

Ansiedad en poblaciones de estudiantes universitarios argentinos y estadounidense. Recolección muestral via Internet y presencial por Lidia Beatriz Menijes de Libertun

Se distribuye bajo una licencia Creative Commons - Atribución - No comercial - Sin obra derivada - 4.0 Internacional.



**ANSIEDAD EN POBLACIONES DE ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS ARGENTINOS Y ESTADOUNIDENSES.**

Recolección muestral electrónica vía Internet y presencial.

Tesis Doctoral.

Doctoranda: Lic. Lidia B. Menijes de Libertun.

Directores de Tesis:

Argentina: Dra. Maria C. Richaud de Minzi.

USA: Robert E. Roberts, Ph.D.

Universidad de Palermo. Buenos Aires.

2005.

*Solo resta un desafío,
que en ese terreno baldío
no cunda el vacío,
vuelva a brillar el sol
y crezca otra clase de flor.*

*No es tierra fértil,
roca viva rajada por el calor,
de cualquier forma dio una
maravillosa flor.*

*Esta tesis esta dedicada a quien siempre me ha estado inspirando, estimulando y
apoyando; mi crítico y mi lector: a Carlos, mi esposo.*

AGRADECIMIENTOS.

Son muchas las personas e instituciones que aportaron para que esta realización fuera posible.

En primer término a la Universidad de Palermo que, al crear su ágil programa de Doctorado, satisfizo un notorio vacío de oferta académica. En parte, la innovación de su programa doctoral, me motivó e inspiró para utilizar una nueva forma de recolección muestral. Sus autoridades y docentes han tratado de cumplir inmejorablemente su papel. Todas y cada una merecerían ser destacadas al combinar cualidades profesionales y humanas en el desarrollo de sus tareas.

Un agradecimiento especial a la Dra. Maria Cristina Richaud de Minzi, mi Directora de Tesis en Argentina, que me guió con eficacia y paciencia a través de este proyecto y agradecerle la generosidad con que me recibió en el Instituto por ella dirigida, CIIPME, Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental., perteneciente al CONICET.

También un agradecimiento especial al Dr. Robert E. Roberts, mi Director de Tesis en EEUU, Profesor de Behavioral Sciences and Social Psychiatry and Epidemiology, de la Universidad de Texas, en Houston. Fueron innumerables los archivos que intercambiamos por vía electrónica. Trabajar con él fue un buen ejemplo de como se puede desarrollar una dinámica y eficaz colaboración a distancia.

El hacer una investigación de tipo transcultural requiere un número adicional de colaboraciones, por ello agradezco a los Doctores John H. Krantz, Profesor en el Departamento de Psicología del Hanover College, EEUU, pionero en investigación por Internet y al Dr. Scott Plous, Director de Social Psychology Network, EEUU, sin cuya ayuda esta investigación no hubiera sido posible.

Un párrafo especial merecen mis pacientes que a lo largo de mi extenso ejercicio profesional han confiado en mí. Esa confianza ha sido motor y acicate para mejorar mi capacitación y no defraudarlos.

Agradezco profundamente a Ariel, Nora y Darío, mis hijos, que apoyaron y colaboraron en la medida de sus posibilidades con bibliografía, traducciones y una inmensa paciencia... en esta aventura intelectual por mi emprendida. También a Gisela y Ariel, mi nuera y mi yerno, entusiastas difusores del material de investigación, que colaboraron para que mi muestra de sujetos llegara a un número crítico. Agradezco a mi primer nieto Martín, que aunque no lo sabe aún, tuvo la paciencia de esperar que el tejido de la batita no creciera tan rápido porque tenía que escribir discusión de resultados; y a mi segundo nieto, ya anunciado, que no espere tanto por su ajuar.

Como se ve, una tesis no solo es una investigación original sobre un tema explícito, sino que es un proyecto de vida al que uno se lanza con muchos sueños y bastante inexperiencia; en el camino no solo se aprende a investigar, también se aprende a reconocer y agradecer el apoyo de mucha gente que ayudó a concretar ese sueño.

INDICE.

AGRADECIMIENTOS.	3
INDICE.	5
RESUMEN.	14
SUMMARY.	20
Capítulo 1. INTRODUCCIÓN.	25
1.1. Planteamiento del problema.	25
1.2. Formulación del problema.	26
1.3. Objetivo Generales.	27
1.4. Objetivos Específicos.....	28
1.5. Hipótesis de la investigación.	28
1.6. Beneficios y transferencia.	29
Capítulo 2. ANSIEDAD.	30
2.1. Historia del concepto ansiedad.	31
2.2. Características de la ansiedad.	31
2.3. Definiciones según diversos autores.	33
2.4. Definición según DSM IV.	37
2.5. Aspectos epidemiológicos de la ansiedad.	41
2.6. Etiopatogenia de los trastornos de ansiedad.	45
2.6.1. Aspectos biológicos.	45
2.6.1.1. Genética y antecedentes familiares.	45
2.6.1.2. Aspectos fisiológicos.	46
2.6.1.3. Aspectos endocrinos, neuroendocrinos y neuroquímicos.	46

2.6.1.4. Síndromes clínicos productores de ansiedad.	47
2.6.1.5. Sustancias que inducen a las crisis de angustia.	47
2.6.2. Teorías psicológicas.	48
2.6.2.1. Modelo Psicodinámico.	48
2.6.2.2. Teorías Conductistas.	49
2.6.2.3. Teorías Cognitivas.	50
2.7. Comorbilidad de la ansiedad con la depresión.	52
2.8. Sistema educativo universitario y ansiedad.	56
Capítulo 3. CULTURA.	59
3.1. Definición de cultura.	59
3.2. Definición de psicología transcultural.	61
3.3. Característica del investigador transcultural.	63
3.4. Cultura y el DSM IV y el Reporte de Salud Mental Mundial.	66
3.5. Investigaciones transculturales relacionada con desordenes especifico.	68
3.6. Influencia cultural en los diagnósticos y las terapéuticas.	69
3.7. Conclusiones.	71
Capítulo 4. INTERNET.	72
4.1. Definición.	72
4.2. Historia de la red.	72
4.3. Historia de la red en Argentina.	74
4.4. Recolección de datos por Internet.	74
4.5. Ventajas y desventajas en la recolección de datos por Internet.	75
4.6. Requisitos en la recolección de datos por Internet.	77
4.7. Validez en investigación por Internet.	78

