

ANSIEDAD COGNITIVA Y SOMÁTICA: RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES DE ANSIEDAD Y PSICOSOMÁTICAS

B. SANDÍN; P. CHOROT; M. A. SANTEDE; P. JIMÉNEZ; M. ROMERO
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Resumen

En este trabajo analizamos las dimensiones cognitiva y somática de la ansiedad. Ciento ochenta y tres adolescentes (con un rango de edad entre 16 y 17 años) cumplieron los siguientes cuestionarios asociados al constructo de ansiedad: «Cuestionario de Ansiedad Cognitiva-Somática» (CSAQ; Schwartz, Davidson y Goleman, 1978), «Cuestionario de Preocupación» PSWQ (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990), «Índice de Sensibilidad a la Ansiedad» (ASI; Peterson y Reiss, 1987), «Cuestionario de Miedos» (FQ; Marks y Mathews, 1979), «Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo» STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982) y «Escala de Síntomas Somáticos» (ESS; Sandín y Chorot, 1991). Los resultados de este estudio sugieren que: 1) el análisis factorial de los ítems del CSAQ permite obtener cuatro factores que no se identifican con la estructura cognitivo-somática de las subescalas del cuestionario; 2) las correlaciones del CSAQ con medidas concurrentes de ansiedad y síntomas somáticos aportan evidencia parcial a la validez de las subescalas cognitiva y somática, y 3) los datos correlacionales y factoriales sugieren que la incorporación de constructos de ansiedad más específicos (como, por ejemplo, los conceptos de preocupación y sensibilidad a la ansiedad), así como el establecimiento de diferenciaciones somáticas más estrictas (por ejemplo, activación autónoma versus tensión músculo-esquelética) podría mejorar considerablemente nuestro conocimiento de los aspectos cognitivos y somáticos de la ansiedad. Discutimos estos resultados en términos de la importancia que posee la diferenciación de dimensiones cognitivo/somáticas más específicas, tanto desde el punto de vista teórico como práctico.

Palabras clave: Ansiedad cognitiva, ansiedad somática, preocupación, sensibilidad a la ansiedad, síntomas somáticos, CSAQ, PSWQ, ASI, STAI, FQ.

Abstract

This paper examines cognitive and somatic dimensions of anxiety. One hundred and eighty three adolescents (ranged from 16 to 17 yr) completed the following anxiety-related questionnaires: the Cognitive-Somatic Anxiety Questionnaire (CSAQ) (Schwartz, Davidson y Goleman, 1978), the Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990), the Anxiety Sensitivity Index (ASI) (Peterson y Reiss, 1987), the Fear Questionnaire (FQ) (Marks y Mathews, 1979) the State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), and the Somatic Symptoms Scale (Escala de Síntomas Somáticos, ESS) (Sandín y Chorot, 1991). The results suggest that: 1) factor analysis of the CSAQ items identified four main factors that did not adjust to the cognitive-somatic subscale structure; 2) the correlations of CSAQ with concurrent measures of anxiety and somatic complaints provide partial evidence for validity of the cognitive-somatic subscales, and 3) correlational and factor-analytic procedures suggest that the incorporation of more accurate anxiety constructs (e.g., worry and anxiety sensitivity) and more strict somatic differentiations (e.g., autonomic activation versus muscular tension) could improve our knowledge of the cognitive and somatic aspects of anxiety. Findings are discussed in terms of the importance of differentiating more specific cognitive and somatic dimensions at theoretical and practical levels.

Key words: Cognitive anxiety, somatic anxiety, worry, anxiety sensitivity, somatic symptoms, somatic complaints, CSAQ, PSWQ, ASI, STAI, FQ.

Introducción

Hace ya bastante tiempo que el concepto de que la ansiedad es algo general, indiferenciado y unidimensional ha quedado al margen de la psicopatología. A finales de los años sesenta y principios de los setenta se establecieron definitivamente conceptos multidimensionales de la ansiedad como la separación rasgo-estado (Bermúdez, 1978) o el triple sistema de respuesta (cognitivo, somático y motor). De hecho, definiciones muy antiguas sobre la ansiedad concebían este constructo como algo que podía implicar componentes de tipo emocional (sentimientos de aprensión, etc.), somático (tensión motora, activación autónoma, etc.) y cognitivo (pensamientos desagradables). Otro aspecto importante es que la ansiedad, como fenómeno eminentemente fenomenológico (subjetivo), consiste primordialmente en manifestaciones cognitivas y somatofisiológicas. Esta idea general es coherente con la conclusión establecida por Schwartz, Davidson y Goleman (1978) respecto a que los más importantes síntomas de ansiedad pueden agruparse bajo las categorías cognitiva y somática. La categoría cognitiva incluye pensamientos desagradables, tales como miedos y/o preocupaciones. Para la segunda categoría, o categoría somática, los autores refieren signos orgánicos internos (tensión en estómago, taquicardia, palpitaciones, etc.) o externos (sudoración, diarrea, temblor, etc.) asociados a tensión de los sistemas motor o autónomo. Como fruto de este trabajo, los autores desarrollaron el *Cognitive-Somatic Anxiety Questionnaire (CSAQ)*.

