

212  
23

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MEXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGIA

EL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD  
COGNOSCITIVA-SOMATICA.  
VALIDEZ Y CONFIABILIDAD EN  
MUESTRAS MEXICANAS CLINICAMENTE  
SIGNIFICATIVAS

TESIS QUE PRESENTAN

SANDRA BEATRIZ SALVATIERRA IBARRA

Y

EMMA IVONNE BORRAS GARCIA

PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Director de Tesis:  
Lic. Pablo Valderrama Iturbe

1996

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

Contenido	Pág.
RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
I. EL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD COGNOSCITIVA-SOMATICA, ORIGEN Y ESTRUCTURA.....	5
II. INVESTIGACION RELACIONADA CON EL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD COGNOSCITIVA-SOMATICA.....	7
A. LA INVESTIGACION PSICOMETRICA, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CACS.....	7
B. INVESTIGACION BASICA UTILIZANDO EL CACS.....	10
C. INVESTIGACION CLINICA UTILIZANDO EL CACS.....	12
III. INVESTIGACION UTILIZANDO EL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD COGNOSCITIVA-SOMATICA EN MEXICO.....	14
A. MEDICION DEL ESTRES EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.....	15
B. MEDICION DE LA ANSIEDAD EN DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO.....	16
C. MEDICION DE LA ANSIEDAD EN AMBIENTES DE PROCURACION DE JUSTICIA.....	17
D. ANSIEDAD ANTE LA ENFERMEDAD CRONICA; CANCER.....	19
E. CAPACITACION PARA EL CONTROL DEL ESTRES EN TRABAJADORES DE CUELLO BLANCO.....	20
F. NECESIDAD DE UNA CARACTERIZACION PSICOMETRICA DEL CACS.....	21
OBJETIVO GENERAL.....	22
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	22
METODO.....	23
A. SUJETOS.....	23
B. INSTRUMENTO.....	25
C. PROCEDIMIENTO.....	27
RESULTADOS.....	29
A. CARACTERISTICAS DE LAS MUESTRAS EVALUADAS.....	30
B. VALIDEZ DEL CONSTRUCTO DEL CACS.....	32
C. CONFIABILIDAD POR CONSISTENCIA INTERNA DEL CACS.....	37
D. ESTADISTICAS DESCRIPTIVAS GENERALES Y POR SEXO.....	38
E. COMPARACION DE RESULTADOS DEPENDIENDO DE LAS MUESTRAS.....	42
F. SINTESIS DE RESULTADOS.....	46
DISCUSION.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	52
ANEXO I. VERSION DEFINITIVA DEL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD COGNOSCITIVA-SOMATICA.....	59

**A nuestro Jurado:**

Dr. Benjamín Domínguez Trejo

Dr. Héctor Lara Tapia

Lic. Pablo Valderrama Iturbe

Lic. Samuel Jurado Cárdenas

Lic. José Martínez Guerrero

Por el apoyo que nos brindaron para la realización de este trabajo.

**Al Dr. Benjamín Domínguez Trejo**

Por el apoyo, la amistad y la confianza que tan desinteresadamente nos brindó para lograr la meta de este trabajo.

**Al Lic. Pablo Valderrama**

Por su amistad, apoyo y dedicación para la culminación de este trabajo, por ser un gran maestro y guía en nuestra experiencia profesional.

**Al Lic. Alfonso Fernández**

Por brindarnos el apoyo necesario en la parte estadística.

**A la Universidad Nacional Autónoma de México**

Por su apoyo como Institución.

**A la memoria de mi Padre**

Don. José Antonio Salvatierra  
Cano †

Porque aunque no estés conmigo,  
me dejaste lo principal, tu amor,  
confianza y lo más grande; la  
felicidad de saber que tuve el  
mejor padre y amigo a mi lado  
siempre que te necesité.

**A mi Madre †**

Con especial dedicatoria porque  
hasta el final de su vida me  
impulsó para continuar mi  
preparación personal.

**A mi Madre**

Sra. Dolores Ibarra Vda. de  
Salvatierra

Porque gracias a tus desvelos y  
apoyo me enseñaste que el ser  
mujer no se queda en una palabra  
de cinco letras.

**A mi padre**

Por el apoyo y amor a lo largo  
de toda mi vida.

**A mis hermanos**

David, Esperanza, Elena, Ricardo,  
Silvia, Paty, Elizabeth, Gilberto y  
Carmen.

Porque aunque los hermanos no se  
escogen, me ví verdaderamente  
beneficiada en todos los aspectos  
con los que me tocaron, y si los  
pudiera escoger, nuevamente  
serían ellos.

**A todos mis hermanos y  
Sobrinos**

Que forman parte de mi  
motivación para vivir y me  
impulsan a superarme



**A mi Esposo**

Juan José

Con todo el amor y cariño que te  
has ganado, por tu apoyo en todo  
momento y por impulsarme a  
seguir adelante como  
profesionista.

**A mi esposo**

Que llena mi vida de amor y  
alegría.

**A mi hijo**

Juanejosito

Porque has sido el mejor regalo  
que me ha dado dios y por que  
este trabajo sirva de guía para que  
alcances tus propias metas.

**A mi hija**

Que llena un espacio importante  
en mi corazón, y mi vida con su  
amor y alegría.

**A mis Sobrinos**

Octavio, Armando, Aldo, Andrea,  
Oswaldo, Pamela, Adrian,  
Alejandro, Elena, Jimena, Paola y  
Patricia.

Para que este trabajo sirva como  
ejemplo de que los sueños son  
alcanzables siempre que se luche  
por ellos.

**A Judith**

Por ser como una hermana para  
mí.

**A la Lic. Emma Ivonne Borrás  
García**

Por darme la confianza y amistad  
para culminar este trabajo juntas

**A mi amiga y compañera de  
tesis Lic. Sandra Salvatierra  
Ibarra**

Por su apoyo, motivación y gran  
participación en la elaboración  
de este trabajo.

**A mis amigos**

De los cuales no pongo nombre  
porque sería muy injusto omitir  
alguno por un olvido.

**A mis amigas, amigos y  
compañeros de toda mi vida  
escolar**

Por todos los momentos felices  
y de apuros que vivimos.

**A Dios**

**Por sus inmensas dádivas hacia  
mí.**

**A Dios nuestro señor y a  
JesúsCristo**

**Por guiarme por caminos donde  
pueda seguir sus enseñanzas.**

**SALVATIERRA Y BORRAS**

**DEDICATORIAS**

**A todos  
Gracias**

## RESUMEN

En la presente investigación se planteó como objetivo validar y confiabilizar el Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva-Somática (Schwartz, Davidson y Coleman 1978).

Para el logro del objetivo, se reunió parte de la investigación realizada de 1987 a la fecha por Benjamín Domínguez y Pablo Valderrama. De esa manera se lograron reunir los datos de 623 personas distribuidas en 8 muestras clínicamente significativas: Víctimas de Delitos Violentos (N=137); Policías Judiciales del Distrito Federal (N=129); Personal Administrativo de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (N=83); Mujeres con Cáncer Cérvico-Uterino (N=71); Personal Administrativo de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (N=71); Deportistas de Alto Rendimiento (N=69); Ministerios Públicos y Peritos de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (N=63).

Con base en estos resultados, se elaboró un banco de datos electrónico y se analizaron utilizando el "Paquete Estadístico Para las Ciencias Sociales" (SPSS). Se utilizó el programa "Frecuencias" para obtener las estadísticas descriptivas, la prueba de "T de Student" para conocer las diferencias entre sexos y entre muestras, el "Análisis Factorial" para determinar la estructura de factores de la escala y, por último, el programa "Reliability" para definir la confiabilidad por medio del Alpha de Cronbach.

En el análisis factorial se encontró que el Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva-Somática mide claramente dos factores: uno cognoscitivo y uno somático, estableciendo así la validez de constructo del instrumento. Los dos factores obtenidos y la escala total cuentan con un coeficiente Alpha mayor a 0.80, lo que indica un aceptable grado de confiabilidad. La preocupación y la desconcentración son las reacciones cognoscitivas de ansiedad más alta de toda la población, y la taquicardia la mayor reacción somática. En la mitad de los reactivos hubo diferencias en el reporte subjetivo de ansiedad por género, siendo las mujeres las que reportan siempre mayores niveles de la misma; la preocupación y la tensión en el estómago son las reacciones que definen más específicamente a las mujeres.

Las mujeres con Cáncer, las Víctimas de Delitos Violentos, los Deportistas de Alto Rendimiento y el Personal Administrativo de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, resultaron ser las muestras con un nivel más alto de ansiedad, lo que contribuye a definir la validez de criterio del CACS.

Se concluye señalando que tenemos un instrumento de aplicación rápida y clínicamente útil mismo que en el presente trabajo se validó y confiabilizó psicométricamente. Se recomienda su uso para contar con índices de ansiedad en escenarios institucionales y en situaciones que impidan aplicar otros métodos más complejos.



## INTRODUCCION

El presente trabajo tiene como finalidad introducir en la Psicología Mexicana un nuevo instrumento de medición de la ansiedad para fines clínicos y con características para su aplicación más rápidas y sencillas.

El propósito de contar con instrumentos que no requieran un trabajo tan elaborado como el integrar una batería, pero sin perder por ello la eficacia del mismo, permite al trabajador de la salud en el proceso de toma de decisiones clínicas para ejecutar la evaluación diagnóstica inicial y la secuencia del tratamiento, intervenir con prontitud y atacar en un tiempo más corto los estragos por los que un sujeto ansioso solicita ayuda, permitiendo con ello elevar su nivel de calidad de vida, que le permita ver más óptima y objetivamente las circunstancias en las que se desenvuelve cotidianamente y que son factores ansiógenos en su diario desarrollo.

Actualmente podemos percibir un crecimiento desmedido de la ansiedad en diferentes poblaciones. Si bien es cierto que las grandes urbes se desarrollan a un paso acelerado, también es cierto que la situación en la que se encuentra el hombre por adaptarse a su medio con pasos agigantados es un factor que se transforma en una fuente de ansiedad. También la competencia por alcanzar una vida mejor, obliga a los trabajadores a vivir con mayores niveles de ansiedad, lo que redundará tanto en malestar físico como psicológico, haciendo que el "mejoramiento de vida" sólo se pueda manifestar a un nivel económico y no físico y/o psicológico.

Es importante que los especialistas en conducta humana, que coadyuvamos en la medida de nuestras posibilidades a que los individuos logren un mejor

nivel de vida, contemos con los medios necesarios para alcanzar esta meta. Por ello, es conveniente que en este campo se cuente a nivel evaluativo con instrumentos que permitan fácil y rápidamente medir el tipo y el nivel de ansiedad, para con ello poder intervenir más eficaz y prontamente en problemas más específicos asociados a este trastorno.

A diferencia de las mediciones en las cuales el psicólogo mide la ansiedad después de haber sometido al sujeto a una tarea cansada y larga, que haría perder un tiempo clínico valioso de trabajo, es importante contar con instrumentos que permitan una medida sensible y que deje ver el grado de ansiedad con reacciones más específicas, a fin de lograr una intervención pronta y eficaz que reintegre al individuo a su medio con habilidades necesarias para enfrentarlo.