4.8. Composición de las muestras.	78
4.9. Formas de reclutamiento de los sujetos.	79
Capítulo 5. MATERIALES Y METODOS.	81
5.1. Descripción del estudio.	81
5.2. Descripción de la muestra. Criterios de inclusión y exclusión.	82
5.3. Descripción de los instrumentos de mediación.	83
5.3.1. Ficha de recolección de datos personales.	83
5.3.2. Cuestionarios utilizados.	83
5.3.2.1. Descripción de los instrumentos utilizados.	84
5.3.2.1.1. SIAS, Social Interaction Anxiety Scale.	84
5.3.2.1.2. BAI Beck Anxiety inventory.	85
5.3.2.1.3. APPQ, Albany Panic and Phobia Questionnaire.	87
5.3.2.1.4. BDI II, Beck Depression Inventory	89
5.3.3. Tratamiento de los instrumentos en castellano.	92
5.3.4. Tratamiento de los instrumentos en inglés.	93
5.4. Análisis estadístico.	93
Capítulo 6. ANALISIS DE DATOS.	94
6.1. Descripción de la muestra.	94
6.2. Fiabilidad y validez de los instrumentos.	95
6.2.1. SIAS	97
6.2.1.1. Análisis factorial.	97
6.2.1.2. Fiabilidad.	102
6.2.2. BAI.	102
6.2.2.1. Análisis factorial.	102

6.2.2.2. Fiabilidad.	106
6.2.3. APPQ.	106
6.2.3.1. Análisis factorial.	107
6.2.3.2. Fiabilidad.	111
6.2.4. BDI II.	112
6.2.4.1. Análisis factorial.	112
6.2.4.2. Fiabilidad.	118
6.3. Análisis de los resultados.	118
6.3.1. Análisis de los resultados según el idioma de los participantes.	
Web ingles versus Web castellano y castellano presencial.	119
6.3.2. Recolección Web versus presencial.....	121
6.3.3. Comparación por el idioma de la muestra y por formas de recolección de respuesta.	123
6.3.4. Recolección Web inglés versus recolección Web castellano versus recolección presencial sobre todas las pruebas de ansiedad y depresión.	124
6.4. Diferencia por sexo.	125
6.4.1. Administración Web.	125
6.4.2. Diferencias por sexo en Web castellano y presencial.	127
6.5. Edad.	128
6.5.1. Edad sobre las pruebas en la muestra WEB.	128
6.5.2 Edad sobre las pruebas en la muestra en castellano.	129
6.5.3 Edad. Influencia de la forma de administración.	130
6.6. Diferencias por carrera.	130
6.6.1. Diferencias por carrera administración Web.	130

6.6.2. Diferencias por carrera de los que respondieron en castellano.	131
6.7. Correlaciones.	132
6.8. Niveles de ansiedad y depresión de la muestra.	133
Capítulo 7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	134
7.1. Validez y fiabilidad.	134
7.2. Comparaciones entre muestras.	134
7.2.1. Idioma de la muestra. Castellano versus inglés.	134
7.2.2. Formas de recolección. Recolección Web (castellano e inglés) versus Presencial (castellano).....	138
7.2.3. Incidencia por género.	140
7.2.3.1. Incidencia por género. Resultados de los cuestionarios en la recolección electrónica.	142
7.2.3.2. Incidencia por género. Resultados de los cuestionarios en Web castellano y Presencial castellano.	144
7.2.4. Incidencia por edad.	144
7.2.5. Diferencia por carrera.	146
7.2.5.1. Diferencia por carrera en la recolección Web	146
7.2.5.2. Diferencia por carrera. Web Castellano y Presencial castellano.	146
7.2.6. Comorbilidad ansiedad con depresión.	147
7.2.6.1. Ansiedad y depresión en la muestra total.	148
7.3. Conclusiones y recomendaciones.	149
ANEXOS.	152
1. Presentación de página bilingüe castellano-inglés.	152
2. Explicación de objetivos de la investigación en castellano.	152

3. Datos Personales. Castellano.	153
4. Cuestionario I. Castellano.	154
5. Cuestionario II. Castellano.	155
6. Cuestionario III. Castellano.	157
7. Cuestionario IV. Castellano.	158
8. Agradecimiento por colaborar. Castellano.	161
9. Explicación de objetivos de investigación inglés.	161
10. Datos Personales Inglés.	162
11. Cuestionario I. Inglés.	163
12. Cuestionario II. Inglés.	164
13. Cuestionario III. Inglés.	166
14. Cuestionario IV. Inglés.	167
15. Agradecimiento por colaborar. Inglés.	169
16. Publicidad de la investigación en sitios de investigaciones on line en inglés. ...	170
16.1. Psychological Research on the NET.....	171
16.2. Online Social Psychology Studies.....	171
17. Resumen de esta Tesis Doctoral en la Web.	172
Capítulo 8. BIBLIOGRAFIA.	173

INDICE DE TABLAS.

Tabla 1. Edad de comienzo y prevalencia de algunos trastornos de ansiedad (American Psychiatric Association, 1994).	45
Tabla 2. La comorbilidad-ansiedad -depresión según diversos autores	56
Tabla 3. BAI: Media y DE en distintas poblaciones.	86
Tabla 4. BAI: Media y DE en distintas patologías ansiosas según Beck y Steer (1990)	86
Tabla 5. SIAS, BAI, APPQ y BDI II: Coeficiente Alfa, Media y DE en castellano e inglés (Novy, Stanley, Averill y Daza, 2001).....	93
Tabla 6. Distribución porcentual de los sujetos por muestra según sexo, edad y carrera. ..	95
Tabla 7. SIAS. Medida de adecuación y significación muestral	98
Tabla 8. SIAS. Análisis factorial. Solución Varimax.....	100
Tabla 9. SIAS. Alpha de Cronbach	102
Tabla 10. BAI. Medida de adecuación y significación muestral.....	103
Tabla 11. BAI. Análisis factorial. Solución Promax.....	105
Tabla 12. BAI. Alpha de Cronbach.....	106
Tabla 13. APPQ Medida de adecuación y significación muestral	107
Tabla 14. APPQ. Análisis factorial. Solución Equamax	109
Tabla 15. APPQ. Alpha de Cronbach.....	111
Tabla 16. APPQ. Alpha de Cronbach.....	112
Tabla 17. BDI II. Medida de adecuación y significación muestral.	112
Tabla 18. BDI II. Análisis factorial. Solución Promax.	115
Tabla 19. BDI II. Alpha de Cronbach.	118
Tabla 20. Prueba t de Student correspondiente a las medias y desviaciones estándar en el SIAS, BAI, BDI II, en castellano y en inglés.	120