La distinción y separación entre estos dos componentes (somático versus cognitivo) ha prometido ser de gran utilidad para la psicopatología y terapia de la ansiedad. Así, por ejemplo, Schwartz et al. (1978) usaron el CSAQ para comparar el tipo de ansiedad (cognitiva versus somática) en personas que realizaban meditación trascendental o que practicaban ejercicio físico; constataron que el ejercicio físico se asociaba a menor ansiedad somática, mientras que la práctica de la meditación se relacionaba con menor ansiedad cognitiva. Una línea de evidencia semejante fue referida por Norton y Johnson (1983) a través de un estudio con sujetos que padecían fobia a las serpientes. Estos autores concluyeron que el entrenamiento en relajación muscular progresiva resultaba más eficaz que las técnicas cognitivas para reducir la ansiedad somática (Norton y Johnson categorizaron a los sujetos como ansiosos de tipo cognitivo o somático de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el CSAQ).

Un amplio número de autores ha intentado llevar a cabo tratamientos de problemas asociados a la ansiedad (fobias específicas, fobia social, agorafobia, etc.) implementando programas terapéuticos en consonancia con el tipo de perfil de respuesta de ansiedad predominante, esto es, según los perfiles cognitivo, somático y motor-conductual (véase Sandín y Chorot, 1986, para un análisis más profundo de esta cuestión). En términos generales, cuando el tratamiento se establece en consonancia con el tipo

de patrón de respuesta, los resultados terapéuticos suelen maximizarse. Más aun, la existencia de asincronía entre los patrones de respuesta cognitiva y somática parece relacionarse con pobres resultados y pronósticos terapéuticos.

Aparte de este interés de tipo práctico, la distinción cognitivo-somática de la ansiedad posee implicaciones psicopatológicas fundamentales. Recientemente se ha puesto especial énfasis en el concepto de preocupación (*worry*) como fenómeno crucial de la ansiedad cognitiva (véase Mathews, 1990) y, en particular, como componente diferencial del trastorno de ansiedad generalizada (Barlow y Di Nardo, 1991; Brown, Antony y Barlow, 1992; Borkovec, Shadick y Hopkins, 1991; Echeburúa, 1993). Un esfuerzo impresionante en esta línea de investigación ha sido llevado a cabo por el grupo de Borkovec en la Pennsylvania State University (por ejemplo, Andrews y Borkovec, 1988; Borkovec y Hu, 1990; Borkovec et al., 1991; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). Borkovec y colaboradores subrayan que la preocupación está estrechamente relacionada con lo que frecuentemente denominamos como «aspectos cognitivos de la ansiedad», diferenciándose de los «aspectos somático/fisiológicos o emocionalidad». En la preocupación, tanto la normal como la patológica, los procesos son predominantemente cognitivos, asociándose a escasa activación fisiológica periférica y a facilitación de pensamiento intrusivo (intrusiones de pensamiento negativo).

Otra línea reciente de evidencia asociada a la distinción somático-cognitiva de la ansiedad está relacionada con la sintomatología de los ataques de pánico y con el constructo de sensibilidad a la ansiedad. A la luz de la investigación reciente, parece evidente que el fenómeno del pánico posee una relación tan estrecha con los componentes biológicos de la ansiedad (¿ansiedad somática?) como el trastorno de ansiedad generalizada lo es con respecto a la preocupación (¿ansiedad cognitiva?). La especificidad del pánico para las sensaciones fisiológicas de ansiedad (Rapee, Ancis y Barlow, 1988) no significa, como han supuesto algunos autores (por ejemplo, Sheehan, 1982), que la denominada ansiedad fisiológica o somática esté causada por fenómenos estrictamente orgánicos y que exijan un tratamiento igualmente orgánico (véanse Echeburúa y Corral, 1992; Sandín, 1991; Sandín y Chorot, 1991a, 1991b).

El concepto de sensibilidad a la ansiedad (Reiss y McNally, 1985) denota la tendencia a responder con miedo a los síntomas de ansiedad, basado en la creencia de que tales síntomas poseen propiedades peligrosas. La sensibilidad a la ansiedad parece ser más adecuadamente conceptualizada como el miedo a ciertas sensaciones corporales, siendo, asimismo, mejor predictor del ataque de pánico inducido experimentalmente que la historia previa de ataques de pánico u otras variables (McNally, 1990).