Como ya se mencionó antes, el ritmo acelerado al que nos desarrollamos actualmente no puede detenerse, por lo que contar con los instrumentos rápidos y exactos que nos permitan, en poco tiempo y con poco esfuerzo del sujeto, obtener mediciones exactas, válidas y sensibles de la ansiedad, es indispensable para los trabajadores de la salud.

Si bien es cierto que en algunos países extranjeros se cuenta con instrumentos que permiten obtener información rápida, también es importante aclarar que en la población mexicana este trabajo casi no se ha realizado, por ello es necesario elaborar y/o adaptar nuevos instrumentos para la población mexicana que nos permitan medir estos factores ansiógenos, encontrando con ello las principales características de estos factores en nuestra población y así integrar nuevos instrumentos de

investigación y medición, que permitan al psicólogo de nuestro país atender e intervenir en estos padecimientos tan cotidianos, obteniendo con ello que el sujeto logre una mejor calidad de vida.

En esta perspectiva es que decidimos elaborar un estudio para determinar las características psicométricas de una escala breve de ansiedad: El Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva-Somática.

Este cuestionario fué traducido por Benajmín Domínguez Trejo, de la Facultad de Psicología de la UNAM, en el año de 1987.

A partir de entonces se ha aplicado sin exagerar, cientos de veces para realizar evaluaciones de diferentes poblaciones en muy variados proyectos de investigación.

Precisamente la finalidad del presente trabajo, fué reunir las escalas de algunas poblaciones clínicamente significativas y determinar su confiabilidad y validez. Para lograr esta meta, se realizó una revisión documental en torno a los estudios que previamente se realizaron con esta escala en otras latitudes y en nuestro país. Posteriormente, se presentan con más detenimiento los objetivos de la investigación, así como el método utilizado para lograrlos. Finalmente se muestran los niveles de confiabilidad, de validez y las estadísticas descriptivas obtenidas al aplicar el Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva-Somática.

## **I. EL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD COGNOSCITIVA-SOMÁTICA. ORIGEN Y ESTRUCTURA.**

El Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva-Somática (CACCS), fué propuesto originalmente en 1978 por Shuartz, Davidson y Goleman (1978), dentro de un estudio en el que los autores pretendían evaluar el impacto diferencial de tratamientos físicos y psicológicos para el control de la ansiedad.

Previo al trabajo de dichos autores se consideraba a la ansiedad como una respuesta única y total ante un estado de amenaza. Así, por ejemplo, Cofer y Appley (1976), postuló que la Ansiedad es una pulsión o "Drive".

Shuartz, Davidson y Goleman (1978), se ubican entre los primeros autores en proponer que la ansiedad no es una respuesta única del organismo, si no que puede presentarse al menos en 2 niveles con reacciones somáticas y con reacciones cognoscitivas.

Con base en estas ideas, diseñaron un estudio para identificar sujetos con niveles de ansiedad somática alta. A los primeros se les sometió a un tratamiento de meditación y a los segundos a una intervención para la reducción de la ansiedad somática, vía ejercicio físico. Para poder identificar a los sujetos crearon el CACCS a partir de otras escalas vigentes para la medición de la ansiedad.

Los resultados confirmaron sus hipótesis: pudo identificarse sujetos con niveles predominantemente más altos de ansiedad cognoscitiva vs. somática

y, la práctica de la meditación contribuyó a disminuir la primera y el ejercicio la segunda.

Aunque otros autores no han confirmado estos resultados (Sleptoe y Rearsley, 1990), las ideas sobre la multidimensionalidad de las reacciones de ansiedad y las caracterización psicométrica del CACS siguen vigentes.

En nuestro país, por ejemplo, para la medición de la ansiedad se utiliza predominantemente el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). Sin embargo, estas escalas no nos indican cuáles son las reacciones específicas que característicamente manifiestan de una manera más alta las personas a evaluar, sólo otorgan un puntaje para ubicar al sujeto en un continuo de ansiedad. El CACS sí permite diferenciar dichas reacciones; por tal motivo, hemos decidido seguir depurándolo, con la finalidad de hacer más grande el Banco de Instrumentos Psicológicos disponibles en nuestro país.

El Cuestionario es un instrumento sensible que mide ansiedad a dos niveles: cognoscitiva y somática. Consta de 14 reactivos de los cuales siete corresponden al nivel cognoscitivo (nonas) y siete al nivel somático (pares). Consta de cinco formas de evaluación que van desde nada, a bastante, con rangos de calificación de uno a cinco y usando el cero para aquellas que no hayan sido contestadas. Se sacan los totales sumando las cognoscitivas por separado de las somáticas.

A continuación describiremos los estudios Estadounidenses e Ingleses que han utilizado el CACS, así como algunas experiencias con el instrumento en la población mexicana.

## **II. INVESTIGACION RELACIONADA CON EL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD COGNOSCITIVA- SOMÁTICA**

### **A.- LA INVESTIGACION PSICOMETRICA. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CACS.**

La literatura científica generada para definir la validez del CACS ha utilizado, en gran medida, el Análisis Factorial que identifica la validez de constructo de la escala, y las correlaciones con otras mediciones de autorreporte o fisiológicas, para determinar su validez concurrente y discriminante. Los resultados obtenidos han sido diversos, a veces contradictorios, pero podemos adelantar que el CACS se perfila como un buen instrumento para medir al menos dos de las dimensiones de la ansiedad que ya están más o menos definidas: la cognoscitiva y la somática. Revisemos someramente algunos artículos relacionados con este tema.

De los estudios que se han realizado para conocer las características psicométricas del CACS, mencionaremos inicialmente el de Crits (1986) quien realizó un análisis factorial de los resultados obtenidos al aplicar el CACS a 227 estudiantes (con un promedio de edad de 25.5 años). A pesar

de que el análisis factorial arrojó las dos dimensiones principales del cuestionario ( una subescala cognoscitiva y una somática), los reactivos no cargaron en cada factor de una manera clara. Por ello, el autor propone que el CACS no es un cuestionario adecuado para medir la ansiedad somática y la cognoscitiva, por lo cual concluye que es necesario construir una escala mejor.

Por su parte, Delmonte y Ryan (1983) relizaron también un análisis factorial del CACS con 100 sujetos (cuya edad promedio fue de 33 años). Aplicando una rotación oblicua produjeron un factor predominantemente somático, uno exclusivamente cognoscitivo y un factor somático menor. La especificación de dar sólo dos factores para la rotación produjo un patrón oblicuo de dos factores que componen las subescalas somática y cognitiva del CACS y el modelo que le subyace, al separar las reacciones psicológicas y fisiológicas de los estados de ansiedad.

En el intento de definir la estructura del CACS como instrumento para medir ansiedad, Steptoe y Rearsley (1990) lo aplicaron junto con la Escala de Preocupación-Emocionalidad y el Cuestionario de Síntomas de Ansiedad a 340 personas. Realizaron un análisis factorial del CACS y de la Escala de Preocupación-Emocionalidad y en ambos inventarios identificaron la presencia de los dos factores clásicos: ansiedad somática y cognoscitiva. Los autores concluyen su artículo señalando que se recomienda al CACS como una medida útil de los dos componentes de la ansiedad, la mejor de las tres aplicadas.

Degood y Tait (1987) diseñaron una investigación para determinar algunas estadísticas descriptivas del CACS en estudiantes universitarios, explorar la estructura de factores del cuestionario y determinar algunos elementos de su validez concurrente. Aplicaron el CACS a 109 universitarios (54 mujeres y 55 hombres) junto con la lista de chequeo de síntomas (LCS) de Derogatis, el Cuestionario de Ansiedad Rasgo - Estado y algunos indicadores de salud - enfermedad. Analizaron la confiabilidad de las subescalas y encontraron que la somática tenía un  $\alpha$  de Cronbach = .757, la cognoscitiva de .806 y la escala total de .859. Esto significa que el CACS es una medida confiable de la ansiedad.

En el análisis factorial (realizado con la muestra total) encontraron 4 factores; uno fundamentalmente somático y tres fundamentalmente cognoscitivos. En sus conclusiones señalan que este análisis es exploratorio dado lo pequeño de la muestra, por lo que "en general, consideramos que los datos dan cierto apoyo a la distinción teórica de Schwartz y cols. (1978), así como cierta evidencia de que el CACS puede medir estas dimensiones". En cuanto a su validez concurrente, los autores encontraron que la subescala somática del CACS, correlacionaba significativamente con la subescala somatización de la lista de chequeo de síntomas y que la subescala cognoscitiva lo hacía con la subescala obsesión-compulsión de la LCS. Este dato confirma la validez concurrente del CACS.

Heimberg, Gansler, Dodge y Becker (1987) examinaron la validez convergente y discriminante del CACS en 26 hombres y 24 mujeres pacientes adultos que sufren de fobia social. Correlacionaron mediciones de cogniciones autorreportados y mediciones fisiológicas con los puntajes de



las subescalas del CACS. Las mediciones de ansiedad por cuestionarios y listas de pensamientos ante una prueba conductual, estuvieron más cercanamente relacionados con la subescala cognoscitiva del CACS, mientras que los puntajes de la tasa cardiaca correlacionaron más con la subescala somática. Encontraron también una correlación significativa entre ambas escalas. Su estudio apoya el uso clínico del CACS, aunque previenen sobre la necesidad de mayores estudios para definir su validez predictiva.

### **B.- INVESTIGACIÓN BÁSICA UTILIZANDO EL CACS.**

En esta sección describiremos algunos estudios experimentales realizados para : a) confirmar la validez del cuestionario y b) probar procedimientos de intervención utilizando el CACS como una variable dependiente.

En su investigación Tamaren, Carney y Allen (1985a) llevaron a cabo un estudio de validez al correlacionar las subescalas del CACS con diversos indicadores de ansiedad -incluida una medida de niveles de conductancia dérmica- que fueron tomados mientras las personas veían una película estresante. Los resultados indicaron que la subescala cognoscitiva correlacionaba con otras medidas de ansiedad cognoscitiva de autorreporte, mientras que la subescala somática (pero no la cognoscitiva) estaba asociada con niveles de conductancia dérmica producidos como respuesta al estrés. Una vez más vemos confirmada la validez del CACS.

En otro estudio, Tamaren Carney y Allen (1985b) intentaron probar la validez predictiva del CACS con 20 personas (de 21 a 47 años de edad) con

ansiedad predominantemente somática o cognoscitiva, recibieron un tratamiento que se igualaba con su modo de ansiedad predominante (a este grupo se le llamó grupo igualado), mientras que 12 personas recibieron un tratamiento que se enfocaba a su modo secundario de ansiedad (grupo no igualado). Después de 5 sesiones, los sujetos igualados reportaron significativamente menos síntomas de ansiedad que los sujetos no igualados. De acuerdo con los autores, los resultados apoyan la validez predictiva del CACS y sugieren que la ansiedad no es un fenómeno unidimensional.