Tabla 21. Análisis múltiple de varianza correspondiente a las medias en el APPQ en castellano e inglés.	121
Tabla 22. Prueba t de Student correspondiente a las medias en el SIAS, BAI y BDI II, según forma de recolección Web o Presencial.	122
Tabla 23. APPQ. Análisis múltiple de varianza. Recolección Web y Presencial.	123
Tabla 24. Comparación de los resultados por cuestionarios en idioma de la muestra y en formas de recolección.	124
Tabla 25. Análisis múltiple de varianza correspondiente a las medias sobre los cuatro instrumentos en todas las formas de recolección.	125
Tabla 26. Prueba t de Student correspondiente a las medias en el SIAS, BAI, BDI II según diferencia por sexo en administración Web.	126
Tabla 27. Análisis múltiple de varianza correspondiente a las medias en el APPQ, según diferencia por sexo en administración Web.	126
Tabla 28. Prueba t de Student correspondiente a las medias en el SIAS, BAI y BDI II, diferencia por sexo, en castellano.	127
Tabla 29. Análisis múltiple de varianza correspondiente a las medias en el APPQ, diferencia por sexo, en castellano.	128
Tabla 30. Prueba t de Student correspondiente a las medias en el SIAS, BAI, APPQ, y BDI II, según edad, recolección Web.	129
Tabla 31. Prueba t de Student correspondiente a las medias en el SIAS, BAI, APPQ y BDI II, según edad en castellano.	129
Tabla 32. Edad de los participantes y forma de administración en SIAS.	130
Tabla 33. Medias, DE, F, y valores de p de los contrastes de las carreras universitarias, sobre los cuatro instrumentos en recolección Web.	131

Tabla 34. Medias, DE, F, y valores de p de los contrastes de las carreras universitarias sobre los cuatro instrumentos en recolección en castellano Web y presencial ...	131
Tabla 35. Correlaciones Muestra I, Muestra II y Muestra III.....	132
Tabla 36. Nivel de ansiedad en la muestra total según categorías BAI.....	133
Tabla 37. Nivel de depresión en la muestra total según categorías BDI II	133
INDICE DE GRAFICOS.	
Gráfico 1. SIAS. Muestra I. Gráfico de sedimentación.....	98
Gráfico 2. SIAS. Muestra II. Gráfico de sedimentación	99
Gráfico 3. SIAS. Muestra III. Gráfico de sedimentación	99
Gráfico 4. BAI. Muestra I. Gráfico de sedimentación.....	103
Gráfico 5. BAI. Muestra II. Gráfico de sedimentación	104
Gráfico 6. BAI. Muestra III. Gráfico de sedimentación.....	104
Gráfico 7. APPQ. Muestra I. Gráfico de sedimentación	107
Gráfico 8. APPQ. Muestra II. Gráfico de sedimentación.....	108
Gráfico 9. APPQ. Muestra III. Gráfico de sedimentación.....	108
Gráfico 10. BDI II. Muestra I. Gráfico de sedimentación.....	113
Gráfico 11. BDI II. Muestra II. Gráfico de sedimentación.....	113
Gráfico 12. BDI II. Muestra III. Gráfico de sedimentación.....	114
Gráfico 13. Idioma de la Muestra.....	119
Gráfico 14. Forma de Recolección.....	121
Gráfico 15. Comparación entre muestras.....	124
Gráfico 16. Idioma de de la muestra.....	134
Gráfico 17. Formas de recolección	139

RESUMEN.

ANSIEDAD EN POBLACIONES DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS ARGENTINOS Y ESTADOUNIDENSES.

Recolección muestral electrónica vía Internet y presencial.

El trastorno ansioso está presente en todas las sociedades contemporáneas a pesar de sus diferencias culturales. Dentro del campo de la psicopatología es uno de los trastornos más prevalentes ya que afectan hasta el 25% de la población general en algún momento de su vida. Varía con cada cultura y con frecuencia coexiste con depresión. En esta investigación se comparan los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios argentinos y estadounidenses.

Objetivos.

- a- Comparar grado y tipo de ansiedad, y su comorbilidad más habitual la depresión, entre estudiantes universitarios de habla castellana argentinos y de habla inglesa estadounidenses.
- b- Evaluar si se hallan diferencias atribuibles a sexo, edad o carrera universitaria.
- c- Evaluar si las diferentes formas de recolección muestral, presencial o electrónica, afecta los resultados.

Materiales y Métodos.

Para la realización de esta tesis se recogieron datos personales: edad, país de nacimiento, país donde cursa sus estudios, idioma, sexo y carrera. También se utilizaron cuatro instrumentos, en su idioma original, inglés y sus traducciones al castellano: A-SIAS, Social Interaction Anxiety Scale, detecta la presencia de fobia social; B- BAI, Beck Anxiety Inventory, mide nivel de ansiedad; C- APPQ, Albany Panic and Phobia

Questionnaire, evalúa trastorno de pánico y D- BDI II, Beck Depression Inventory II, evalúa nivel de depresión.

Descripción de las muestras. Criterios de inclusión. La investigación se realizó con una muestra compuesta por 405 estudiantes universitarios distribuidos en tres grupos pertenecientes a formas de recolección y/o países distintos. La recolección de datos fue realizada en forma presencial, mediante cuestionarios en papel o electrónicamente, por Internet. Datos sobre idioma, país de nacimiento y país donde cursa sus estudios sirvieron para definir los criterios de inclusión en cada grupo.

Muestra I. Fue recolectada por Internet en idioma inglés; está compuesta por sujetos que cumplían todos los siguientes criterios de inclusión: ser estudiantes universitarios, nacidos en los EEUU y estudiando en su país al momento de la recolección.

Muestra II. Fue recolectada por Internet en idioma castellano; está compuesta por sujetos que cumplían con todos los siguientes criterios de inclusión: ser estudiantes universitarios nacidos en Argentina y estudiando en su propio país al momento de la recolección.

Muestra III. Fue recolectada en castellano en forma presencial, en papel. Está compuesta por sujetos que cumplían con todos los siguientes criterios de inclusión: ser estudiantes universitarios nacidos en la Argentina y estudiando en su propio país al momento de la recolección.

La participación en la investigación en todas sus formas de recolección fue voluntaria y con consentimiento explícito de los participantes. En los tres grupos se equiparó el número de sujetos por género: 54,8 % de mujeres y 45,2 % de varones.

Resultados.

a- Idioma de la muestra. En la muestra se hallaron diferencias estadísticamente significativas por idioma. Los estudiantes que contestaron en inglés evidenciaron mayores

niveles de ansiedad, fobias sociales, ataque de pánico y depresión que los estudiantes que contestaron en castellano.

b- Comorbilidad. En nuestra investigación se observa la covariancia entre el cuestionario BAI (constructo ansiedad) y BDI II. (constructo depresión).

c- Incidencia por género. Distintas formas de recolección muestral. En ambas formas de recolección muestral, Web o presencial, hay coincidencia de resultados con respecto al ataque de pánico, donde la mujer presenta niveles mayores de trastorno y en la fobia social, donde no se halló diferencia por género.

También, en la muestra en castellano se hallaron diferencias por género en ansiedad y depresión. El perfil es significativamente diferente entre varones y mujeres. La mujer es más ansiosa y depresiva.