El objetivo de este trabajo es doble. Por una parte pretendemos analizar la consistencia de la división entre ansiedad cognitiva y somática empleando el cuestionario CSAQ de Schwartz et al. (1978) con sujetos adolescentes. En principio, partimos de que

si bien el CSAQ podría ser el cuestionario mejor concebido para evaluar estas dos formas de ansiedad (Stephoe y Kearsley, 1990), también es cierto que ha sido duramente criticado por poder presentar serias dudas respecto a su consistencia interna y validez (Crits-Christoph, 1986; DeGood y Tait, 1986; Freedland y Carney, 1988). Además, que nosotros separamos, aunque el cuestionario puede aplicarse a muestras de sujetos adolescentes, aún no se ha empleado con este tipo de muestras para constatar la separación cognitivo-somática predicha. En segundo lugar, intentamos analizar la relación entre estas dos dimensiones de la ansiedad y los constructos de preocupación (*worry*) y sensibilidad a la ansiedad (*anxiety sensitivity index*) desarrollados recientemente, así como también con respecto a la frecuencia de sintomatología somática. Adicionalmente incluimos medidas de miedos, rasgo de ansiedad y depresión. Si nuestras predicciones son correctas, la ansiedad cognitiva medida a través del CSAQ deberá asociarse más específicamente con la variable de preocupación, mientras que la ansiedad somática lo hará con las variables de sensibilidad a la ansiedad y síntomas somáticos.

Método

Sujetos

La muestra total consistió en 183 sujetos, de los cuales 78 son varones y 105 son mujeres. Todos los sujetos poseían edades comprendidas entre 16 y 17 años (varones: $\bar{x} = 16,53$, $DT = 0,49$; mujeres: $\bar{x} = 16,59$, $DT = 0,48$), eran estudiantes de BUP, y no manifestaban ningún tipo de diagnóstico médico o psicológico ni estaban bajo tratamiento en el momento de la aplicación de las pruebas. Todos los sujetos participaron voluntariamente en la investigación. Previamente se les informó que se trataba de un estudio sobre aspectos emocionales y salud y que su colaboración era absolutamente voluntaria, sin que por ello recibiesen ningún tipo de compensación especial.

Medidas y procedimiento

Todos los sujetos cumplimentaron de forma colectiva los cuestionarios que se describen a continuación. En cualquier caso, se procuró que los sujetos entendiesen claramente las instrucciones específicas de cada cuestionario, atendiendo cualquier duda al respecto. También procuramos que las condiciones de aplicación fuesen semejantes para todos los individuos.

Cuestionario de Ansiedad Cognitiva-Somática Cognitive-Somatic Anxiety Questionnaire, CSAQ (Schwartz et al., 1978). Se utilizó la versión española de Sandín y Chorot (1990a). El cuestionario consta de 14 ítems, de los cuales 7 son de índole cognitivo (subescala cognitiva) y 7 de tipo somático

(subescala somática). Los sujetos deben contestar a los diferentes ítems según cómo experimenten típicamente cada uno de los síntomas cuando se sienten nerviosos o con ansiedad en una escala tipo Likert graduada de 1 a 5.

Cuestionario de Preocupación PSWQ (Penn State Worry Questionnaire, PSWQ), de Meyer et al. (1990). Utilizamos la versión española de Sandín y Chorot (1991d). Es un cuestionario de 16 ítems diseñado por el grupo de Borkovec para evaluar el nivel general de preocupación (no evalúa áreas o esferas específicas de preocupación). La validez y fiabilidad de este cuestionario ha sido demostrada en varios trabajos empíricos recientes (Brown et al., 1992; Davey, 1992; Meyer et al., 1990). Cada sujeto estimó, en un rango de 1 a 5, el grado con que el enunciado de cada ítem era típico en él. Ejemplos de ítems de este cuestionario son «Me agobian mis preocupaciones», «Siempre estoy preocupado por algo», etc.

Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (Anxiety Sensitivity Index, ASI) (Peterson y Reiss, 1987). Empleamos la versión española de Sandín y Chorot (1990b). El ASI está constituido por 16 ítems y pretende medir el miedo a los síntomas de ansiedad. Cada ítem expresa una creencia acerca de las consecuencias negativas de la experiencia de los síntomas de ansiedad (p. ej., son ítems del ASI «Las sensaciones corporales poco habituales me asustan», «Me asusto cuando me siento tembloroso», etc.). El sujeto contesta a cada ítem según una escala Likert de 5 puntos. Datos en apoyo de la fiabilidad y validez de este cuestionario han sido publicados en varios trabajos (Peterson y Heilbronner, 1987; Peterson y Reiss, 1987).