Dada la separación teórica propuesta por Schwartz, Davidson y Goleman (1978) de que existen síntomas cognoscitivos y somáticos de la ansiedad, un corolario lógico era proponer que las intervenciones terapéuticas orientadas a reducir la ansiedad podrían ser más efectivas si se dirigiesen a un solo patrón de ansiedad cognoscitiva o somática del individuo. Estos últimos, por otro lado, tuvieron puntajes significativamente más bajos en ansiedad somática que aquellos que practicaban ejercicio.

Sin embargo, el optimismo inicial de esta propuesta no ha sido totalmente confirmado. En el estudio ya citado de Steptoe y Rearsley (1990), al aplicar el CACS y otras dos medidas de ansiedad a 340 personas (meditadores, atletas que compiten, personas que realizan ejercicio recreativo y sedentarios como control), no confirmaron que la meditación esté asociada con la reducción de la ansiedad cognoscitiva y que el ejercicio esté ligado a una baja ansiedad somática.

En ese mismo sentido, se encuentra el trabajo de Berger y Owen (1987). Los autores estudiaron las relaciones entre nada y reducción de la ansiedad en dos programas de frecuencia y duración diferentes. Para lograr este objetivo, aplicaron el Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado y el CACS a 100 estudiantes al inicio, en medio y al final de los cursos de natación. Los sujetos reportaron menos ansiedad estado después de nadar que antes, sin importar la duración o intensidad del ejercicio. Sin embargo, la actividad física de nadar no condujo a más reducción de la ansiedad somática que la cognoscitiva.

De igual modo, Norton y Johnson (1983) utilizando una muestra de estudiantes universitarios con fobia moderada a las serpientes (29 mujeres y 11 varones), encontraron que la ansiedad somática era disminuida efectivamente con técnicas de relajación muscular, pero que las técnicas de relajamiento cognoscitivo no fueron igualmente efectivas para reducir la ansiedad cognoscitiva.

### **C.- INVESTIGACION CLINICA UTILIZANDO EL CACS.**

También se han publicado estudios clínicos en los cuales se ha pretendido caracterizar psicofisiológicamente a las poblaciones, afinar procedimientos diagnósticos.

Delmonte (1985) diseñó un estudio para conocer las relaciones entre ansiedad, defensividad y responsividad fisiológica. Para ello administró el Inventario de Personalidad del Eysenk, la Escala de Deseabilidad Social de

Marlowe - Crowne y el CACS a 12 mujeres meditadoras (promedio 28 años) y a 40 mujeres no meditadoras (23.1 años). Los sujetos completaron 4 minutos de línea base (con los ojos abiertos), 2 ensayos de meditación (de 11 minutos cada uno) y dos ensayos de descanso, mientras se les registraba la tasa cardiaca, la temperatura de la piel, el nivel de conductancia de la piel, la presión sanguínea, alta defensividad y bajo arousal cardíaco.

También se ha utilizado el CACS para caracterizar a los donadores de sangre. Edwards y Zeichner (1985) examinaron la importancia relativa de la aversividad del procedimiento de donación, los motivos para donar y las características de personalidad sobre la decisión de donar sangre. Aplicaron el Inventario de Síntomas Físicos de Wahleer, el Inventario de Deseabilidad Social de Marlowe - Crowne, el CACS y 2 Cuestionarios que evaluaban los motivos para donar y la aversividad de su más reciente experiencia de donación, a 186 donadores (promedio 19.21 años) y a 106 no donadores (18.9 años).

Los resultados indican que, tanto la aversividad del procedimiento de donación como la motivación para donar, ejercen una considerable influencia sobre la decisión de los donadores a regresar otra vez a donar. Adicionalmente, la experiencia de los donadores del desconfort físico y del temor acerca del procedimiento de donación tiene la mayor contribución a la aversividad de la donación. Los resultados también revelan diferencias significativas entre no donadores, exdonadores y donadores regulares e irregulares en varias características de la personalidad y en varios niveles de ansiedad cognoscitiva - somática.

Long (1985), presentó los resultados de un seguimiento que comparó la efectividad del condicionamiento aeróbico vs. entrenamiento en inoculación al estrés para reducir la ansiedad de 61 vecinos crónicamente estresados. Dentro de las medidas de seguimiento estaban el Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado y el CACS. En el seguimiento, ambas intervenciones produjeron reportes de significativamente menor ansiedad y gran autoeficacia

### **III. INVESTIGACION UTILIZANDO EL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD COGNOSCITIVA-SOMÁTICA EN MEXICO**

En 1987 Benjamín Domínguez tradujo al español el Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva-Somática, a partir del informe realizado por De Good y Tail (1987). Desde entonces, se ha utilizado en múltiples proyectos de investigación en donde la medición de la ansiedad ha sido indispensable. Previo esta fecha, se llevó a cabo un estudio que pretendió medir la ansiedad en Operadores de Transporte Público utilizando el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Díaz Guerrero y Spielberger. Se encontró una correlación negativa entre ansiedad y antigüedad y entre ansiedad y satisfacción laboral (Domínguez, Valderrama y Arreola, 1985). Sin embargo, esta experiencia demostró que el IDARE sólo proporciona un puntaje que representa el grado de ansiedad autorreportado por la persona, no informando sobre el tipo de reacciones específicas de ansiedad que la gente vivencia.

Por tal motivo, es que al conocer el estudio de De Good y Tait (1987), se vio que el CACS pudiera ser una alternativa viable para proporcionar una medida sensible y válida para la evaluación de la ansiedad.

#### A. MEDICION DEL ESTRÉS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.

En 1987 Domínguez sometió a consideración del Departamento de Investigaciones del Centro Médico Universitario de la UNAM, un proyecto de trabajo con la finalidad de estudiar la relación entre estrés y conductas adictivas en estudiantes universitarios, los cuales fueron considerados como población del alto riesgo (Domínguez 1987). En dicho proyecto se aplicó por vez primera el CACS en su traducción al español como parte de una batería más amplia de instrumentos de evaluación.

El primer informe estuvo relacionado con un intento de validar concurrentemente el CACS con medidas de temperatura periférica (Domínguez, Torre Blanca y Alvarez 1988), y se encontró que los estudiantes tenían más reacciones cognoscitivas de ansiedad, lo que probablemente estaría afectando su rendimiento escolar. En el primer informe publicado de este proyecto (Domínguez, Alvarez y Torreblanca 1988), se reportó una asociación entre las reacciones de ansiedad de evaluados y un incremento en las conductas adictivas de los estudiantes que no sabían controlar su estrés-

**B. MEDICION DE LA ANSIEDAD EN DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO.**

Durante el año de 1987, la Facultad de Psicología de la UNAM, firmó un convenio de colaboración académica con la Confederación Deportiva Mexicana (CODEME), con la finalidad de que prestadores del servicio social se incorporaran a realizar evaluación e intervención psicológica en los deportistas preseleccionados a los juegos olímpicos de Seúl, Corea de 1988.

El convenio promovido por Pacual Ortíz Rubio (CODEME), y por Gabriel Vázquez (UNAM), quedó bajo la responsabilidad académica de Pablo Valderrama, quien incorporó el CACS a la batería de evaluación de los deportistas. A partir de las evaluaciones, se diseñó un paquete de tratamiento basado en la técnica de inoculación del estrés. (Meichembaum 1988). Algunos logros se reportaron indicando mejoras en la ejecución deportiva a partir del tratamiento recibido. (Valderrama, González y Vázquez 1988).

Al contrario de los resultados encontrados en estudiantes universitarios, las reacciones de ansiedad más elevadas que se detectaron en los deportistas, estuvieron en la dimensión somática. Los resultados probablemente sean explicados en términos del tipo de habilidades que se requieren para practicar la actividad en la cual están involucrados (Un reporte más amplio del estudio de la ansiedad en deportistas se encuentra en González, 1992).

### C. MEDICION DE LA ANSIEDAD EN AMBIENTES DE PROCURACION DE JUSTICIA.

Con la llegada del Lic. Ignacio Morales Lechuga a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, se incorporó como asesor del mismo Benjamín Domínguez, dando origen a una larga serie de estudios psicológicos sobre víctimas de delitos violentos, personal de la policía judicial, personal especializado y de apoyo administrativo de la PGJDF. Una vez más, el CACS formó parte de las estrategias de evaluación utilizadas.

Dentro de los primeros trabajos realizados en la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, fueron la identificación de la percepción de inseguridad urbana que manifiestan tener diferentes muestras de la población del Distrito Federal. En los resultados se encontró que un determinante importante de dicha percepción, lo era la frecuencia en la ocurrencia de delitos con violencia. Por tal motivo se diseñó un proyecto de investigación orientado a identificar un posible *modus operandi* en la comisión de los actos delictivos violentos, evaluar las áreas de vulnerabilidad personales y situacionales de la víctima del acto delictivo violento y describir los efectos psicológicos que provoca el proceso de victimización (Domínguez y Valderrama 1990a).

Como es de anticiparse, en la batería de evaluación se incorporó el CACS para medir el tipo e intensidad de las reacciones de ansiedad de las víctimas. De acuerdo con el informe de la primera fase de evaluación (Domínguez y Valderrama 1990b), los niveles de ansiedad manifestados por



las víctimas fueron más altos en el nivel cognoscitivo que somático; las víctimas mujeres, reportaron más ansiedad que los hombres y que el grado percibido de violencia es el mayor determinante de las reacciones de ansiedad. Por los resultados encontrados en este y otros estudios, se propuso la creación de Centros de Atención Psicológica para víctimas de delitos violentos, la capacitación para personal especializado en el trato a víctimas y la creación de un sistema de respuesta a emergencias policíacas por delito violento en el Distrito Federal, acciones que afortunadamente en el presente son una realidad. En el mismo reporte se informó que los asaltos a casa habitación generaban un nivel de ansiedad somática más alta que la propia violación, lo que indica que la agresión al "espacio vital" de las víctimas provoca reacciones tan amenazantes como las víctimas de violación o los parientes cercanos de víctimas de homicidio.

En Abril de 1991, se hizo un seguimiento de las reacciones psicológicas producidas por la victimización. Se logró entrevistar a 43 personas, que representó el 51 por ciento de la muestra original, dado que muchas personas se negaron a cooperar aduciendo que ya no querían saber nada del delito violento y con cada entrevista se le recordaba.

Los resultados mostraron una disminución importante en las reacciones somáticas ante la vivencia del delito, no así en las reacciones cognoscitivas: La preocupación por el acontecimiento traumático, seguía en niveles muy altos y la presencia de pensamientos molestos en las víctimas se había incrementado. Esto ocurrió en mayor medida en las mujeres que en los hombres (Domínguez y Valderrama 1991).