En la muestra Web en ansiedad y depresión no se han encontrado diferencias entre varones y mujeres.

d- Formas de recolección. La información obtenida indicaría que en general las formas de recolección, electrónica o presencial, no influyen en los resultados En nuestra investigación, hay dos diferencias estadísticamente significativas atribuibles a la forma de recolección Web - edad en la fobia social y género en ansiedad y depresión.

e- Influencia de la edad. Sólo en la fobia social en la recolección electrónica los participantes mayores presentan índices más altos de fobia social.

f- Incidencia por carrera. En la recolección electrónica se halló sólo una diferencia significativa al 5 % en los niveles de ansiedad entre los estudiantes de las carreras de ciencias exactas y los estudiantes de las carreras de agricultura. En los sujetos que contestaban en castellano, sólo entre los estudiantes universitarios de la salud se encontraron diferencias significativas. Estos últimos presentaron mayor nivel de ansiedad.

Conclusiones.

a- Idioma de la muestra, que se puede asimilar a diferencias culturales. La muestra estudiantil que respondió en castellano evidenció menor grado de trastorno ansioso y depresivo. Entre las múltiples posibilidades que explicarían las diferencias, según postula la bibliografía, podría deberse a los vínculos familiares y sociales más sólidos y permanentes que poseería la población latina; estos tendrían un efecto protector con respecto al trastorno ansioso y depresivo. Mientras que la muestra que contestó en inglés, perteneciente a la población sajona, experimentaría un debilitamiento sostenido y creciente de su cohesión social lo que favorecería el aumento de trastornos psicológicos por aislamiento.

b- Comorbilidad. Este hallazgo coincide con numerosos estudios en los que se menciona la comorbilidad ansiedad-depresión con porcentaje variable entre 40 % y 90 %, siendo ésta la comorbilidad más frecuente. En nuestra investigación se observa covariación entre ambos constructos entre .676 en la Muestra I, .517 en la Muestra II y .348 en la Muestra III.

c- Incidencia por género. Los hallazgos significativamente diferentes del perfil ansioso y depresivo entre varones y mujeres son coincidentes con el extenso cuerpo de investigación que afirma que la ansiedad y la depresión están más presentes en la mujer que en el hombre, salvo alguna excepción como la fobia social donde no se consignan diferencias por sexo. En cuanto a la falta de diferencia de nivel de ansiedad por género encontrada en la recolección Web, una posible explicación podrían ser observaciones recientes que indican que la ansiedad computacional es mayor en el sexo masculino al procesar información por Internet. El hecho que en la recolección Web no hubiera tampoco diferencia por género en depresión podría deberse a una facilitación del hombre a contestar con mayor libertad y poder sincerarse por la Web. La temática del disimulo masculino ha sido consistentemente

señalado en la bibliografía como un gran inconveniente en la detección y tratamiento de la depresión.

d- Forma de recolección. La recolección electrónica de datos es un nuevo modo de investigación científica en Argentina y a nivel mundial. Observamos que el método de recolección electrónico arroja resultados similares a la recolección tradicional presencial realizada en papel en la mayoría de los parámetros. Esta observación, es coincidente con la creciente bibliografía; por ello se podría incorporar la recolección electrónica para ciertas investigaciones en salud mental.

e- Influencia de la edad. En la recolección Web se observa que los estudiantes mayores de la muestra presentan mayor índice de fobia social, dato este de singular valor ya que la fobia social tiende a decrecer con la edad. Esta particularidad de la recolección electrónica podría ser adjudicada a la selección voluntaria de los participantes que se sienten más cómodos para contestar en forma electrónica sin interacción directa.

f- Incidencia por carrera. Coincidiendo con la literatura, se halló que los estudiantes universitarios del área salud, que contestaban en castellano, presentan mayor ansiedad que en otras carreras.

Beneficios y transferencia. Las adaptaciones de las traducciones de los instrumentos utilizados a los modismos locales enriquece la disponibilidad de cuestionarios para el uso clínico local.

Con la recolección electrónica agregamos a la disponibilidad metodológica un formato económico. Esto sería particularmente beneficioso para los costosos estudios transculturales y favorecería la accesibilidad a países con limitación presupuestaria en dicho tipo de investigación.

Otro aporte de los resultados sería alertar a las autoridades educativas acerca de la incidencia del trastorno ansioso y depresivo en la población universitaria, con los riesgos que esto conlleva para el estudiante como persona y para su capacidad de aprender afectando directamente el rendimiento escolar.

Los hallazgos de la investigación podrían ayudar a la práctica clínica, al recordar la importancia del bagaje cultural de la persona que pide atención; ese bagaje de cierto modo es también el idioma de su padecimiento, la forma de presentación de su trastorno ansioso. En ese campo cualquier aporte a la comprensión de los pacientes, favorecería una mejor atención por parte de los profesionales de la salud.

SUMMARY.

ANXIETY IN TWO POPULATIONS OF COLLEGE STUDENTS FROM ARGENTINA AND USA.

Electronic and paper sample collection.

Anxiety, as pathology expression, is present in all contemporaries societies regardless of their cultural differences. Up to 25 % of all people are affected by it at some moment of their lifetime, making anxiety pathology one of the most prevalent pathologies within the psychopathological realm. The expression of anxiety is affected by cultural contexts and usually coexists with depression. This research presents a comparison of the anxiety levels on Argentinean and United States college students.

Goals.

- a- Compare the degree and type of anxiety, and its most common comorbidity depression, among Spanish and English college students.
- b- Correlate these differences to gender, age, or study-discipline.
- c- Evaluate whether the procedures to collect the information in person and website questionnaire impacts on the results.

Materials and Methods.

- a- This thesis collected the following data from interviewed individuals: age, country of birth, country of the university is studying, language, gender, and study discipline. In addition, four tools were used, both in its original language English and in its Spanish translation. Three of these questionnaires assess type and level of anxiety: SIAS, Social Interaction Anxiety Scale, measures social phobia; BAI, Beck Anxiety Inventory, measures

anxiety level; APPQ, Albany Panic and Phobia Questionnaire, measures panic attack. The fourth, Beck Depression Inventory II, evaluates depression levels.

b- Sample description and inclusion criteria. The research was performed on a sample of 405 graduate students subdivided in three groups according to the way the information was collected and the language of the answers. Data was collected through: a- paper questionnaires, b- electronic questionnaires posted on internet. Data about language, country of birth, and country of study were used to define the criteria for including individuals in the sample.

Sample I, was collected by Internet in English. All members of this sample comply with the following characteristics: are college students, are born in the USA, and are studying in USA when they answered the questionnaire.

Sample II, was collected by Internet in Spanish. All members of this sample comply with the following characteristics: are college students, are born in Argentina, and are studying in Argentina when they answered the questionnaire.

Sample III, was collected in paper in Spanish. All members of this sample comply with the following characteristics: are college students, are born in Argentina, and are studying in Argentina when they answered the questionnaire.

Participation in this research, in all its formats, has been voluntary and with express agreement of participants. In all the three groups, gender was balanced: 54.8 % female, and 45.2 % male.