Cuestionario de Miedos (Fear Questionnaire, FQ) (Marks y Mathews, 1979). Se utilizó la versión española de Chorot y Sandín (1989). El FQ fue desarrollado por Marks y Mathews para obtener medidas sobre tres tipos de miedos o fobias, esto es, fobia social, agorafobia y fobias a situaciones relacionadas con la sangre y las heridas. El sujeto debe valorar, de acuerdo con una escala de 1 a 8, su comportamiento de evitación habitual a una serie de situaciones fóbico-relevantes. Tanto la validez como la fiabilidad del FQ han sido demostradas (Marks y Mathews, 1979; Mavissakalian, 1986). Si bien el cuestionario consta de 23 ítems, sólo hemos utilizado los 15 relevantes para esta investigación (el resto son ítems de interés más estrictamente terapéutico).

Escala de Síntomas Somáticos (ESS) (Sandín y Chorot, 1991c). Se trata de un cuestionario de 54 ítems diseñado para evaluar un amplio rango de síntomas y manifestaciones somáticas. Los sujetos deben cumplimentar el cuestionario según la frecuencia con que han experimentado cada uno de los síntomas durante el último año en una graduación de 1 a 5. Aparte de obtenerse una puntuación general en sintomatología somática, pueden también derivarse puntuaciones para las subescalas siguientes: Inmunológico General (IG), Cardiovascular (CV), Respiratorio (RS), Gastrointestinal (GI), Neurológico-Sensorial (NS), Piel-Alergia (PA), Músculo-Esquelé-

tico (ME), Genitourinario (GU) y Reproductor Femenino (RF). Datos aceptables sobre fiabilidad y validez del cuestionario han sido presentados por los autores.

Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo STAI (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Se empleó la versión española de TEA (Spielberger et al., 1982). Utilizamos únicamente los 20 ítems correspondientes a la parte que evalúa el rasgo de ansiedad. Los sujetos contestaron, según una escala de 1 a 4, indicando cómo se sienten habitualmente. La fiabilidad y validez de este cuestionario han sido ampliamente probadas.

Escala de Depresión SDS (Self-rating Depression Scale, SDS) (Zung, 1965). Aplicamos la versión española de Conde, Escrivá e Izquierdo (1970). La escala está compuesta por 20 ítems, graduados de 1 a 4, que evalúan el tiempo y frecuencia con que el sujeto exhibe los diferentes síntomas depresivos. La validación española de la escala (Conde et al., 1970) denota que sus propiedades psicométricas son aceptables.

Resultados

En la tabla 1 presentamos los resultados correspondientes a las puntuaciones medias y desviaciones típicas de cada uno de los ítems del cuestionario CSAQ. Se observa que los ítems cognitivos suelen exhibir puntuaciones medias más elevadas que los ítems somáticos. Los ítems con puntuaciones más

TABLA 1
Medias y desviaciones típicas (DT) correspondientes a los ítems del CSAQ

Núm. de ítem y contenido	Media	DT
<i>Ítems cognitivos:</i>		
1. Dificultad para concentrarse	2,58	1,16
3. Preocupación excesiva	2,71	1,20
5. Imaginar escenas terroríficas	1,87	1,24
7. Imágenes que producen ansiedad	1,78	1,05
9. Pensamientos triviales molestos	2,65	1,14
11. No poder decidirse	2,58	1,17
13. Pensamientos que producen ansiedad	1,94	1,10
<i>Ítems somáticos:</i>		
2. Latido cardíaco acelerado	1,95	0,92
4. Sensaciones corporales de nerviosismo	2,65	1,08
6. Diarrea	1,26	0,61
8. Tensión en el estómago	2,08	1,13
10. Inquietud motora	2,37	1,14
12. Inmovilización	1,45	0,82
14. Sudoración	2,03	0,98

bajas son los ítems somáticos relacionados con inmovilización y diarrea. Respecto a la subescala cognitiva, claramente los ítems que hacen referencia a fenómenos de imaginación (ítems 5 y 7) son los que se asocian a menor grado de ansiedad.

