógicas y que son por tanto los resultados que cabía esperar. Las matizaciones que hay que hacer se refieren a diferencias entre ambos sexos: 1) las mujeres con fobia simple además de tener un pico en F3, tienen también alto F4 -situaciones cotidianas-; 2) los varones con agorafobia presentan un valle en F2, que no se da en las mujeres; 3) las mujeres con ansiedad generalizada muestran un valle en F2, que no se da en va-

rones; 4) las mujeres con trastorno obsesivo-compulsivo tienen un valle en F2, que no se da en varones; y 5) los varones del grupo control presentan un pequeño pico en F2 y en F3, que no se dan en las mujeres del mismo grupo. Nótese como de estas cinco matizaciones (todas sobre diferencias sexuales), cuatro de ellas se refieren a diferencias en el rasgo específico de ansiedad ante situaciones interpersonales o sexuales (F2). Se justifica, por lo tanto, estudiar por separado los perfiles de varones y mujeres, aunque por el momento alguno de nuestros grupos haya resultado ser de tamaño reducido.

Por lo que se refiere a las diferencias entre grupos, las diferencias de nivel entre los perfiles (de respuesta y situacional) son un reflejo bastante fiel de las diferencias encontradas en el nivel general de ansiedad. El nivel general de ansiedad de los seis grupos de varones muestra dos cotas o niveles diferentes de puntuaciones: por un lado, el grupo control y el grupo de fobia simple; y, por otro, los cuatro trastornos de ansiedad más severos (agorafobia, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y fobia social). Este mismo patrón de diferencias encontradas en el nivel general de ansiedad se da en cinco de las ocho variables estudiadas: ansiedad cognitiva y fisiológica, F1 -situaciones de evaluación-, F4 -situaciones de la vida cotidiana- y el propio nivel general de ansiedad. En las otras tres variables (ansiedad motora, F2 y F3) lo que sucede es que en alguno de los grupos las medias son algo más bajas y no presentan diferencias con el grupo control.

El nivel general de ansiedad de las mujeres muestra un patrón de diferencias intergrupo similar al de los varones: dos grupos que no difieren (control y fobia simple), en el nivel más bajo, frente a los otros cuatro trastornos de ansiedad, en un nivel bastante más alto. Ahora bien, en el caso de las mujeres, dentro de estos cuatro trastornos existen diferencias significativas entre agorafobia y fobia social.

Este patrón de diferencias en el nivel general de ansiedad se repite en ansiedad cognitiva, en F3 y en F4; mientras que en ansiedad fisiológica, motora, en F1 y en F2 no hay diferencias entre agorafobia y fobia social.

Estas diferencias de nivel están totalmente relacionadas con el grado de significación clínica que suelen presentar los trastornos estudiados. En la práctica clínica se observa que los sujetos con fobia simple generalmente no acuden a consulta para ser tratados de su fobia específica, y cuando lo hacen, esta fobia es altamente incapacitante o está asociada a otras patologías. En cambio los cuatro trastornos que presentan un nivel mayor de ansiedad sí demandan atención psicológica, ya que su problema es más incapacitante para el desarrollo de su vida normal. De entre estos cuatro trastornos el de nivel más bajo es el de fobia social y el más alto es el de agorafobia, aunque no siempre las diferencias llegan a ser significativas. Pues bien, a nivel clínico encontramos a veces que muchos sujetos con fobia social no demandan atención psicológica (no todos los sujetos de este grupo fueron evaluados en la consulta); y, a su vez, encontramos que muchos agorafóbicos están tan incapacitados por su ansiedad que cuando llegan a la consulta del psicólogo están además en tratamiento farmacológico.

En un reciente trabajo (Beck et al., 1993) se llevó a cabo un estudio con un objetivo similar al de éste, puesto que se evaluaba mediante un inventario de ansiedad (el Beck Anxiety Inventory, -B.A.I.) a varios grupos de sujetos con trastornos de ansiedad, diagnosticados mediante la DSM-III-R, con el fin de estudiar las características que presentan en las manifestaciones de ansiedad. Sin embargo, resulta difícil comparar los resultados de ambos estudios debido a las diferencias que presentan en cuanto al método seguido e instrumentos empleados: 1) el BAI sólo recoge respuestas de an-

siedad, no situaciones; 2) en el trabajo de Beck et al. (1993) se buscan tipos de sujetos (una nueva tipología a contrastar con la DSM-III-R), mientras que en nuestro estudio se buscan perfiles o características que puedan ayudar a identificar y conocer mejor los grupos de la DSM-III-R. El BAI es un inventario de 21 ítems, clasificados en cuatro tipos: neurofisiológicos, subjetivos, de pánico y autonómicos, aunque finalmente se unen las primera y última categorías bajo el nombre de somáticos. Con diferentes combinaciones de nivel en estas tres subescalas (subjetiva, autonómica y pánico) se creó la tipología de pacientes. Es decir, los nuevos tipos de sujetos son seleccionados por cluster o agrupaciones, que presentan distintos perfiles en las tres subescalas del BAI. Finalmente, estos nuevos tipos se compararon con la clasificación según la DSM-III-R, se estudió el grado de acuerdo y se estudió una función discriminante que servía para clasificar correctamente a los sujetos en dichos tipos.