Results.

a- Language of the Sample. Significant statistical differences were found in relation to the language variable. Students who answered in English showed higher levels of anxiety, panic attack, social phobia and depression than those who did it in Spanish.

b- Comorbidity. In this research we observe a covariation between the BAI questionnaires designed to measure the severity of anxiety in adult and adolescents and the BDI II designed to measure the severity of depression in adult and adolescents.

c- Gender Incidence. In our sample, in both means of collecting information, there are significant differences on panic attack, females register higher levels. In both means of collecting there was not found differences in social phobia correlated to gender.

In the Spanish collection females also register higher levels of anxiety and depression.

In our electronic sample, there was not found significant differences in anxiety level and depression level.

d- Collection mean. According to our results, the collection-mean, in person or via internet, do not affect results. Two differences were detected that can be correlated to Web collection: social phobia-age and no gender differences in anxiety level and depression level.

e- Age Incidence. In the Internet collection of data in social phobia, older respondents show higher levels of it. Statistically significant differences correlated to age are only present in the electronic collection. Otherwise, results agree with those described on mainstream scientific publications.

f- Discipline of study incidence. In the electronic collection some groups were correlated to different levels of pathology. Students of exact sciences and agriculture showed higher levels of anxiety. In the Spanish responses, health-science students presented higher levels of anxiety.

Conclusions.

a- Language of the sample. The Spanish sample showed lower levels of anxiety and depression. One of the explanatory hypotheses for this outcome, in agreement with the

bibliography, correlates these results to the solid and less transient familiar and social links that Latin populations tend to have, which might protect individuals from depression and anxiety. Conversely, the English sample, belonging to the American population, might have an increasing weakening of their social ties, and would be more exposed to anxiety due to individuals isolation.

b- Comorbidity. Findings agree with numerous studies, where there is comorbidity between anxiety and depression, with a percentage falling between 40 and 90, and being the most common form of comorbidity

c- Gender incidence. The differences among females and males in the paper sample are coincident with an extensive body of research, where anxiety and depression are more common in females than in males. In the electronic collection there neither was found such difference related to gender in anxiety level and depression. In the case of depression one of the explanatory hypotheses for this outcome, in agreement with NIMH concern about male trying to denied their fillings, among the men who expressed a negative attitude toward help-seeking and had high levels of gender-role conflict, feelings that men should behave differently than women. Web answering aloud them to feel free to express their fillings. In the case of anxiety level, one of the explanatory hypotheses for this outcome, in agreement with research published about computer anxiety, men tent to become more anxious than female when trying to processing large amount of information via Internet Female college students showed more positive attitudes than male students.

d- Collection mean. The use of electronic media to collect data is still a novelty in scientific research, both in Argentina and abroad. It is worth noticing that results collected via Internet mostly agree from those collected in paper in person, which would be in line with a growing literature on the field showing that the utility of electronic collection

methods. Therefore, we suggest the use of this medium in some types of mental health research.

e- Age incidence. In the Web-sample the older individuals presents higher levels of social phobia. This is a highly noticeable result, as this illness it is known to decrease with age. This particularity might be attributed to the voluntary selection of web-respondents. It is likely that people with social phobia would prefer to use this medium, so as to avoid direct personal interaction.

f- Discipline of study incidence. In accord with the literature, health students of the Spanish sample shown the highest levels of anxiety.

Benefits and transmission of results. By bringing attention to the cultural baggage of the individual, which is somehow the *language* of his illness and how it is presented, the findings of this research could help the clinical practice. Any advance towards improving the comprehension of the patient will improve the response of the health providers.

Another contribution is the translation and adaptation of the questionnaires used in the present research, which enriches the number of questionnaires available to local practitioners.

The use of web devices provides an economic and effective research tool, a great help for transcultural and comparative studies in countries with stringent research budgets.

Also bringing attention to college authorities about anxiety and depress risk present in their student population and the consequent effect in knowledge acquisition process.

Capítulo 1. INTRODUCCIÓN.

1.2. Planteamiento del problema.

En el campo de la salud mental, la ansiedad es una de las manifestaciones de mayor prevalencia en poblaciones de todas las latitudes. Cuando se recorre la evolución reciente de la psicología, especialmente en los últimos treinta años, se observa un notorio esfuerzo para articular la ansiedad y otros cuadros patológicos, con los contextos culturales diversos en los que viven las personas (Berry y Dasen, 1974). Este aporte transcultural ha permitido repensar las manifestaciones de la patología psicológica, atendiendo las variables de origen de los diversos grupos e individuos. Los países desarrollados, que han recibido las mayores corrientes inmigratorias, se han visto urgidos por comprender y atender a esta nueva población (Patel, 2001). Así, trabajos como el DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) y el CIE 10 (1992) han incorporado información sobre la influencia de la cultura en la salud mental. Pese a los grandes esfuerzos realizados en dicha dirección, los resultados aun no son totalmente satisfactorios, en parte porque a quien investiga le es difícil salir de su propia mirada contextual.

Por otro lado, la acuciante necesidad de desarrollar técnicas viables con recursos limitados ha inspirado en parte este trabajo de investigación, que intenta incursionar en una nueva técnica de investigación en psicología, ya que parte de los datos fueron recogidos electrónicamente por Internet, en idioma castellano e inglés.

1.2. Formulación del problema.

Este trabajo está centrado en detectar coincidencias y diferencias en algunas formas de los trastornos ansiosos, y de su comorbilidad más habitual la depresión, en dos poblaciones estudiantiles pertenecientes a dos países, Argentina y EEUU, con modalidades culturales diferentes desde sus orígenes, la latina y la anglosajona, respectivamente.

¿Por qué estudiar la ansiedad? Por ser uno de los cuadros nosológicos más comunes en todas las poblaciones. Su frecuente coexistencia con la depresión, nos llevó también a incluir dicha comorbilidad.

¿Por qué estudiar poblaciones estudiantiles? El estudiante universitario está sometido a fuertes demandas, en riesgo de tener procesos ansiosos y depresivos. La educación superior es tomada como una de las herramientas para hacer a los individuos y a los países competitivos y eso influye profundamente en los estudiantes. Por otro lado, el estudiante universitario está acostumbrado al acceso a la comunicación electrónica lo que es de importancia para nuestra metodología.

¿Por qué analizar dos poblaciones estudiantiles pertenecientes a culturas y sistemas universitarios distintos? El objetivo es encontrar el idioma del padecimiento más allá del ropaje cultural que adquiere. No es casual que los trastornos ansiosos sean tan poco detectados en la consulta clínica, especialmente si el médico y el paciente pertenecen a culturas diversas (Desjarlais, Eisenberg, Good y Kleinman, 1995).