La figura 1 muestra las medias y desviaciones tí-

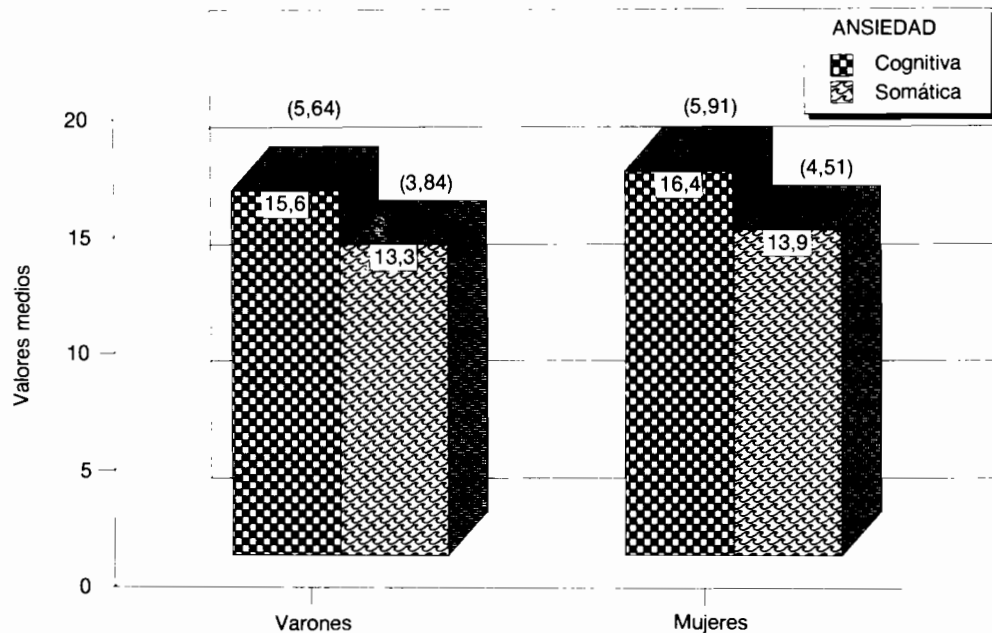


Figura 1. Diferencias entre ansiedad somática y cognitiva en varones ($p < 0,03$) y mujeres ($p < 0,01$). (Desviaciones típicas entre paréntesis.)

picas obtenidas en las dimensiones cognitiva y somática, respectivamente. Puede observarse que las medias son superiores en la dimensión cognitiva, tanto en mujeres como en varones. Por otra parte, se evidencia una ligera tendencia hacia mayores puntuaciones en el grupo de mujeres. Un análisis de varianza de 2×2 (sexo \times subescala) demostró que los valores de la subescala cognitiva eran significativamente mayores que los de la subescala somática [$F(1/181) = 16,56, p < 0,001$], pero no que las puntuaciones de las mujeres fueran significativamente mayores que las de los varones [$F(1/181) = 0,47, p > 0,05$]. No se observó interacción entre las variables sexo y tipo de subescala. Al analizar las diferencias entre las dimensiones cognitiva y somática separadamente según el sexo, se observó que las puntuaciones eran significativamente superiores para la dimensión cognitiva tanto en varones [$F(1/154) = 5,36, p = 0,021$] como en mujeres [$F(1/208) = 7,46, p = 0,007$].

Con objeto de analizar la consistencia de las dimensiones cognitiva y somática de la ansiedad evaluadas a través del CSAQ, factorizamos los ítems de este cuestionario mediante el método de análisis de componentes principales y rotación Varimax. Se retuvieron aquellos factores con valor propio igual o superior a la unidad. Los resultados aparecen en la tabla 2. Puede observarse que se obtienen cuatro factores, en lugar de los dos factores puros que podrían predecirse del modelo de Schwartz et al. (1978). De estos cuatro factores, dos corresponden a dimensiones cognitivas (factores 1.º y 3.º) y dos a dimensiones somáticas (factores 2.º y 4.º). En el pri-

TABLA 2

Análisis factorial de los ítems del CSAQ empleando rotación Varimax (las comas decimales han sido omitidas)

Núm. de ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
1	663	285	542	144
2	138	716	110	167
3	240	105	802	-017
4	384	638	578	129
5	707	041	150	089
6	-015	524	106	743
7	808	224	108	099
8	151	766	306	017
9	221	-132	817	095
10	145	793	450	183
11	598	268	282	242
12	155	150	157	150
13	784	130	321	-026
14	194	292	102	765
Valor propio	5,38	1,44	1,21	1,01
Varianza (%)	38,47	10,26	8,63	7,10

Varianza total explicada = 64,46 %

TABLA 3

Coefficientes alfa de Cronbach y correlaciones entre las subescalas del CSAQ

Subescala	Varones	Mujeres
Cognitiva (C)	0,83	0,84
Somática (S)	0,70	0,77
Correlación entre C y S	0,65*	0,63*

* $p < 0,001$.

mer factor obtienen saturaciones relativamente altas todas las variables cognitivas excepto las relativas a los ítems 3 y 9. Estas dos últimas configuran significativamente el factor 3, son claramente de tipo «preocupación» (*worry*) y parecen diferenciarse de otros ítems cognitivos de tipo imaginación/intrusión. En el segundo factor saturan de forma relevante la mayoría de las variables somáticas, con excepción significativa del ítem 12 (quedar inmobilizado) que parece diferenciarse claramente del resto de ítems de la dimensión somática. Los pesos importantes del cuarto factor corresponden a las dos variables somáticas que poseen menor grado de componente subjetivo (diarrea y sudoración).

Los coeficientes alfa de Cronbach tienden a ser superiores en la escala cognitiva que en la escala somática (tabla 3). No obstante, en ambos casos parecen resultar suficientemente elevados. En esta misma tabla se indican los coeficientes de correlación de Pearson entre las dos subescalas del CSAQ.