Como ya hemos comentado, a pesar de la similitud de objetivos resulta muy difícil comparar nuestro estudio con el de Beck et al. (1993). Nosotros no hemos obtenido perfiles de respuesta característicos para cada trastorno de ansiedad, sino que hemos obtenido perfiles planos o concordantes para cada grupo (tanto de trastornos como para el grupo de población general). Beck et al. no han trabajado este aspecto, por lo que no podemos saber si se dan perfiles planos en las tres subescalas del BAI para cada grupo diagnosticado según la DSM-III-R. Donde nosotros sí hemos obtenido perfiles no planos que pueden ser característicos de cada grupo no podemos comparar con los resultados del estudio que comenta-

mos, ya que el inventario de Beck no incluye áreas situacionales.

En ambos estudios queda una gran duda y es si se seguirán confirmando los mismos resultados en futuras investigaciones. Beck et al. (1993) terminan su artículo preguntándose tres cosas: 1) si los tipos que han encontrado se seguirán dando con otros datos (un problema que podríamos llamar de fiabilidad de los nuevos tipos); 2) si estos nuevos tipos tendrán significación clínica en sí mismos, y podrán ser aplicados a otros trastornos diferentes (lo que podríamos llamar un problema de validez); y 3) si estos nuevos tipos responderán de manera diferente ante distintos tipos de tratamiento (si son útiles).

En nuestro caso, respecto a la primera duda o cuestión, los perfiles que hemos encontrado en este estudio son en general muy similares a los que habíamos encontrado previamente en estudios anteriores (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1992, 1993; Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1993, 1994) con muestras más reducidas que han sido sucesivamente ampliadas hasta llegar a la muestra de estudio. A su vez, con muestras independientes de las que nosotros habíamos usado, siguiendo una metodología similar, Espada et al. (1994) encontraron resultados muy parecidos. Por lo tanto, parece que hay ya una cierta garantía sobre la constancia de los perfiles de los trastornos de ansiedad evaluados mediante el ISRA. Por lo que se refiere a las otras dos dudas que se plantean Beck et al. (1993) con sus nuevos tipos, en nuestro caso nos preocupan menos al haber adoptado una clasificación universal que está siendo permanentemente estudiada, especialmente en

esos dos aspectos: significación clínica y eficacia diferencial de los tratamientos.

Nota: Queremos agradecer a M^a José Pollo, Javier Espada e Isabel Soto su colaboración en la recolección de los datos