¿Por qué usamos un método electrónico, Internet? Es evidente que la investigación transcultural es particularmente costosa, ya que frecuentemente los equipos de investigadores deben trasladarse a los distintos países o embarcarse en estudios multicéntricos con el consiguiente gasto. Es la explicación habitual por la cual la mayoría

de la investigación en este tema se origina en países con recursos importantes. En Argentina, cuyo presupuesto de investigación es significativamente menor, este tipo de estudio se torna de difícil realización. Internet tiene características muy provechosas para la recolección de muestras a distancia en países como el nuestro: es extremadamente económica y rápida en relación al número de sujetos y a las áreas geográficas que puede abarcar. Esta innovación metodológica es muy reciente ya que las primeras investigaciones a nivel mundial datan del año 1996. Presenta ventajas e inconvenientes que son tratados en extenso en el capítulo de Internet de esta tesis; pero básicamente es un recurso valioso por lo que trataremos de mostrar su utilidad.

1.3. Objetivo Generales.

- Analizar si existen diferencias en el grado y tipo de ansiedad experimentada y en la aparición de síntomas depresivos en los estudiantes universitarios argentinos y estadounidenses.
- Analizar si existen diferencias en el grado y tipo de ansiedad experimentada y en la aparición de síntomas depresivos según el sexo y la edad.
- Analizar si existen diferencias en el grado y tipo de ansiedad experimentada y en la aparición de síntomas depresivos de acuerdo al tipo de carrera seguida.
- Evaluar si la recolección por Internet, Web, arroja resultados comparables a la recolección presencial.

1.4. Objetivos Específicos.

- Evaluar el nivel de ansiedad en las muestras de estudiantes universitarios.
- Evaluar la comorbilidad con la depresión en las muestras de estudiantes universitarios.
- Evaluar grado y tipo ansiedad en formas mórbidas como el ataque de pánico y la fobia social en las muestras de estudiantes universitarios.
- Comparar el grado y tipo de ansiedad y el grado de depresión entre grupos de estudiantes divididos por edad y por sexo.
- Comparar el grado y tipo de ansiedad y el grado de depresión entre grupos de estudiantes divididos según el tipo de carrera (salud, ciencias exactas, agronomía y sociales).
- Analizar si los resultados de la muestra Web son comparables a los de la muestra presencial.

1.5. Hipótesis de la investigación.

- 1- Los desafíos planteados a los estudiantes universitarios producirían ansiedad.
- 2- Los procesos ansiosos se correlacionarían con procesos depresivos.
- 2- La cultura influiría sobre la ansiedad y la depresión experimentada.
- 3- Las mujeres experimentarían mayor ansiedad que los varones.
- 4- A mayor edad mayor ansiedad en un trastorno específico, la fobia social.
- 5- Las características de los diferentes tipos de carrera universitaria influirían sobre la incidencia del trastorno de ansiedad.
- 6- La forma de recolección de los datos, Web o presencial, no influiría en los resultados.

1.6. Beneficios y transferencia.

Eventualmente los hallazgos de esta investigación podrían ayudar a la práctica clínica. En este campo cualquier aporte a la comprensión de los pacientes, favorecería una mejor atención por parte de los profesionales de la salud.

Dispondríamos datos cuali y cuantitativos sobre la ansiedad en dos poblaciones estudiantiles de culturas distintas.

Las adaptaciones de las traducciones de los instrumentos utilizados a los modismos locales enriquece la disponibilidad de cuestionarios para el uso clínico local.

Trabajar con recolección electrónica no sólo permite comprobar la utilidad de un método de obtención de muestras sino que apenas nos asomamos a la comprensión de la compleja relación entre la tecnología, la sociedad y el efecto en el individuo. Si los datos recogidos por medios electrónicos no difieren significativamente de la recolección de tipo tradicional, agregamos a la disponibilidad metodológica un formato particularmente económico, que facilitaría a países con fuerte limitación presupuestaria como la Argentina, participar con menor desigualdades en ciertos tipos de investigaciones, especialmente en el campo de lo transcultural.

Otro aporte de los resultados de esta investigación sería alertar a las autoridades educativas acerca de la incidencia del trastorno ansioso y depresivo en la población universitaria, con los riesgos que esto conlleva para el estudiante como persona y para su capacidad de aprender afectando directamente el rendimiento escolar.

Capítulo 2. ANSIEDAD.

La palabra ansiedad, etimológicamente viene del latín *anxietas* y se identificó con la idea de incomodidad; la palabra angustia, derivan de la raíz germánica *ang*, que significa estrechez, malestar, apuro. Algunos autores homologan la ansiedad a la angustia, otros la diferencian en cuanto a su temporalidad, atribuyéndole a la angustia el malestar por el pasado, acompañado de cierto sentimiento de congoja y pena, y a la ansiedad la relacionan con lo que vendrá, expectación preocupada con cierta inquietud psicomotora.

Todo ser humano experimenta habitualmente ansiedad en etapas de crecimiento, de cambio, de separación o de incertidumbre, es decir forma parte de la existencia humana. La ansiedad clínica, a diferencia de la anterior, es frecuente e invalidante. Más aun, es un padecimiento no sólo de la salud mental del individuo, sino que por su trascendencia es también un serio problema de salud pública.

El trastorno ansioso está presente en todas las sociedades contemporáneas pero con diferencias culturales (Desjarlais, Eisenberg, Good y Kleinman, 1995). Dentro del campo de la psicopatología, es uno de los trastornos más prevalentes, ya que afecta hasta el 25% de la población general en algún momento de su vida. Un fenómeno característico de los trastornos de ansiedad es su frecuente comorbilidad con otras patologías. Una misma persona puede tener varios trastornos de ansiedad en forma simultánea. Una de las asociaciones más frecuentes es con el trastorno depresivo. Según distintos autores, la comorbilidad ansiedad-depresión varía entre el 50% y 90% (Andrade, Eaton y Chilcoat, 1994; Gorman, 1996; Kessler y cols, 1996; Vallejo, Gastó, Cardoner y Catalán, 2002). Este solapamiento entre los síntomas de ansiedad y depresión tan alto ha generado, desde hace más de veinte años, cambios conceptuales y en las clasificaciones internacionales (Antony, Orsillo y Roemer, 2001).

2.1. Historia del concepto ansiedad.

El concepto actual de ansiedad, históricamente estaba incluido en el de neurosis. En la actualidad, algunos autores siguen sosteniendo el concepto de neurosis cuando se refieren a la ansiedad (Rosenhan y Seligman, 2005). El DSM I (American Psychiatric Association, 1952) y el DSM II (American Psychiatric Association, 1968) hablaban de trastorno neurótico de la ansiedad. Es recién en el DSM III (American Psychiatric Association, 1980) que aparece el concepto de trastorno de ansiedad. En el DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) se introducen nuevas categorías de trastornos de la ansiedad.

Hasta la década del 60, se consideraba la ansiedad como una dimensión unitaria, por lo que se planteaba que se podía tener una medida global de la misma. Investigaciones posteriores pusieron de manifiesto la multidimensionalidad del constructo ansiedad, dado que la misma puede considerarse a través de distintos sistemas de respuestas, cognitiva, fisiológica y afectiva (Casullo, 1996).