En la tabla 4 referimos las correlaciones entre las dimensiones cognitiva y somática del CSAQ y otras variables emocionales y somáticas. Puede observarse que los patrones de correlación son muy semejantes al comparar los grupos de varones y mujeres. Mientras que la sensibilidad a la ansiedad correlaciona significativamente alto con ambas dimensiones (cognitiva y somática), la preocupación lo hace en mayor grado con la dimensión cognitiva. Los niveles de miedos del FQ correlacionan tal vez menos de lo esperado con el CSAQ. La ansiedad rasgo correlaciona más alto con la ansiedad cognitiva que con la somática; esto mismo ocurre con la depresión. Finalmente, las diferentes subescalas de sintomatología somática correlacionan significativamente con ambas dimensiones de la ansiedad, si bien se observa una clara tendencia general de mayores correlaciones con la dimensión somática (excepto las subescalas relacionadas con los sistemas Genitourinario y Reproductor).

Con el fin de obtener más información sobre la asociación entre estas variables, llevamos a cabo un análisis factorial eliminando las variables del FQ e incluyendo de la ESS únicamente la puntuación total de la escala. Las variables del FQ fueron eliminadas porque, al menos en esta muestra, parecían poseer en general escasa relación con las restantes variables. Sólo se incluyó la puntuación global de la ESS porque sus diferentes subescalas parecían exhibir

TABLA 4

Correlaciones entre las subescalas cognitiva y somática del CSAQ y otras medidas emocionales y somáticas

Variable	VARONES		MUJERES	
	Cognitiva	Somática	Cognitiva	Somática
Sensibilidad a la ansiedad (ASI)	0,60*	0,51*	0,70*	0,66*
Preocupación (<i>worry</i>) (PSWQ)	0,56*	0,38*	0,52*	0,35*
Cuestionario de miedos (FQ):				
Social	0,38*	0,32*	0,19	0,18
Agorafobia	0,12	0,25*	0,13	0,14
Sangre/heridas	0,16	0,12	0,04	0,05
Ansiedad-rasgo (STAI)	0,61*	0,58*	0,78*	0,66*
Depresión (SDS)	0,36*	0,23*	0,41*	0,24*
Escala de Síntomas Somáticos (ESS):				
Inmunológico	0,50*	0,69*	0,56*	0,49*
Cardiovascular	0,43*	0,56*	0,40*	0,51*
Respiratorio	0,53*	0,58*	0,44*	0,55*
Gastrointestinal	0,32*	0,38*	0,50*	0,52*
Neurosensorial	0,62*	0,73*	0,55*	0,64*
Piel-alergia	0,29*	0,52*	0,49*	0,52*
Musculoesquelético	0,47*	0,55*	0,52*	0,57*
Genitourinario	0,31*	0,31*	0,58*	0,37*
Reproductor femenino			0,44*	0,30*

* $p < 0,01$.

escasas diferencias entre sí respecto a sus relaciones con ambas dimensiones de la ansiedad. La estructura factorial obtenida aparece en la tabla 5. Tanto el método como el criterio de obtención de los factores fue idéntico al anterior análisis. Se obtuvieron dos factores que explican cerca del 80 por 100 de la varianza total. En la tabla sólo se indican los pesos factoriales superiores a 0,300. Mientras que el primer factor está más caracterizado por componentes somáticos de la ansiedad, el segundo es un claro factor de preocupación (*worry*). Tanto la ansiedad cognitiva (CSAQ) como la ansiedad rasgo (STAI) saturan en este segundo factor de forma más elevada que en el primero. La variable depresión no sa-

tura significativamente en ninguno de los dos factores.

Discusión

Observamos que los valores medios del CSAQ son ligeramente más bajos a los informados por otros autores (por ejemplo, Crits-Christoph, 1986; DeGood y Tait, 1986) sobre muestras no clínicas. Esto podría deberse a que nosotros hemos utilizado una muestra de adolescentes, con edades más jóvenes que las muestras empleadas en tales estudios. Otra diferencia importante con respecto a estos autores es que en nuestros datos no existen diferencias significativas entre varones y mujeres, aun cuando las mujeres tienden a puntuar de forma ligeramente superior. En general se ha venido observando que las mujeres alcanzan puntuaciones más elevadas que los varones en ambas dimensiones de la ansiedad (Crits-Christoph, 1986; DeGood y Tait, 1986; Steptoe y Kearsley, 1990). La única explicación coherente a esta discrepancia debería cifrarse, asimismo, en base a diferencias en las muestras empleadas. Un aspecto que parece bastante claro en nuestro estudio es que los sujetos tienden a puntuar significativamente más alto en la dimensión cognitiva que en la somática. Este resultado está en sintonía con lo publicado por Crits-Christoph (1986) y DeGood y Tait (1986), pero está en desacuerdo con Steptoe y Kearsley (1990). No obstante, los datos de estos últimos autores presentan ciertas contradicciones en este sentido.