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3^a ed.). Washington: APA. (10)
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3^a ed. rev.). Washington: APA. (Versión española en Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington: APA. (Versión española en Masson, 1995).
- Beck, A.T.; Steer, R.A. & Beck, J.S. (1993). Types of self-reported anxiety in outpatients with DSM-III-R anxiety disorders. *Anxiety, Stress and Coping*, 6, 43-55.
- Bellack, A. S. y Lombardo, T. W. (1984). Measurement of anxiety. En S. M. Turner (ed.), *Behavioral Theories and Treatment of Anxiety*. New York: Plenum Press.
- Borkovec, T. D., Stone, N. H., O'Brian, G. T. y Kaloupek, D. G. (1974). Identification and measurement of a clinically relevant target behavior for analogue outcome research. *Behavior Therapy*, 5, 503-513.
- Cannon, W.B. (1915). *Bodily changes in pain hunger, fear and rage*. New York: Appleton.
- Cannon, W.B. (1927). The James-Lange's theory of emotion: a critical examination and an alteration. *American Journal of Psychology*, 39, 106-124.
- Cannon, W.B. (1931). Again the James-Lange and the thalamic theories of emotion. *Psychological Review*, 38, 281-295.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1990). Diferencias entre sujetos normales y psicósomáticos en el patrón de respuestas de ansiedad ante diferentes tipos de situaciones ansiógenas. *Libro de Comunicaciones del II Congreso del COP. Area 7. Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. Madrid: COP.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1991). *Valoración y afrontamiento en sujetos normales y psicósomáticos*. II Congreso Internacional "Latini Dies". Sitges, 2-4 de Mayo.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1993). Perfiles diferenciales de los trastornos de ansiedad. III Congreso Internacional "Latini Dies". Toulouse, 6-8 de Mayo.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. J. (1994). *Differential Diagnosis of Anxiety Disorders using the ISRA*. 23rd International Congress of Applied Psychology. Madrid.
- Casado, M. I. (1994). *Ansiedad, estrés y trastornos psicofisiológicos*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Cohen, D. C. (1977). Comparison of self-report and overt-behavioral procedures for assessing acrophobia. *Behavior Therapy*, 8, 17-23.
- Cone, J. D. y Hawkins, R. P. (1977). *Behavioral assessment: new directions in clinical psychology*. New York: Brunner-Mazel Pub..
- Duffy, E. (1962). *Activation and Behavior*. New York: Wiley.
- Duffy, E. (1972). Activation. En N. S. Greenfield y R. A. Sternbach (eds.), *Handbook of Psychophysiology*. Chicago: Hold, Rinehard y Winston.
- Echeburúa, E. (1992). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de Ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (1992). Clasificación de los trastornos de ansiedad. En E. Echeburúa (ed): *Avances en el tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Endler, N. S. (1973). The person versus the situation a pseudo issue? A response to others. *Journal of Personality*, 41, 287-303.
- Endler, N. S. y Magnusson, D. (1974). Interactionism, trait psychology, psychodynamics and situationism. *Report from the Psychological Laboratories*, University of Stockholm, núm. 418.
- Endler, N. S. y Magnusson, D. (1976). Personality and person by situation interaction. En N. S. Endler & D. Magnusson (eds), *Interactional psychology and personality*. Washington, D.C.: Hemisphere Pub..
- Espada, F. J. (1995). *Estudio de perfiles diferenciales de ansiedad a través del ISRA*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Espada, F.J.; Torres, P.; Cano-Vindel, A. y Ochoa, E.F.L. (1994). Evaluación de trastornos de ansiedad: diferenciación en los tres sistemas de respuesta y áreas situacionales. *Clínica y Salud*, 5, 209-217.
- Fernández Ballesteros, R. (1983). *Psicodiagnóstico*. Madrid: UNED.
- Gelder, M. G. (1989). Clasificación de los trastornos de ansiedad. En J. Guimón, J. E. Mezzich y G. E. Berrios (eds.), *Diagnóstico en Psiquiatría*. Barcelona: Salvat.
- Lacey, J. I. (1967). Somatic response patterning and stress: some revisions of the activation theory. En M.H. Appley y R. Trumbull (eds.), *Psychological stress*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J. M. Shilen (ed),

- Research in psychotherapy*, vol III. Washington: American Psychological Association.
- Lang, P.J. (1971): The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, Nueva York.
- Martínez-Sánchez, F.; Sánchez, A.; Muela, J.A. y Moreno, P.J. (1993). Factores situacionales y patrones de respuestas de ansiedad en sujetos con cefaleas crónicas. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 25, 20-25.
- Michelson, L. (1986). Treatment consonance and response profiles in agoraphobia: the role of individual differences in cognitive, behavioral and physiological treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 363-375.
- Miguel-Tobal, J. J. (1990). La ansiedad. En J. Mayor y J. L. Pinillos (eds), *Tratado de psicología general*. vol. 8. *Motivación y emoción*. Madrid: Alhambra.
- Miguel-Tobal, J. J. (1994). Evaluación de la ansiedad y de los trastornos de ansiedad. En A. Roa (ed.), *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: CEPE.
- Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. (1986). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -I.S.R.A.-*. Madrid: TEA Ediciones (2ª edición revisada, 1988; 3ª edición revisada, 1994).
- Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. (1990). *Anxiety manifestations in normal and psychophysiologicaly disordered subjects*. 11th International Conference of the Society for Stress and Anxiety Research. STAR. Berlin.
- Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. (1992). *Anxiety manifestations in different anxiety disorders*. XXV International Congress of Psychology. Bruselas.
- Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. (1993). *Agorafobia y fobia social: Perfiles diferenciales de las manifestaciones de ansiedad*. II Congreso Nacional de Psicología Conductual. Palma de Mallorca.
- Miguel-Tobal, J. J. y Casado, M. I. (1994). Emociones y trastornos psicofisiológicos. *Ansiedad y Estrés (Monografía: 'Psicología, Medicina y Salud')*, vol. 0, 1-2, 1-13.
- Pérez-Pareja, F.J.; Borrás, C. y Palmer, A. (1994). Ansiedad y estrés como predictores del síndrome premenstrual. *Ansiedad y Estrés*, 0, 65-76.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic criteria for research. ICD-10*. Madrid: Mediator (Versión española).
- Rachman, S. y Hodgson, R. (1974). Synchrony and desynchrony in fear and avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 311-318.
- Robins. L. N., Helzer, J. E. y Weissman, M. M. (1984): Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.
- Tuma, A. y Maser, J. (1985): *Anxiety and the Anxiety Disorders*. Hillsdale, N.J.: LEA.
- Tyrer, P. (1989). *Classification of neurosis*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Wittchen, H. U. (1987). Epidemiology of panic attacks and panic disorder. En I. Hand y H. U. Wittchen (eds.). *Panic and phobias (1). Empirical evidence of theoretical models and long-term effects of behavioral treatments*. New York: Springer Verlag.