En la caracterización del perfil psicológico de los diferentes integrantes de la procuraduría, nuevamente se aplicó el CACS. Sin embargo, tanto Agentes de la Policía Judicial como Ministerios Públicos, Peritos y Personal Administrativo, manifestaron vivenciar niveles muy bajos de ansiedad cognoscitiva y somática (Domínguez y cols. 1992)

#### D. ANSIEDAD ANTE LA ENFERMEDAD CRÓNICA; CÁNCER.

En la línea de seguir investigando las relaciones entre estresores físicos y simbólicos y su relación con las reacciones cognoscitivas, emocionales y conductuales, se aplicó el CACS a un total de 71 mujeres con cáncer cérvico-uterino. Estas mujeres fueron entrevistadas en el consultorio de psicología del servicio de oncología del Hospital de Gineco-obstetricia núm. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social, el 52% de las pacientes habían pasado por cirugía y el 34% por un procedimiento de radioterapia. De acuerdo con Valderrama y Cols. (1995), la preocupación excesiva fué la reacción de ansiedad cognoscitiva más alta asociada a grandes niveles de sudor y taquicardia. La preocupación estuvo asociada a estrategias de afrontamiento tales como "deseo que las cosas cambien", "me critico a mí misma", "me desquito con los demás". La sudoración está más presente en aquellas mujeres que también se critican por padecer la enfermedad motivo de estudio. El reporte terminó proponiendo también la factibilidad de utilizar la técnica de inoculación al estrés de Meichenbaum (1988).

E. CAPACITACION PARA EL CONTROL DE ESTRÉS EN  
TRABAJADORES DE CUELLO BLANCO

Con motivo de la instrumentación de un Sistema Nacional de Capacitación y Desarrollo en la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, hubo la oportunidad de incorporar un taller para el manejo del estrés laboral. Dicho taller formaba parte del programa "Hacia la Calidad Total y el Mejoramiento Continuo", correspondiendo al quinto curso denominado Calidad de Vida (Domínguez y Col. 1992).

Como parte de las actividades del taller se encontraba una evaluación de las diferentes reacciones que la gente tiene en las situaciones de estrés laboral; el CACS nuevamente formó parte de la batería de evaluación.

En un reporte preliminar de las evaluaciones realizadas (Domínguez, Valderrama, Olvera y Ruiz, 1993), se informó que los trabajadores administrativos de la STPS, tienen como fuente de tensión laboral más importante el entregar los trabajos a tiempo. Ante esta situación, manifiestan mayor cantidad de reacciones cognitivas que somáticas, especialmente se preocupan y pierden la concentración cuando están ansiosos, además de tener también taquicardia.

Con base en los resultados anteriores y otros relacionados, los asistentes a los talleres recibieron diferentes técnicas de control de estrés, especialmente de relajación, reestructuración cognoscitiva y expresión de emociones. De 1992 a principios de 1995, se impartieron aproximadamente 22 talleres, capacitando a un total de 400 trabajadores.

F. NECESIDAD DE UNA CARACTERIZACIÓN PSICOMÉTRICA DEL CACS

Como podrá apreciarse en la descripción anterior, se cuenta en la actualidad con una base de datos muy amplia recolectada a lo largo de los años y con una gran experiencia clínica sobre el tema. Sin embargo, hasta el momento de comenzar el presente estudio, sólo se contaba con promedios parciales de muestras de diferentes tamaños, y con resultados incipientes sobre la validación y la confiabilidad del CACS. Se hacía imprescindible no quedarnos exclusivamente con el juicio clínico de que el CACS es sensible para discriminar entre muestras y entre diversos tratamientos; había que acceder a determinar las características psicométricas del cuestionario, aprovechando la diversidad de muestras evaluadas y la gran cantidad de instrumentos aplicados.

Este es el informe de un intento de avanzar en esta línea, para definir la validez y la confiabilidad del Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva-Somática.

## **OBJETIVO GENERAL**

**Validar y confiabilizar el Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva-Somática en Muestras Mexicanas Clínicamente Significativas.**

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- 1.-Realizar los diferentes análisis factoriales necesarios para derivar la estructura factorial más adecuada del cuestionario y contar así con la validez de constructo del mismo.
- 2.-Obtener la confiabilidad por consistencia interna del Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva-Somática con el programa estadístico Alpha de Cronbach.
- 3.-Identificar posibles diferencias por género de la población evaluada.
- 4.-Conocer las diferencias en los resultados del cuestionario dependiendo de la muestra clínica específica a la que pertenecen los sujetos.

## **METODO**

### **A.- SUJETOS.**

La muestra que conformará la base de la presente investigación se ha ido integrando a lo largo de los últimos 8 años en diferentes estudios dirigidos por Benjamín Domínguez y Pablo Valderrama. Cada estudio fué en su momento reportado dependiendo del escenario institucional en que se fué realizando. A continuación describiremos las características de la población cuya composición se muestra en la tabla número 1.

a) **VICTIMAS DE DELITOS VIOLENTOS.-** La Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal solicitó un estudio del impacto psicológico que produce el haber sido víctima de un delito violento. Bajo la dirección del Benjamín Domínguez se llevó a cabo un estudio de 137 personas (40 mujeres y 97 hombres) con una batería de pruebas psicológicas que pretendió evaluar la presencia de estrés postraumático y otros trastornos asociados. Dentro de esta batería se encontraba el CACS cuyos datos se consideran para el presente proyecto de investigación. (Domínguez y Valderrama, 1991).

b) **AGENTES DE LA POLICIA JUDICIAL, OFICIALES JUDICIALES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO JUDICIAL.-** Dentro de la misma institución mencionada, el Procurador solicitó un estudio sobre el grado de permeabilidad de sus acuerdos y sobre el clima laboral de la

Institución. De igual forma se utilizó el CACS como un instrumento de evaluación para determinar las reacciones emocionales que el ambiente y el tipo de trabajo desempeñado provoca en los empleados de la Procuraduría (Dominguez, Olvera, Torreblanca y Valderrama, 1991).

De estas poblaciones se extrajo la información de 129 agentes de la Policía Judicial (112 hombres), de 63 Oficiales - Peritos y Ministerios Públicos (50 hombres) y 83 integrantes del personal administrativo (36 hombres).

c) **DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO.**- Producto de un convenio celebrado entre la UNAM y la Confederación Deportista Mexicana, la Facultad de Psicología mantuvo durante 3 años un programa de Psicología del Deporte. Dicho programa estuvo encaminado a evaluar los procesos psicológicos e intentar modificarlos cuando así procediera en los deportistas de Seul, Corea 1988, bajo la dirección de Pablo Valderrama. Se aplicaron varios instrumentos psicológicos a 69 deportistas y se llevaron a cabo paralelamente algunos cursos de manejo de ansiedad. Los resultados de la aplicación del CACS en esta población también son incorporados a esta investigación (González, 1992).

d) **EMPLEADOS FEDERALES.**- Con base en un convenio de trabajo que celebraron la Secretaría del Trabajo y Previsión Social con la Dirección General de Intercambio Académico de la UNAM, La Facultad de Psicología de la misma, colaboró en la elaboración de un programa de capacitación denominado "Hacia la Calidad Total y el Mejoramiento Continuo", especialmente en el módulo denominado **CALIDAD DE**

VIDA. EVALUACION Y CONTROL DEL ESTRÉS LABORAL. Como parte de las evaluaciones que se realizaban en estos cursos, una vez más, se aplicó el CACS a los empleados de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social que asistirían a ellos. Los datos de 71 empleados (34 hombres), también se utilizan en el presente estudio (Domínguez y Cols. 1993).

- e) MUJERES CON CANCER CERVICO-UTERINO.- En colaboración con el Hospital de Ginecología "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social, se llevó a cabo un estudio para conocer los niveles de ansiedad y los estilos de afrontamiento que manifestaban un grupo de mujeres con la mencionada enfermedad crónico degenerativa. Se evaluó a 71 mujeres que asistían al consultorio de Oncología e inmediatamente después pasaban al servicio de Psicología. Los resultados particulares de este estudio, están reportados en Valderrama, Carbellido y Domínguez (1995).

## **B.- INSTRUMENTO.**

El Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva - Somática (CACS) es un instrumento originalmente elaborado con población Estadounidense por Schwartz, Davidson y Goleman (1978), para el logro de dos metas: a) contar con un instrumento que midiera la ansiedad entendida ésta como un fenómeno multifactorial (es decir, que se expresa en varias dimensiones) para oponerse a la idea entonces reinante de que la ansiedad era una simple activación generalizada (es decir, que se expresaba en una sola dimensión).



Este objetivo, al parecer, la investigación ha ido demostrando su factibilidad.

La segunda meta que los autores se plantearon fue demostrar que la meditación reduce la ansiedad cognoscitiva y el ejercicio la somática. Este objetivo, al parecer, no se ha podido cumplir de acuerdo con la literatura que en la sección correspondiente se ha reseñado.

Independientemente de las metas teóricas que los autores del CACS se plantearon, su instrumento ha demostrado utilidad y consistencia psicométrica, razón por la cual se tradujo al español, se utilizó en diferentes estudios con muestras clínicamente significativas y ahora procedemos a estudiar sus características psicométricas.

El CACS es un instrumento breve, de aplicación individual y colectiva, de fácil comprensión y rápida calificación. Es un cuestionario que consta de 14 reactivos, la mitad de los cuales describen reacciones somáticas en un estado de ansiedad (reactivos pares) y el resto mide reacciones cognoscitivas cuando las personas pasan por dicho estado. Las opciones de respuesta van de NADA hasta BASTANTE, en cuanto a la intensidad en que se presenta cada síntoma.

Las instrucciones para la aplicación del CACS son las siguientes:

"A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a las reacciones que la gente comúnmente manifiesta cuando se enfrenta a situaciones de la vida que se tornan conflictivas.

Lea a continuación y procure identificar con una "X" el grado en que han aparecido estas reacciones en usted, cuando ha pasado por \_\_\_\_\_ . La información que nos proporcione servirá para conocer las formas de ayudar para superar esta problemática, razón por la cual le suplicamos conteste de manera honesta."

La forma de calificación del CACS se lleva a cabo asignando un valor de 1 a 5 a cada una de las opciones de respuesta. Posteriormente se suman los valores de cada subescala para obtener, finalmente, los 2 puntajes totales que indican el grado de intensidad en que se vivencian cada uno de los niveles de la ansiedad.

También se puede calificar obteniendo el promedio de un grupo para cada reactivo y así contar con el resultado de los síntomas más altos en función de las características de los grupos (ver formato del CACS en el anexo 1).

### C.- PROCEDIMIENTO.

Para el logro de los objetivos planteados en este estudio se procedió a realizar las siguientes acciones:

1. Se recolectaron los cuestionarios aplicados en cada uno de los estudios arriba mencionados.

2. Se recodificaron aquellos cuestionarios cuyos criterios de calificación usaban valores de 0 a 4.
3. Se diseñó una base de datos en el programa D Base III y se capturaron los 623 Cuestionarios, reunidos de todas las muestras.
4. Se procedió a analizar los datos con el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) en las computadoras pertenecientes al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM.
5. Con base en los resultados que se obtuvieron, se elaboraron las tablas pertinentes para su representación.

## **RESULTADOS**

Para ejecutar el análisis de los resultados obtenidos con las diferentes aplicaciones del Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva-Somática a las variadas muestras en las cuales se ha utilizado, se construyó una base de datos con el programa DBASE III, en las computadoras del Centro de Servicios Psicológicos.

Se utilizó, por otro lado, el programa SPSS/PC para ejecutar los siguientes análisis: Un FRECUENCIAS, para obtener estadísticas descriptivas de la población, fundamentalmente del promedio y la desviación estándar; se utilizó el comando CROSSTABS, para observar la distribución de los sexos en cada población; además se ejecutó el programa FACTOR para realizar un Análisis Factorial con Rotación Varimax (para obtener la validez de constructo del Cuestionario); también se corrió el programa RELIABILITY, el cual proporciona el puntaje del Alpha de Cronbach (para obtener la confiabilidad por consistencia interna del cuestionario); por último, se corrió un T-TEST, para obtener diferencias significativas entre las características de las muestras evaluadas.