TABLA 5

Análisis factorial de las subescalas del CSAQ y otras variables de autoinforme mediante rotación Varimax

Variable	Factor 1	Factor 2
Ansiedad cognitiva (CSAQ)	0,542	0,668
Ansiedad somática (CSAQ)	0,762	-
Sensibilidad a la ansiedad (ASI)	0,665	-
Preocupación (PSWQ)	-	0,930
Ansiedad-rasgo (STAI)	0,491	0,663
Depresión (SDS)	-	-
Síntomas somáticos (ESS)	0,889	-
Valor propio	4,77	2,03
Varianza (%)	45,73	21,65

Varianza total aplicada = 77,38 %

La estructura factorial obtenida con los ítems del CSAQ denota que este cuestionario no parece evaluar dos dimensiones puras de la ansiedad tal y como preconiza. De hecho, otros autores han obtenido igualmente cuatro factores que vienen a explicar un porcentaje de varianza semejante al aquí referido (DeGood y Tait, 1986; Fredland y Carney, 1988). Un fenómeno que parece replicarse en los diferentes estudios factoriales es que el ítem de la subescala somática relativo a quedarse inmobilizado no suele saturar de forma relevante en los diferentes factores, o bien lo hace de forma más acusada en factores de tipo cognitivo. De hecho, tal vez este ítem no debería ser considerado de tipo somático. Otro aspecto que también merece discusión es la diferenciación de los ítems de preocupación respecto a los demás ítems de naturaleza cognitiva. Algo semejante, aunque no tan claro como en nuestro trabajo, fue obtenido por DeGood y Tait (1986). Este tipo de diferenciación parece apoyar la separación entre los componentes de preocupación y las ideas y pensamientos intrusivos sugerida previamente por Gross y Eifert (1990), a propósito de estudiar los componentes de la ansiedad cognitiva en el trastorno de ansiedad generalizada. Resulta difícil mantener la simple dicotomía cognitivo/somática, tal y como se defiende en el modelo de Schwartz. Parece más plausible asumir que existen varias dimensiones de índole cognitiva y posiblemente varias de tipo somático. En un futuro deberá prestarse más atención a la separación del *worry* de otros componentes de la ansiedad cognitiva, aun cuando existe cierta tendencia a considerar esta variable como el principal elemento de la ansiedad cognitiva (Mathews, 1990; Barlow y Di Nardo, 1991; Borkovec et al., 1991; Davey, 1993). En relación con la dimensión somática del CSAQ, no se constata una separación bifactorial tan clara como en la variante cognitiva. Podría pensarse en una diferenciación entre componentes autónomos (sudoración, aceleración cardíaca, malestar en estómago, diarrea) y somatomotores (es decir, somáticos en el sentido estricto). Un problema es que los pretendidamente ítems del sistema somático, por ejemplo, sensaciones corporales de nerviosismo, inquietud motora e inmovilización, son ítems parcialmente confusos (la inmovilización, por ejemplo, podría implicar más componentes cognitivos que somáticos; de hecho, en algunos trabajos se ha asociado más específicamente con los ítems cognitivos del cuestionario).

La sensibilidad a la ansiedad se entiende como predisposición a responder con ansiedad a los síntomas de ansiedad (Reiss y McNally, 1985). Más recientemente McNally (1990) ha sugerido que la sensibilidad a la ansiedad debería entenderse más bien como el miedo a ciertas sensaciones corporales, las cuales no necesariamente tienen que producirse por ansiedad. Si nos basamos en la primera parte de esta conceptualización, nos extraña que nuestros datos no reflejen una asociación más específica entre la sensibilidad a la ansiedad y la ansiedad somática medida a través del CSAQ. Si nos centramos en la segunda parte de la definición de McNally, no nos

extraña dicha no asociación puesto que el CSAQ evalúa la experiencia de las reacciones o manifestaciones únicamente «cuando está nervioso o siente ansiedad», no según la forma en que el sujeto las experimenta habitualmente esté o no bajo condiciones de ansiedad. Por otra parte, el índice de sensibilidad a la ansiedad, más que la reacción orgánica al estrés, denota fenómenos cognitivos como «creencias o tendencias a interpretar las reacciones orgánicas». En principio, pues, podría encontrarse a medio camino entre los fenómenos más estrictamente somáticos y cognitivos. No obstante, tal y como se refleja del análisis factorial referido en la tabla 5, preocupación y sensibilidad a la ansiedad podrían representar dos constructos asociados a dimensiones claramente distintas de la ansiedad.