2.2. Características de la ansiedad.

La ansiedad normal, adaptativa, se explica cuantitativa y cualitativamente en función del estímulo desencadenante. La patológica, en cambio, constituye en sí misma un sufrimiento y afecta al sujeto. Para algunos autores, la ansiedad es considerada como la emoción más representativa del proceso de estrés y debería ser incorporada como parte del concepto general de estrés (Bolger, 1990; Lazarus, 1991; Richaud de Minzi y Sacchi, 2000). La ansiedad se desencadena, tanto a nivel biológico como psicológico, cuando las demandas ambientales amenazan con exceder los recursos del organismo y podría causar daños en caso de no satisfacerse o reducirse tales demandas (Fernández-Abascal, 1997).

Se denomina ansiedad primaria a aquella que no deriva de otros trastornos psíquicos u orgánicos subyacentes; comparativamente, la ansiedad secundaria acompaña a prácticamente todas las afecciones primarias psiquiátricas.

Se denomina ansiedad estado o circunstancial, a toda situación actual de ansiedad sea o no patológica.

Se denomina ansiedad rasgo, o crónica, a la tendencia personal a presentar reacciones ansiosas, generalmente con una personalidad neurótica de base.

Se denomina ansiedad exógena a aquella que está en relación con conflictos externos, es más generalizada y responde a la psicoterapia.

Se denomina ansiedad endógena a aquella que cursa en forma autónoma en sujetos con vulnerabilidad genética, mayormente en crisis y responde a la farmacoterapia (Fernández-Abascal, 1997; Vallejo, 1992).

El análisis funcional ayuda a delimitar cómo se produce la respuesta ansiosa, qué características tiene y cuáles son las consecuencias de la respuesta sobre la vida del individuo. Posibilita la medida y cuantificación de los diferentes componentes de la ansiedad y guía el futuro tratamiento de la conducta ansiosa, en función del predominio de sus componentes.

En cuanto a la expresión de la ansiedad abarca tres grandes componentes:

a- subjetivo-cognitivo, o verbal-cognitivo; b- somático-fisiológico; c- motor-conductual.

a- El componente subjetivo-cognitivo es central. Se relaciona con la propia experiencia interna: la persona experimenta un estado emocional desagradable, incluye experiencias de pánico, alarma, preocupación.

b- El componente somático-fisiológico implica la activación del sistema nervioso autónomo, con manifestaciones en cada aparato y sistema tales como sudoración,

taquicardia e hiperventilación. Estos cambios son percibidos con malestar y pueden en sí mismos retroactuar y aumentar el estado ansioso subjetivo.

c- El componente motor conductual es fácilmente observable y hace referencia a la respuesta instrumental de escape y evitación (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Los tres componentes pueden estar disociados y no covariar entre si, fenómeno conocido como fraccionamiento de la respuesta (Hugdahl y Karker, 1981).

2.3. Definiciones según diversos autores.

Spielberger (1984) señala que la ansiedad es una reacción emocional desagradable, producida por un estímulo externo, que es considerado por el individuo como amenazador, produciendo cambios fisiológicos y conductuales en el mismo. Una propiedad importante de la ansiedad sería su naturaleza anticipatoria. Esto le confiere un valor funcional significativo: la adaptación. Este autor distingue dos modalidades: la respuesta normal, necesaria, adaptativa y la respuesta anormal, desadaptada o ansiedad clínica. Wolpe (1977; 1990) define a la ansiedad como la reacción autónoma de un organismo tras la presentación de algún estímulo exterior nocivo. Engler (1996) señala que la ansiedad es la aprensión, caracterizada por una amenaza a algún valor que el individuo considera esencial para su existencia como persona. La ansiedad no tendría un objeto externo, sino que afectaría la estructura psicológica propia en la que ocurre la percepción. De tal forma que se daría una ruptura en la distinción que hay entre uno mismo y el objeto externo. Goldman (1992) define la ansiedad como un estado emocional desagradable, cuyos orígenes no son fáciles de identificar, acompañada frecuentemente de síntomas fisiológicos, que pueden conducir a la fatiga o al agotamiento. Navas (1989) define la ansiedad como un estado emocional, mezcla de sentimientos, conductas y reacciones o sensaciones somáticas. En el aspecto

subjetivo, la ansiedad es un sentimiento o emoción única que es cualitativamente diferente a cualquiera de los otros estados emocionales, tales como la tristeza, la depresión o pesadumbre. Se caracteriza por varios grados de sentimientos de aprensión, temor, terror o nerviosismo. En el aspecto objetivo-somático, la ansiedad es indicada por una elevada actividad del sistema nervioso autónomo y por síntomas tales como palpitaciones cardíacas, sudoración, perturbaciones respiratorias y tensión muscular. Para Mischel (1990) el significado o definición de la ansiedad no puede reducirse a una sola concepción. Cada individuo tiene un conjunto de amenazas personales, diferente al de otros, que le provoca la mayor ansiedad. Puesto que cada persona puede conceptuar los estados de excitación emocional de un modo distinto, las experiencias que pueden etiquetarse como ansiedad pueden ser casi infinitas. Así, la manera más simple de definir la ansiedad es como un temor adquirido. Papalia (1994) llega a definir la ansiedad como un estado caracterizado por sentimientos de aprensión, incertidumbre y tensión, surgida de la anticipación de una amenaza, real o imaginaria. Los individuos reaccionan con grados de ansiedad variables, que dependen de su propia predisposición a padecer ansiedad y del tipo de amenaza a la que responden. Define la ansiedad como normal o neurótica, según que la reacción del individuo sea o no apropiada a la situación que la causó. Para Lazarus (1994), el proceso de estrés está conformado por dos factores: por un lado, las demandas ambientales que constituyen los estresores; por otro, el rasgo de ansiedad, como característica de vulnerabilidad psicológica individual ante las demandas. El proceso se desencadena a partir de la valoración cognitiva, responsable de analizar las demandas y los recursos y determinar las posibilidades de responder satisfactoriamente evitando daños. Cuando las demandas se valoran como elevadas o excesivas para los propios recursos disponibles, se produce la reacción de estrés, que se convierte en estado de ansiedad cuando la valoración

conlleva la anticipación de peligro, con un componente de experiencia subjetiva y otro de activación vegetativa y endocrina. Dado que el proceso de estrés es dinámico, normalmente, la valoración cognitiva y la reacción emocional se prolongan en una respuesta proactiva. Esto constituye el elemento de afrontamiento, destinado a adaptar al individuo a las demandas ambientales, satisfacerlas, reducirlas o anularlas. En este proceso, la ansiedad interviene de dos maneras. Por un lado, en cuanto estado emocional de preocupación, formando parte de la reacción, con un poder para interferir a nivel cognitivo, pero también con un poder motivador sobre la acción de afrontamiento. Por otro, en cuanto rasgo, la ansiedad interviene moderando la probabilidad o intensidad de desencadenamiento del proceso. Probablemente esta función se debe a que el rasgo de ansiedad actúa como filtro mediador en la propia percepción o valoración de amenaza.