A continuación, se presentarán sucesivamente los resultados obtenidos en la aplicación de estos análisis a los datos objeto de este estudio.

**A. CARACTERISTICAS DE LAS MUESTRAS EVALUADAS**

Después de conjuntar y depurar los cuestionarios que a lo largo de ocho años de estudios (1986-1994), se han realizado, se resumieron y analizaron un total de 623 cuestionarios. En la Tabla número uno se muestra la distribución de la población de acuerdo con el sexo de los entrevistados

**TABLA NUM. 1**  
**DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN SU SEXO**

	SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.-	MUJERES	235	37.7
2.-	HOMBRES	388	62.3
	<b>TOTAL</b>	<b>623</b>	<b>100.0</b>

Como se puede observar, existe una proporción mayor de hombres que de mujeres, casi de dos por uno.

En la Tabla número dos, se muestran las frecuencias del Cuestionario aplicado a las diferentes muestras que se evaluaron a lo largo de los ocho años mencionados. La muestra más grande es la conformada por las Víctimas de Delitos Violentos, cuyo estudio fué realizado en base a un convenio con la PGJDF (N=137 sujetos).

Le sigue en orden decreciente la muestra de Policías Judiciales del D.F. Más abajo le siguen en continuidad el Personal Administrativo de la propia Procuraduría, las Mujeres con Cáncer Cérvico-Uterino, el Personal Administrativo de la Secretaría del Trabajo y los Deportistas de Alto Rendimiento. Por último vienen las muestras de Peritos y Ministerios Públicos de la PGJDF (Vease Tabla número 2).

**TABLA NUM. 2**  
**TAMAÑO DE LAS MUESTRAS DEPENDIENDO DE LOS ATRIBUTOS DE**  
**LOS SUJETOS EVALUADOS**

NUM	TIPO DE MUESTRA	FRECUENCIA
1	VICTIMAS DE DELITOS VIOLENTOS	137
2	POLICIAS JUDICIALES DEL D.F.	129
3	MINISTERIOS PUBLICOS	30
4	PERITOS DE LA P.G.J.D.F.	33
5	PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA P.G.J.D.F.	83
6	MUJERES CON CANCER CERVICO-UTERINO	71
7	DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO	69
8	PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA S.T.P.S.	71
TOTAL		623

Se nota claramente que no existe una representación proporcional de todas las muestras en la población bajo estudio; sin embargo, dada la importante representatividad clínica de las muestras evaluadas se decidió conservar los cuestionarios de todas las poblaciones, bajo el supuesto de que proporcionarían información valiosa.

No está por demás seguir insistiendo en que este estudio evalúa muestras clínicamente significativas y no solamente -como es el caso común- se pretendió validar y confiabilizar la escala con estudiantes universitarios u otras muestras parecidas. Una característica común que pueden compartir dichas poblaciones es la de vivenciar experiencias o desempeñar actividades con bajos niveles de estrés. Con tratamiento, las muestras consideradas en este estudio, enfrentan niveles elevados o crónicos de estrés inherentes a su escenario laboral o experiencias traumáticas (por ejemplo: cáncer).

#### **B. VALIDEZ DEL CONSTRUCTO DEL CACS**

Como ya se indicó, se decidió en esta etapa de la investigación en torno al CACS obtener su validez de constructo. Esta validez es el resultado de aplicar un análisis factorial a las respuestas que se obtienen al aplicar el cuestionario. Se considera que los factores obtenidos por este modelo matemático definen realmente lo que mide la escala.

De acuerdo con los planeamientos teóricos se asume que el CACS, mide dos dimensiones de las respuestas de la gente ante las situaciones amenazantes;

por lo tanto, se esperó que el análisis factorial proporcionara el Factor de Ansiedad Somática y el Factor de Ansiedad Cognoscitiva que se hipotitizaban.

Dado que se postuló que ambos factores están viculados, se aplicó un Análisis Factorial con Rotación Varimax, y se utilizaron los datos de todas las muestras. En la Tabla número tres se describen los resultados obtenidos al respecto.

**TABLA NUM. 3**  
**VALORES PROPIOS Y VARIANZA DE LOS FACTORES DE LA VERSION**  
**MEXICANA DEL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD COGNOSCITIVA-**  
**SOMÁTICA**

FACTOR	VALOR PROPIO	FORCENTAJE DE VARIANZA	VARIANZA ACUMULADA	NUM.DE REACTIVOS
1.- ANSIEDAD COGNOSCITIVA	5.8253	41.6	41.6	7
2.- ANSIEDAD SOMÁTICA	1.0647	7.6	49.2	7

La validez y la confiabilidad de una prueba son dos de los aspectos que debe poseer para poder declarar que funciona. Para analizar si el CACS contaba con estas dos características se ejecutó un análisis factorial; en este



análisis se encontró que el factor más fuerte es el cognoscitivo, aunque el somático también alcanzó rangos aceptables, lo que indicó que el CACS realmente medía lo que se dice que mide. Para esto se recurrió al paquete estadístico SPSS/PC versión 4.0, la base de datos se generó mediante el auxilio del paquete DBASE III versión 1.0.

De esta manera, se obtuvieron dos factores a los cuales se les denominó de acuerdo con lo propuesto, Ansiedad Cognoscitiva y Ansiedad Somática. Ambos factores tuvieron un valor propio mayor a uno y son medidos por 7 reactivos cada uno.

El primer factor es el que explica el mayor porcentaje de la varianza 41.6%; y el segundo solo explica el 7.6% de la Varianza total; entre ambos, por lo tanto explican el 49.2% de la varianza.

En la tabla número cuatro se reproducen las cargas factoriales que alcanzaron cada uno de los reactivos en los dos factores mencionados. Se consideró que una pregunta medía un factor cuando la carga factorial resultaba mayor a 0.40. Al revisar las preguntas del primer factor se apreció claramente su contenido cognoscitivo. Nuestro análisis factorial reprodujo claramente este factor de Ansiedad Cognoscitiva.

Con respecto al segundo factor, observamos que las cargas somáticas no resultaron tan claras, ya que existen dos reactivos (el 2 y el 8), que presentaron cargas mayores a 0.40 en ambos factores (Vease Tabla núm.4).

**TABLA NUM. 4**  
**ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA VERSION MEXICANA DEL**  
**CUESTIONARIO DE ANSIEDAD COGNOSCITIVA-SOMATICA**

REACTIVO	FACTOR 1	FACTOR 2
<b>FACTOR 1: ANSIEDAD COGNOSCITIVA</b>		
1.- ME RESULTA DIFICIL. CONCENTRARME	0.6651	0.2436
3.- ME PREOCUPO DEMASIADO	0.6354	0.2127
5.- ME IMAGINO ESCENAS TERRORIFICAS	0.5508	0.2975
7.- NO PUEDO SACAR DE MI MENTE IMAGENES QUE ME PROVOCAN ANSIEDAD	0.7617	0.1711
9.- SE ME CRUZAN EN LA MENTE PENSAMIENTOS QUE ME MOLESTAN	0.6586	0.2259
11.- NO PUEDO PENSAR LO SUFICIENTEMENTE RAPIDO	0.6063	0.3269
13.- NO PUEDO QUITARME PENSAMIENTOS QUE ME CAUSAN ANSIEDAD	0.7819	0.2157
<b>FACTOR 2: ANSIEDAD SOMATICA</b>		
2.- MI CORAZON PALPITA MAS RAPIDO	0.4195	0.4504
4.- SIENTO TEMBLOROSO MI CUERPO	0.3981	0.6883
6.- ME DAN MAS GANAS DE IR AL BAÑO	0.0950	0.6462
8.- SIENTO TENSION EN MI ESTOMAGO	0.4317	0.5987
10.- CAMINO NERVIOSAMENTE	0.3129	0.5774
12.- ME QUEDO PARALIZADO	0.3588	0.5154
14 SUDO DEMASIADO	0.1106	0.7067

De igual modo, existen algunos autores que proponen que a partir de una carga factorial de 0.30 ya puede considerarse que un reactivo pertenece a un factor. Tomando en cuenta este criterio, cinco de los siete reactivos de este

factor presentaron cargas superiores a 0.30 en el factor número uno. Sin embargo, los siete reactivos presentaron su mayor carga factorial en el factor dos, razón por la cual puede aceptarse la existencia de este segundo factor, conformado con los reactivos pares del CACS y definiendo el factor de Ansiedad Somática. Estos últimos resultados confirman el porqué el segundo factor mide un porcentaje de varianza tan pequeño (7.6%); lo que puede atribuirse precisamente a que su estructura factorial no está muy bien definida. Un dato que confirma aún más la aseveración anterior, lo suministró un análisis de las correlaciones inter-ítemes del CACS (Vease Tabla núm. 5).

**TABLA NUM. 5**  
**CORRELACIONES INTER-ITEMES DE LOS RESULTADOS DE LA**  
**POBLACION TOTAL**

FACTORES	ANSIEDAD COGNOSCITIVA							ANSIEDAD SOMÁTICA						
	1	3	5	7	9	11	13	2	4	6	8	10	12	14
<b><u>ANSIEDAD COGNOSCITIVA</u></b>														
1 DESCONCENTRACION	0.37	0.26	0.48	0.41	0.56	0.48	0.48	0.39	0.41	0.21	0.37	0.32	0.34	0.33
3 PREOCUPACION		0.37	0.40	0.47	0.33	0.42	0.42	0.37	0.38	0.21	0.41	0.29	0.25	0.28
5 IMAGENES DE TERROR			0.45	0.41	0.31	0.43	0.43	0.27	0.44	0.26	0.39	0.31	0.38	0.21
7 IMAGENES ANSIOGENAS				0.41	0.45	0.62	0.62	0.33	0.39	0.30	0.45	0.32	0.32	0.23
9 PENSAMIENTOS MOLESTOS					0.37	0.47	0.47	0.29	0.38	0.25	0.40	0.32	0.29	0.31
11 PENSAMIENTO LENTO						0.48	0.48	0.35	0.44	0.27	0.36	0.38	0.40	0.29
13 PENSAMIENTOS ANSIOGENOS							0.38	0.47	0.24	0.46	0.36	0.42	0.26	
<b><u>ANSIEDAD SOMÁTICA</u></b>														
2 TAQUICARDIA								0.51	0.17	0.43	0.35	0.28	0.31	
4 TEMBLOR CORPORAL									0.36	0.50	0.48	0.44	0.44	
6 TRASTORNO DIGESTIVO										0.46	0.25	0.23	0.30	
8 TENSION ESTOMACAL											0.36	0.39	0.36	
10 CAMINAR NERVIOSO												0.41	0.31	
12 INMOVILIDAD													0.31	
14 SUDORACION														0.31

NOTA: TODAS LAS CORRELACIONES SON SIGNIFICATIVAS AL 0.001

A pesar de que todas las correlaciones son significativas al 0.001, son más altas las correlaciones que se obtienen entre los reactivos del factor Ansiedad Cognoscitiva, que las correlaciones obtenidas entre los reactivos del factor Ansiedad Somática. Esto nos habla nuevamente de que el factor uno es el más consistente y que el factor necesita depurarse para mejorarlo.