A modo de conclusión, los datos que aquí hemos presentado ofrecen información empírica sobre nuevos constructos de ansiedad que antes no había sido referida. Si bien aún no es posible obtener conclusiones definitivas ni definitorias, lo cierto es que parece necesario delimitar de forma más precisa la naturaleza de estos constructos, no sólo para diferenciarlos conceptualmente de otros términos de ansiedad ya clásicos como el rasgo de ansiedad, o la dicotomización cognitivo versus somático, sino también por su potencial aplicación para un conocimiento más preciso de los trastornos de ansiedad.

Referencias

- Barlow, D. H. y Di Nardo, P. A. (1991). The diagnosis of generalized anxiety disorder: Development, current status and future directions. En R. M. Rapee y D. H. Barlow (eds.), *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-depression* (pp. 95-118). New York: Guilford Press.
- Bermúdez, J. (1978). Análisis funcional de la ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 33, 617-634.
- Borkovec, T. D., Shadick, R. N. y Hopkins, M. (1991). The nature normal and pathological worry. En R. M. Rapee y D. H. Barlow (eds.), *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-depression* (pp. 29-51). New York: Guilford Press.
- Brown, T. A., Antony, M. M. y Barlow, D. H. (1992). Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 33-37.
- Chorot, P. y Sandín, B. (1989). *Cuestionario de Miedos de Marks y Mathews*. Madrid: UNED (no publicado).
- Conde, V., Escrivá, J. e Izquierdo, J. (1970). Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. *Archivos de Neurobiología*, 33, 185-206.
- Crits-Christoph, P. (1986). The factor structure of the Cognitive-Somatic Anxiety Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 685-690.
- Davey, G. C. L. (1993). A comparison of the three worry questionnaires. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 51-56.
- DeGood, D. E. y Tait, R. C. (1987). The Cognitive-Somatic Anxiety Questionnaire: Psychometric and validity data. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 9, 75-87.

- Echeburúa, E. (1993). Evaluación y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada: Nuevas perspectivas. *Psicología Conductual*, 1, 233-254.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (eds.) (1992). *La agorafobia: Nuevas perspectivas de evaluación y tratamiento*. Valencia: Promolibro.
- Freedland, K. E. y Carney, R. M. (1988). Factor analysis of the Cognitive-Somatic Anxiety Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 10, 367-375.
- Gross, P. R. y Eifert, G. H. (1990). Components of generalized anxiety: The role of intrusive thoughts versus worry. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 421-428.
- Marks, I. M. y Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Mavissakalian, M. (1986). The Fear Questionnaire: A validity study. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 83-85.
- McNally, R. (1990). Psychological approaches to panic disorder: A review. *Psychological Bulletin*, 108, 403-419.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Peterson, R. A. y Reiss, S. (1987). *Anxiety Sensitivity Index Manual*. Palos Heights: International Diagnostic Systems.
- Peterson, R. A. y Heilbronner, R. L. (1987). The anxiety sensitivity index: Construct validity and factor analytic structure. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 117-121.
- Peterson, R. A. y Heilbronner, R. L. (1987). The Anxiety Sensitivity Index. Construct validity and factor analytic structure. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 117-121.
- Sandín, B. (1991). Perspectivas actuales en la psicopatología de la ansiedad. En J. Buendía (ed.), *Psicología clínica y salud* (pp. 113-128). Murcia: Publ. Univ. Murcia.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1986). Relaciones entre formas de adquisición, patrón de respuesta y tratamiento de la ansiedad. En B. Sandín (ed.), *Aportaciones recientes en psicopatología* (pp. 101-119). Madrid: Dykinson.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1990a). *Cuestionario de Ansiedad Cognitiva-Somática de Schwartz, Davidson y Goleman*. Madrid: UNED (no publicado).
- Sandín, B. y Chorot, P. (1990b). *Índice de Sensibilidad a la Ansiedad de Peterson y Reiss*. Madrid: UNED (no publicado).
- Sandín, B. y Chorot, P. (1991a). Trastornos de pánico: Consideraciones sobre su naturaleza, etiología y tratamiento. En G. Buela y V. E. Caballo (Eds.), *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1991b). Psicopatología de la ansiedad. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de psicopatología*. Valencia: Promolibro.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1991c). Escala de Síntomas Somáticos (ESS). *III Congreso de Evaluación Psicológica*. Barcelona, 23-25 de septiembre.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1991d). *Cuestionario de Preocupación PSQW*. Madrid: UNED (no publicado).
- Schwartz, G. E., Davidson, R. J. y Goleman, D. J. (1978). Patterning of cognitive and somatic processes in the self-regulation of anxiety: Effects of meditation versus exercise. *Psychosomatic Medicine*, 40, 321-328.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *State-Trait Anxiety Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Stephens, A. y Kearsley, N. (1990). Cognitive and somatic anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 75-81.
- Zung, W. W. K. (1965). Self-rating Depression Scale (SDS). *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.