C. CONFIABILIDAD POR CONSISTENCIA INTERNA DEL CACS

Dada la imposibilidad, en la mayoría de los casos, de hacer una segunda aplicación para obtener confiabilidad Test-Retest, se optó por obtener la confiabilidad por consistencia interna de cada uno de los factores y de la prueba total aplicando un Alpha de Cronbach.

Los resultados mostrados en la tabla número seis, nos dan los valores de Alphas superiores a 0.80, lo que indica un buen grado de confiabilidad del CACS.

**TABLA NUM. 6**  
**GRADO DE CONFIABILIDAD (POR CONSISTENCIA INTERNA) DE LA**  
**VERSION MEXICANA DEL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD**  
**COGNOSCITIVA-SOMÁTICA**

FACTOR	ALPHA
1.- ANSIEDAD COGNOSCITIVA	0.8375
2.- ANSIEDAD SOMÁTICA	0.8016
3.- ANSIEDAD TOTAL	0.8893

La confiabilidad del factor uno es ligeramente mayor a la del factor dos, reiterando que este último es el factor menos sólido de la escala. Sin embargo, la Escala Total tiene mayor confiabilidad que sus factores constituyentes, indicando así que tal vez será deseable obtener de esta escala un puntaje único de ansiedad y no por cada uno de sus factores teóricos.

A pesar de lo anteriormente dicho, los datos hasta aquí expuestos nos indican que contamos con un instrumento breve que mide dos tipos de reacciones de ansiedad (válida) y que tenemos buenos niveles de consistencia interna (confiable).

#### **D. ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS GENERALES Y POR SEXO**

En los anteriores incisos hemos mostrado las características psicométricas fundamentales (validez y confiabilidad) del CACS y que mínimamente deben cumplir las escalas de evaluación psicológica para fines de aplicación clínica.

En esta sección y en la siguiente se presentan algunas de las estadísticas descriptivas obtenidas al aplicar la escala en las muestras ya descritas. En este primer apartado describiremos la estadística obtenida para toda la población y las diferencias obtenidas por sexo y se pospone para la siguiente sección las comparaciones obtenidas para cada una de las muestras evaluadas.

En la tabla núm. siete, se reproducen los promedios y las desviaciones estándar que mostraron cada uno de los ítemes al analizarlos para toda la población en su conjunto.

TABLA NUM. 7

**PROMEDIOS Y DESVIACIONES ESTANDAR DE CADA UNO DE LOS  
REACTIVOS DE LA VERSION MEXICANA DEL CUESTIONARIO DE  
ANSIEDAD COGNOSCITIVA-SOMATICA (PARA TODA LA POBLACION)**

N=623ss

REACTIVO	PROMEDIO	DESVIACION ESTANDAR
<b>FACTOR 1: ANSIEDAD COGNOSCITIVA</b>		
1.- ME RESULTA DIFICIL CONCENTRARME	2.0	1.0
3.- ME PREOCUPO DEMASIADO	2.2	1.3
5.- ME IMAGINO ESCENAS TERRORIFICAS	1.4	0.9
7.- NO PUEDO SACAR DE MI MENTE IMAGENES QUE ME PROVOCAN ANSIEDAD	1.6	1.0
9.- SE ME CRUZAN EN LA MENTE PENSAMIENTOS QUE ME MOLESTAN	1.7	1.0
11.- NO PUEDO PENSAR LO SUFICIENTEMENTE RAPIDO	1.7	1.0
13.- NO PUEDO QUITARME PENSAMIENTOS QUE ME CAUSAN ANSIEDAD	1.8	1.1
<b>FACTOR 2: ANSIEDAD SOMATICA</b>		
2.- MI CORAZON PALPITA MAS RAPIDO	2.1	1.1
4.- SIENTO TEMBLOROSO MI CUERPO	1.7	1.0
6.- ME DAN GANAS DE IR AL BAÑO	1.2	0.7
8.- SIENTO TENSION EN MI ESTOMAGO	1.7	1.0
10.- CAMINO NERVIOSAMENTE	1.6	1.0
12.- ME QUEDO PARALIZADO	1.3	0.7
14 SUDO DEMASIADO	1.7	1.0

Como se puede observar, se separaron los reactivos dependiendo el factor que miden, pero conservando el número que tenían en la escala original.

De los reactivos que miden ansiedad cognoscitiva, observamos que el que obtuvo el promedio más elevado fué el que mide la preocupación. Este reactivo obtuvo un promedio de 2.2 muy cercano al reactivo 1 (desconcentración) que mostró un promedio de 2.0. Estas parecen ser las dos reacciones de ansiedad cognoscitiva más altas que mostró la población.

En el caso de la ansiedad somática, el único reactivo que obtuvo un promedio mayor a 2 fué "Mi corazón palpita más rápido". Al parecer la aceleración de la tasa cardíaca, obtenida por autoinforme, es característica del estado de ansiedad como lo informan los estudios psicofisiológicos.

En lo que respecta a las diferencias existentes por sexo de los 14 reactivos del cuestionario, en la mitad de ellos hay diferencias significativas. De estos siete reactivos, en todos la diferencia siempre es a favor del hombre, es decir, la mujer es la que constantemente reporta mayores niveles de ansiedad. Del promedio alto de la respuesta de preocupación, la carga mayor la aportaron las mujeres (Vease tabla núm. ocho).

**TABLA NUM. 8**  
**DIFERENCIAS EN LOS NIVELES DE ANSIEDAD COGNOSCITIVA Y**  
**SOMATICA EN FUNCION DEL SEXO DEL ENTREVISTADO**

PREGUNTAS	MUJERES		HOMBRES		T	SIGNIFICANCIA
	PROMEDIO	DESV. ESTAN	PROMEDIO	DESV. ESTAN		
<b>FACTOR 1 : ANSIEDAD COGNOSCITIVA</b>						
1.- ME RESULTA DIFICIL CONCENTRARME	2.0	1.0	1.9	0.9	1.53	NS
3.- ME PREOCUPO DEMASIADO	2.7	1.4	2.0	1.2	6.61	***
5.- ME IMAGINO ESCENAS TERRORIFICAS	1.6	1.1	1.3	0.8	3.31	***
7.- NO PUEDO SACAR DE MI MENTE IMAGENES QUE ME PROVOCAN ANSIEDAD	1.7	1.0	1.5	0.9	2.38	**
9.- SE ME CHUZAN EN LA MENTE PENSAMIENTOS QUE ME MOLESTAN	1.8	1.0	1.7	1.0	1.18	NS
11.- NO PUEDO PENSAR LO SUFICIENTEMENTE RAPIDO	1.7	1.0	1.6	0.9	1.31	NS
13.- NO PUEDO QUITARME PENSAMIENTOS QUE ME CAUSAN ANSIEDAD	1.9	1.1	1.7	1.0	2.03	*
<b>FACTOR 2: ANSIEDAD SOMATICA</b>						
2.- MI CORAZON PALPITA MAS RAPIDO	2.2	1.1	2.1	1.2	0.38	NS
4.- SIENTO TEMBLOROSO MI CUERPO	1.9	1.3	1.6	0.9	3.22	***
6.- ME DAN MAS GANAS DE IR AL BAÑO	1.4	0.8	1.1	0.5	4.12	***
8.- SIENTO TENSION EN MI ESTOMAGO	1.8	1.1	1.6	0.9	3.74	***
10.- CAMINO NERVIOSAMENTE	1.7	1.0	1.6	1.0	0.91	NS
12.- ME QUEDO PARALIZADO	1.3	0.8	1.2	0.7	1.84	NS
14.- SUDO DEMASIADO	1.7	1.2	1.7	1.0	0.88	NS
CLAVE: NIVELES DE SIGNIFICANCIA	*	0.05	**	0.01	***	0.001

Si se observa detenidamente los promedios tanto de hombres como de mujeres, se notarán valores similares a la de los resultados obtenidos para toda la población: Las dos reacciones más altas de la Ansiedad Cognoscitiva son preocupación y desconcentración y la reacción de Ansiedad Somática más alta es la taquicardia. Nótese que de estos tres últimos reactivos, en dos de ellos no hay diferencias significativas por sexo (desconcentración y taquicardia) y sólo en la preocupación la hay (las mujeres reportan ser más



preocuponas que los hombres, siendo el valor de "T" más alto en toda la tabla).

De igual modo, observando el resto de los Valores "T", se nota que las mujeres reportan más alteraciones digestivas que los hombres (preguntas seis y ocho).

#### E. COMPARACION DE RESULTADOS DEPENDIENDO DE LAS MUESTRAS.

Queda, por último, hacer una breve descripción de las diferencias que se encontraron dependiendo de la muestra a la que pertenecen los sujetos evaluados. En la tabla número nueve, se reproducen los promedios y desviaciones estandar de las cuatro primeras muestras evaluadas.

Se observa que al conocer los puntajes específicos de las Víctimas de Delitos Violentos, vemos una variación en relación con el perfil obtenido para toda la población. Así, esta muestra se caracteriza por la presencia de preocupación excesiva y de pensamientos ansiógenos y, por el lado de la Ansiedad Somática, por taquicardia y temblor corporal (todos estos reactivos tienen un promedio mayor a 2.0). Al analizar los puntajes obtenidos por los Policias Judiciales, observamos que ningún reactivo promedio arriba de 2.0, lo que representa que sus niveles de ansiedad son menores que en las otras muestras. Manifestaron tener un poco de taquicardia y de desconcentración como sus reacciones más altas de ansiedad.

La misma situación se presentó cuando observamos los promedios obtenidos por los Ministerios Públicos, sólo que en este caso la taquicardia si alcanzó un promedio de 2.0, siguiéndolo muy cercanamente (en un promedio de 1.9) la desconcentración. Los reactivos restantes obtuvieron puntajes más bajos.

La muestra número 4 de Peritos de la Procuraduría, también reportó bajos niveles de ansiedad aunque su reacción de desconcentración si rebaso el promedio de 2.0. En los reactivos de ansiedad somática la taquicardia, que fué el más alto, sólo obtuvo un promedio de 1.8.

Por otro lado, se reproducen los promedios y las desviaciones estándar de las cuatro últimas muestras evaluadas. Así, la muestra número cinco de Personal Administrativo de la Procuraduría manifiesta más preocupación que desconcentración, que es el caso del resto de sus compañeros de Institución. La taquicardia, sólo alcanzó un promedio de 1.8 (Vease Tabla núm. nueve).

**TABLA NUM. 9**  
**PROMEDIOS Y DESVIACIONES ESTANDAR DE CADA REACTIVO EN CADA UNA DE LAS MUESTRAS**  
**CLINICAS EVALUADAS**

REACTIVOS	MUESTRAS															
	VICTIMAS DE DELITOS VIOLENTOS		POLICIAS JUDICIALES DEL D.F.		MINISTERIOS PUBLICOS		PERITOS DE LA P.G.J.D.F.		PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA P.G.J.D.F.		MUJERES CON CANCER CERVICOUTERINO		DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO		PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA S.T.P.S.	
	X	DE	X	DE	X	DE	X	DE	X	DE	X	DE	X	DE	X	DE
<u>COGNOSCITIVAS</u>																
1.- DESCONCENTRACION	1.7	1.1	1.7	0.8	1.9	0.9	2.1	0.8	1.8	0.9	1.9	1.0	2.1	0.8	2.7	1.0
3.- PREOCUPACION	2.2	1.3	1.5	0.9	1.7	0.9	1.6	0.8	2.0	1.1	3.2	1.3	2.3	1.2	3.5	1.1
5.- IMAGENES DE TERROR	1.9	1.3	1.1	0.4	1.0	0.2	1.1	0.5	1.3	0.9	1.4	0.8	1.3	0.6	1.6	1.0
7.- IMAGENES ANSIOGENAS	1.7	1.1	1.3	0.6	1.1	0.3	1.3	0.8	1.4	0.7	1.6	0.9	1.6	0.9	2.3	1.3
9.- PENSAMIENTOS Molestos	1.8	1.1	1.3	0.6	1.2	0.4	1.6	0.8	1.6	0.8	1.8	1.0	2.0	1.1	2.4	1.3
11.- PENSAMIENTO LENTO	1.6	1.1	1.4	0.6	1.2	0.4	1.5	0.9	1.5	0.7	1.7	0.9	1.8	0.9	2.4	1.0
13.- PENSAMIENTOS ANSIOGENOS	2.0	1.2	1.5	0.7	1.3	0.5	1.6	0.9	1.6	0.9	1.7	0.9	1.8	1.0	2.5	1.4
<u>SOMATICAS</u>																
2.- TAQUICARDIA	2.1	1.3	1.9	0.9	2.0	1.0	1.8	0.9	1.8	0.9	2.0	1.0	2.7	0.9	2.8	1.1
4.- TEMBLOR CORPORAL	2.0	1.3	1.3	0.6	1.3	0.5	1.4	0.6	1.4	0.9	1.9	1.0	2.0	1.0	1.7	1.1
6.- TRASTORNO DIGESTIVO	1.2	0.8	1.1	0.4	1.0	0.0	1.0	0.4	1.1	0.5	1.4	0.7	1.4	0.8	1.6	0.9
8.- TENSION ESTOMACAL	1.9	1.2	1.3	0.6	1.1	0.3	1.2	0.6	1.2	0.6	1.8	1.0	2.0	1.1	2.4	1.1
10.- CAMINAR NERVIOSO	1.9	1.2	1.3	0.7	1.1	0.3	1.3	0.9	1.2	0.6	1.8	1.1	1.9	1.0	1.9	1.0
12.- INMOVILIDAD	1.6	1.1	1.1	0.3	1.0	0.2	1.1	0.4	1.1	0.5	1.3	0.7	1.2	0.6	1.4	0.9
14.- SUDORACION	1.6	1.1	1.6	0.8	1.4	0.5	1.6	1.0	1.4	0.7	2.2	1.4	2.1	1.0	1.9	1.1

En la siguiente muestra, de Mujeres con Cáncer Cérvico-Uterino, se volvieron a encontrar puntajes más elevados de ansiedad; se observa que la preocupación obtuvo un promedio de 3.2 que representa el puntaje más alto obtenido hasta el momento. Paralelamente, la reacción de ansiedad somática más alta reportada fué la sudoración con 2.2 de promedio; cosa que no había ocurrido con ninguna muestra. Le sigue muy cercanamente la reacción de taquicardia (con un promedio de 2.0).

En la siguiente muestra evaluada, de Deportistas de Alto Rendimiento, se observaron reacciones de ansiedad más altas que en todas las muestras anteriores. Cuatro reactivos de ansiedad somática y tres de ansiedad cognoscitiva tuvieron promedios mayores de 2.0. Así, con respecto a la ansiedad cognoscitiva, el puntaje más alto volvió a ser la preocupación, siguiéndole la desconcentración y, ahora, aparecen también la presencia de pensamientos molestos.

Con lo que respecta a la ansiedad somática, se observa que la taquicardia alcanza un promedio de 2.7 siguiéndole la sudoración, el temblor corporal y la tensión estomacal.

Por último, se encontró que en la muestra del Personal Administrativo que Labora en la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, los promedios que esta muestra reportó, son los más altos índices de ansiedad. Vemos pues que el promedio de la preocupación es el más alto de todas las muestras evaluadas (promedio de 3.5). Posteriormente, le sigue la desconcentración y luego, prácticamente todos los reactivos cognoscitivos, excepto "imágenes

## F. SINTESES DE RESULTADOS

En suma, se puede mencionar que es una población relativamente grande y suficiente para proceder a validar la Escala objeto del estudio, la cual está más dominada por hombres que por mujeres (casi en una relación de 2 a 1). Importa resaltar de este trabajo que las muestras evaluadas son clínicamente significativas y no, como se acostumbra en E.U.A. y en algunas partes de nuestro país, que se evalúan los instrumentos con Estudiantes Universitarios (típicamente estudiantes de psicología).

Se encontraron dos factores en la Validez de Constructo de la Escala, que son congruentes teóricamente con el enfoque conceptual de los autores de la Escala (Schwartz y Col. 1978). Ambos factores y la escala total son satisfactoriamente confiables en el puntaje Alpha de Cronbach.

En relación con las estadísticas generales, la reacción de ansiedad cognoscitiva más alta fué la preocupación y la desconcentración, y la reacción más alta en la ansiedad somática fué la taquicardia. En la mitad de los reactivos hay diferencias significativas cuando se toma en cuenta el género del entrevistado; las mujeres reportaron niveles estadísticos más altos que los hombres.

Finalmente, cuando se consideraron las diferencias en cada una de las muestras, en su mayoría la preocupación siguió siendo la reacción más alta y el Personal Administrativo de la Secretaría del Trabajo, resultó ser la más ansiosa.

## **DISCUSION**

Podemos señalar que contamos con un instrumento para la medición de los niveles de ansiedad que tiene como cualidades la brevedad, la validez, la confiabilidad y un grado de sensibilidad para discriminar entre diferentes intensidades de ansiedad y diferentes reacciones de la misma. En comparación con el IDARE, el CACS no sólo suministra un puntaje de intensidad sino que también nos permite conocer las formas específicas de reaccionar de las personas ante situaciones conflictivas; es decir, aparte de obtener el puntaje total de la escala -que nos indica el nivel de ansiedad de la persona- también podemos conocer qué tipo de reacción de ansiedad es más alta (cognoscitiva o somática) e, incluso identificar la reacción específica característica del sujeto entrevistado.

Una escala con las características mencionadas, es muy útil en aquellos escenarios en los que el tiempo es importante para el usuario, en términos económicos y/o terapéuticos. En estas condiciones el CACS es un instrumento útil para determinar el nivel de ansiedad inicial y en sucesivas aplicaciones contar con indicadores de cambio que ayuden al psicoterapeuta a vigilar el avance o retroceso del paciente en cuestión.

Por otro lado, este estudio demostró, que el Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva-Somática tiene, en su versión en español la misma estructura factorial que teóricamente se esperaba y que está conformada por reacciones cognoscitivas y somáticas.

Es probable que una estructura factorial tan claramente definida se haya obtenido porque contamos con una muestra grande en relación a los límites que el propio análisis factorial establece (de 100 a 200 sujetos). Sin embargo, ulteriores estudios con otras poblaciones tendrán que definir si esta estructura factorial se mantiene idéntica a la encontrada por este estudio y a la propuesta por los autores.

Sabemos de las limitaciones que tiene el análisis factorial como un modo para obtener la validez de un cuestionario. Es indispensable realizar otros estudios para determinar, por ejemplo, la validez concurrente y discriminante del CACS o, mejor aún su validez predictiva. En este estudio hemos definido su validez de construcción.

Esta situación también se presenta cuando nos referimos a la confiabilidad del cuestionario. En la presente investigación se obtuvo la confiabilidad por consistencia interna del CACS (por medio del Alpha de Cronbach); pero faltó definir su confiabilidad por el método de T-Retest (consistencia temporal) y, hasta donde sea posible, diseñar una escala paralela para obtener así la mejor confiabilidad posible.

Sin embargo, a pesar de lo anteriormente descrito, el cuestionario tiene muy aceptables niveles de confiabilidad, los cuales, junto con su validez de constructo nos permite, utilizar preliminarmente el cuestionario para estudios clínicos y/o epidemiológicos (como se ha venido realizando).

Con respecto a los resultados que encontramos al realizar las estadísticas descriptivas básicas, no es sorprendente que la preocupación y la



taquicardia hayan sido las reacciones reportadas más altas. Estas dos reacciones son típicas de los estados de ansiedad e incluso forman parte de la sintomatología postulada para diagnosticar lo que el DSM-III-R denomina "Trastorno por Ansiedad Generalizada" (APA 1988).

Tampoco es de extrañar, por ser consecuente con otras investigaciones, que las mujeres reporten más niveles de ansiedad que los hombres. El presente estudio, no permite contribuir al entendimiento de las razones de estas diferencias. Lo que sí nos muestran estos resultados es la sensibilidad del Instrumento para diferenciar entre los sexos. La preocupación es más alta en las mujeres que en los hombres y esta diferencia sí parece que puede explicarse por factores culturales. Esta explicación no parece ser tan confiable cuando nos referimos a la segunda reacción de ansiedad que más diferencia a las mujeres de los hombres "Me dan más ganas de ir al baño". No sabemos si esta diferencia se deba a cambios biológicos o sean respuestas aprendidas culturalmente. Estas dudas quedan vigentes.

Por último, llama la atención que al comparar los niveles de ansiedad para cada una de las muestras, la que reportó mayores niveles de ansiedad fué la de Trabajadores Administrativos de la Secretaría del Trabajo. Esto pudiera explicarse porque la aplicación del cuestionario a este personal se llevó a cabo durante la realización de un Taller para el Manejo del Estrés, en el cual los asistentes se involucraban en dinámicas grupales que pretendían sensibilizarlos en torno a sus reacciones emocionales ante situaciones estresantes. Por ello, cuando contestaban el cuestionario ya habían reflexionado sobre sus reacciones personales; esta situación los hacía tomar

mayor conciencia sobre las mismas y poder contestar en puntajes más altos dentro de la escala de respuestas del cuestionario.

Excluyendo a este Personal Administrativo, se encontró que las Víctimas de Delitos, las Mujeres con Cáncer y especialmente los Deportistas de Alto Rendimiento, fueron las muestras con más altos niveles autorreportados de ansiedad.

Esta última afirmación nos permite concluir que la escala tiene también posee una adecuada Validez de criterio porque nos permitió discriminar a muestras teóricamente con altos niveles de ansiedad (Víctimas, Deportistas y Mujeres con Cáncer), de muestras con bajos niveles de ansiedad en el desempeño de su trabajo (Ministerios, Policías, Peritos y Personal Administrativo de la PGJDF).

Invitamos pues a los interesados a utilizar la escala aquí analizada y nos hagan llegar sus resultados al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología para continuar estudiando las características psicométricas de la versión castellana del Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva-Somática.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (1988), DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Masson.
- Berger, B. y Owen, D. (1987). Anxiety reduction with swimming: relationships between exercise and state, trait, and somatic anxiety. International Journal of Sport Psychology, 18,(4); 286-302.
- Crits, P. (1986). The factor structure of the Cognitive-Somatic Anxiety Questionnaire. Journal of Psychosomatic Research, 30(6), 685-690.
- Cofer y Appley (1976). Teorías de la Motivación. México. Trillas.
- De Good, D., Buckelew, S. y Tait, R. (1985). Cognitive-Somatic Anxiety response patterning in chronic pain patients and nonpatients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53(1); 137-138.
- De Good, D. y Tait, R. (1987). The Cognitive - Somatic Anxiety Questionnaire: Psychometric and Validity data. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 9(1); 75-87.
- Delmote, M. y Ryan, G. (1983). The Cognitive-Somatic Anxiety Questionnaire (CSAQ): A Factor Analysis. British Journal of Clinical Psychology, 22(3), 209-212.

- Delmonte, M (1985). Anxiety, defensiveness and Physiological responsivity in novice and experienced meditators. International Journal of Eclectic Psychotherapy, 4(1-2); 1-13.
- Domínguez B., Valderrama P., y Arreola D., (1985). Evaluación de los Efectos Conductuales de las Condiciones de Trabajo en los Operadores del Sistema de Transporte Troncal del Estado de México. trabajo presentado en el Primer Congreso Interamericano de Psicología del Trabajo. Oaxaca, Oax., México. Marzo, 1985.
- Domínguez B., (1987). Relación entre Estrés y Conductas Adictivas en Población de Alto Riesgo. Estudiantes Universitarios. Proyecto de Trabajo sometido a consideración del Departamento de Investigaciones del Centro Médico Universitario. UNAM. México, 1987.
- Domínguez B., Alvarez L., y Torreblanca O., (1988). Estrés y Conductas Adictivas en Poblaciones de Alto Riesgo. en L. Hernández (Ed.). Reunión Sobre Salud Universitaria. Memorias. (p. 86-92). México, UNAM (Dirección General de Servicios Médicos).
- Domínguez B., Torreblanca O., y Alvarez L., (1988). Exploración y Calibración de instrumentos de autorreporte y correlatos psicofisiológicos para medir el estrés, sintomatología física y sus relaciones con el rendimiento académico en población universitaria. Informe preliminar presentado al Departamento de Investigaciones del Centro Médico Universitario, UNAM. México.

Domínguez B., y Valderrama P., (1990). Los Delitos Violentos. Estudio Evaluativo de los Factores de Riesgo, Estilos de Operación, Impacto Psicológico y Manejo Institucional de las Víctimas. Proyecto de investigación. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Documento Interno. Marzo 1990.

Domínguez B., y Valderrama P., (1990). Víctimas de Delito Violento. Características, Comportamiento y Percepción. Evaluación de la Reforma de Barandilla. Reporte de Investigación. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Documento Interno. Junio, 1990.

Domínguez B., y Valderrama P., (1991) Estudio Psicológico de las Víctimas de Delitos Volentos. Reporte de seguimiento. Febrero-Marzo 1991. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Documento Interno.

Domínguez B., Olvera Y., Torreblanca O., y Valderrama P., (1991). Evaluación del Clima Laboral en la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Reporte de Investigación PGJDF. Documento Interno, 1991

Domínguez B., González L., Olvera Y., Torreblanca O., y Valderrama P., (1992). Perfil Psicológico de Policías Judiciales y Nivel de Estrés: Servidores Públicos en escenarios de alto riesgo. Trabajo presentado

en el VI Congreso Mexicano y II Iberoamericano de Psicología Clínica.  
México, D.F.

Domínguez B., González L., Torreblanca O., Valderrama P., y Olvera Y.,  
(1992). Factores de riesgo en la percepción de la inseguridad urbana:  
Características conductuales de los miembros de la Policía Judicial.  
Congreso Mundial Bienal de la Federación Mundial de la Salud  
Mental. Memoria. 1991. México: Paraná.

Domínguez B., Valderrama P., Olvera Y., y Ruíz M., (1993). Capacitación  
para el manejo del estrés laboral. Resultados preliminares. Trabajo  
presentado en el Cuarto Congreso Mexicano de Psicología del  
Trabajo. Toluca, Edo. de Méx., Marzo 18-21, 1993.

Edwards, P., Zeichner, A. y Greene, P. (1984). Gender differences on the  
Cognitive-Somatic Anxiety Questionnaire. Psychological Reports,  
55(1); 123-124.

Edwards, P. y Zeichner, A. (1985). Blood donor development: effects of  
personality motivational and situational variables. Personality and  
Individual Differences, 6(6), 743-751.

González L., (1992). Evaluación de Procesos Psicológicos en Deportistas  
Mexicanos de Alto Rendimiento. Tesis de Licenciatura. México,  
UNAM (Facultad de Psicología).

- Heimberg, R., Gansler, D., Dodge, C. y Becker, R. (1987). Convergent and discriminant validity of the Cognitive-Somatic Anxiety Questionnaire. Behavioral Assessment, 9 (4); 379-388.
- Hardy, L. y Whitehead, R. (1984). Specific modes of anxiety and arousal. al Current Psychologic Research and Reviews. 3(3), 14-24.
- Heide, F., y Borkovec, T. (1983). Relaxation-induced anxiety: Paradoxical anxiety enhancement due to relaxation training. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51(2) 172-182.
- Long, B. (1985). Stress-management interventions: A 15 -month follow- up of aerobic conditioning and stress inoculation training. Cognitive Therapy and Research, 9(4), 471-478.
- Meichenbaum D., (1988) Manual de Inoculación al Estrés. México. Martínez Roca.
- Morris L., Davis M., y Hutchings C., (1981). Cognitive and Emotional Component of Anxiety: Literature Review and a Revised worry- emotionality scale. Journal of Educational Psychology. 73. 541-555.
- Norton, R. y Johnson, W. (1983), A comparison of two relaxation procedures for reducing cognitive and somatic anxiety. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 14, 209-214.

- Noroton R., Rhodes, L., Hauch, J. y Kaprowy, E. (1985). Characteristics of subjects experiencing relaxation and relaxation-induced anxiety. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 16(3); 211-216.
- Stephoe, A. y Rearsley, No. (1990). Cognitive and Somatic Anxiety. Behaviour Research and Therapy, 28 (1); 75-81.
- Schwartz, G., Davidson, R. y Goleman, D. (1978). Patterning of Cognitive and Somatic precesses in the self-regulation of anxiety: Effects of meditation versus exercise. Psychosomatic Medicine, 40, 321-328.
- Tamaren, A., Carney, R.y Allen, T. (1985 a), Assesment of cognitive and somatic anxiety: A preliminar validity study. Behavioral Assesment; 7; 197-202.
- Tamaren, A., Carney, R., Allen, T. (1985 b), Predictive validity of the cognitive vs. somatic anxiety distincion. Pavlovian Journal of Biological Science, 20(4), 177-180.
- Valderrama P., González L., y Vázquez G., (1988). Un programa para el manejo de la ansiedad y la preparación psicológica. Algunas experiencias. Trabajo presentado en la Mesa Redonda "La Psicología Aplicada al Deporte", dentro del V Congreso Mexicano de Psicología Clínica. Centro Médico Nacional. México, D.F., Agosto, 1988.



- Valderrama P., (1991). Estrés y Victimización Criminal en el Distrito Federal. Trabajo Presentado en el Simposium "Medición y Tratamiento Dentro del Modelo de Estrés, Afrontamiento y Enfermedad". XI Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta. Colegio de San Ildefonso, México, D.F.
- Valderrama P., Domínguez B., Salvatierra S., Borrás E., y Fernández A., (1993). Validez y Confiabilidad del "Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva Somática" en muestras clínicamente significativas. Estrés y Salud. Evaluación y Procedimientos no Invasivos para Manejo en Población de Alto Riesgo. Cuaderno de Resúmenes. Primer Coloquio Interno de Investigación. Centro de Servicios Psicológicos, Facultad de Psicología de la UNAM. Documento policopiado. Febrero 18, 1993.
- Valderrama P., Fernández A., Martínez E., y Zepeda H. (1994). Ansiedad Ante los Exámenes Académicos. Validez y Confiabilidad de la Escala de Preocupación-Emocionalidad. Psicología Contemporánea, 1 (1), 73-79.
- Valderrama, P., Carbellido, S., y Domínguez, B., (1995), Ansiedad y Estilos de Afrontamiento en Mujeres con Cáncer Cérvico-Uterino. Revista Latinoamericana de Psicología 27 (1), 73-86.

**ANEXO 1**

**VERSION DEFINITIVA DEL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD  
COGNOSCITIVA-SOMÁTICA  
(VERSION EN ESPAÑOL)**

## CUESTIONARIO DE ANSIEDAD COGNOSCITIVA-SOMATICA

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ EXPED \_\_\_\_\_  
 EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ ACTIVIDAD ACTUAL \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de frases que describen las reacciones que la gente comúnmente manifiesta cuando se enfrenta a situaciones de la vida que son difíciles.

Lea con cuidado y procure identificar con una "X" el grado en que han aparecido estas reacciones en usted, CUANDO HAYA ENFRENTADO UNA SITUACION CONFLICTIVA EN SU VIDA. La información que nos proporcione servirá para conocer las formas de ayudar a superar esta problemática, razón por la cual le suplicamos conteste de manera verídica.

REACCIONES	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE	
1 ME RESULTA DIFICIL CONCENTRARME	( )	( )	( )	( )	( )	-
2 MI CORAZON PALPITA MAS RAPIDO	( )	( )	( )	( )	( )	-
3 ME PREOCUPO DEMASIADO	( )	( )	( )	( )	( )	-
4 SIENTO TEMBLOROSO MI CUERPO	( )	( )	( )	( )	( )	-
5 ME IMAGINO ESCENAS TERRORIFICAS	( )	( )	( )	( )	( )	-
6 ME DAN MAS GANAS DE IR AL BAÑO	( )	( )	( )	( )	( )	-
7 NO PUEDO SACAR DE MI MENTE IMAGENES QUE ME PROVOCAN ANSIEDAD	( )	( )	( )	( )	( )	-
8 SIENTO TENSION EN MI ESTOMAGO	( )	( )	( )	( )	( )	-
9 SE ME CRUZAN EN LA MENTE PENSAMIENTOS QUE ME MOLESTAN	( )	( )	( )	( )	( )	-
10 CAMINO NERVIOSAMENTE	( )	( )	( )	( )	( )	-
11 NO PUEDO PENSAR LO SUFICIENTEMENTE RAPIDO	( )	( )	( )	( )	( )	-
12 ME QUEDO PARALIZADO	( )	( )	( )	( )	( )	-
13 NO PUEDO QUITARME PENSAMIENTOS QUE ME CAUSAN ANSIEDAD	( )	( )	( )	( )	( )	-
14 SUDO DEMASIADO	( )	( )	( )	( )	( )	-