La distinción entre ansiedad y miedo es sostenida por diferentes autores. Para Barlow (2002), es una combinación difusa de emociones, con una estructura cognitivo afectiva orientada hacia el futuro. Las reacciones emocionales de la ansiedad consisten en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, coexistiendo una activación o descarga del sistema nervioso autónomo. Diferencia miedo de ansiedad. El miedo tiene su anclaje en el presente, la ansiedad está compuesta por emociones difusas orientadas hacia el futuro. Para Sarason y Sarason (2004), la ansiedad es un sentimiento de miedo y aprensión confuso, vago y muy desagradable. La persona ansiosa se preocupa mucho, sobre todo por los peligros desconocidos. Además, el individuo ansioso muestra combinaciones de síntomas como ritmo cardíaco acelerado, respiración entrecortada, diarrea, pérdida del apetito, desmayos, mareo, sudoración, insomnio, micción frecuente y estremecimientos. Todas estas manifestaciones físicas se presentan tanto en el miedo como en la ansiedad. El miedo se diferencia de la ansiedad porque las personas que tienen miedo

pueden decir con facilidad a que le temen. En cambio, quienes se sienten ansiosos, no están conscientes de las razones de sus temores. De modo que, aún cuando el miedo y la ansiedad comprenden reacciones similares, la causa de preocupación es objetiva en el primero de los casos, pero no es clara en el segundo. Epstein (1972) diferencia ambos conceptos en función de la acción. El miedo motiva la acción de escape. La ansiedad en cambio no posee dirección fija. Marks (1969; 1970) diferencia entre miedo y un tipo especial de ansiedad: la fobia. Esta última debería cumplir con cinco requisitos para ser considerada fobia: miedo desproporcionado, evitación, irracionalidad, sobrepasar el control voluntario y producir sufrimiento.

Resumiendo, todos los autores coinciden en describir a la ansiedad como una emoción difusa, de tipo desagradable, que si bien tiene una función protectora anticipatoria, puede desbordarse y transformarse en ansiedad clínica, con los sufrimientos que dicho padecimiento conlleva. Habría cierto consenso en admitir que la ansiedad es un estado afectivo aversivo, anticipatorio de una situación de peligro. Destacan como una característica importante de la ansiedad el componente somático de la misma, como palpitaciones, sudor, temblores, entre otras manifestaciones corporales. El componente cognitivo frecuentemente da la magnitud de la reacción de ansiedad. La respuesta de ansiedad, desde un punto de vista conductual, se caracteriza por ser una reacción excesiva o desproporcionada, involuntaria, irracional, persistente, no adaptativa y dependiente del contexto del individuo. Finalmente, para muchos de estos investigadores, es de naturaleza diferente al miedo.

2.4. Definición según DSM IV.

La clasificación de los trastornos de la ansiedad según la American Psychiatric Association (1994) comprende:

- 1- Ataque de pánico.
- 2- Agorafobia.
 - 2a- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.
 - 2b- Trastorno de angustia con agorafobia.
 - 2c- Trastorno de angustia sin agorafobia.
- 3- Fobia social.
- 4- Fobias específica.
- 5- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- 6- Ansiedad generalizada.
- 7- Trastorno por estrés agudo.
- 8- Ansiedad post-traumática.

Describiremos ordenadamente los trastornos:

- 1- Ataque de pánico (Crisis de angustia). Periodo de intenso miedo o malestar en el que aparecen por lo menos cuatro de estos síntomas somáticos en forma abrupta y en 10 minutos alcanzan su máxima intensidad. Los síntomas son: a-palpitaciones. b-transpiración. c-temblores. d-falta de aire. e-sensación de ahogo. f-dolor o malestar de pecho. g-nauseas o dolor abdominal. h- mareos, desmayos o falta de peso. i- sensación de irrealidad o despersonalización. j-miedo a perder el control o volverse loco. k-miedo a morir. l-parestesias. m-frío o sofocos. El ataque de pánico puede aparecer en una amplia gama de trastornos de ansiedad; por ejemplo, la fobia social y el trastorno por estrés agudo.
- 2- Agorafobia. Limita considerablemente la libertad de la persona para moverse.

2a- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia. Ansiedad desencadenada por estar en situaciones o lugares en los que escapar se interpreta como difícil o vergonzante; no cree que pueda recibir ayuda si la necesita. Estos síntomas se dan especialmente si está en una multitud, en un puente, al salir de la casa solo o viajando en algún vehículo. El comportamiento de evitación no puede explicarse por ningún proceso fóbico u obsesivo compulsivo.

2b- Trastorno de angustia con agorafobia. El paciente sufre de crisis de angustia inesperada y recidivante. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas: inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis, preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, sufrir un infarto de miocardio, volverse loco), cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis. Todo ello acompañado por agorafobia.

2c- Trastorno de angustia sin agorafobia. Es como la clase anterior pero sin agorafobia.

3- Fobia social. Marcado miedo a interactuar socialmente con personas en público.

Miedo a ser evaluado por los otros. La persona tiene miedo a actuar en una forma que termine siendo humillada o avergonzadas en público; evitan las situaciones sociales o las abordan con intensa ansiedad. Puede llegar a interferir cualquier interacción social.

4- Fobia específica. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (por ejemplo, volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre). La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. La situación fóbica se evita o se soporta a costa de una intensa

ansiedad o malestar. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la situación temida interfieren con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales, académicas, sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo. Se describen distintos tipos: tipo animal, tipo ambiental (por ejemplo, alturas, tormentas, agua), tipo sangre-inyecciones-daño, tipo situacional (por ejemplo, aviones, ascensores, recintos cerrados), otros tipos (por ejemplo, evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

5- Trastorno obsesivo-compulsivo. Pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes que aparecen en forma invasiva, repentinamente e inapropiadamente, que causan mucha ansiedad. La persona trata de neutralizarlos con otros pensamientos o actos. Reconoce que es producto de su propia mente pero no lo puede manejar. Puede presentar conductas compulsivas de búsqueda de orden o limpieza. Se mueve con reglas o procedimientos que deben aplicarse rígidamente. El objetivo de estos rituales es prevenir la ansiedad, cosa que no se consigue; ocupándole mucho tiempo de su rutina diaria.

6- Ansiedad generalizada. Ansiedad y preocupación excesivas, expectación con miedo, sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que se prolongan más de 6 meses. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes, algunos de los cuales han persistido más de 6 meses: a- inquietud o impaciencia. b- fatigabilidad fácil. c- dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco. d- irritabilidad. e-tensión muscular. f- alteraciones del sueño, dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al

despertarse de un sueño no reparador. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

7- Trastorno por estrés agudo. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido dos condiciones: I- ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. II- ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos: a-sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional. b-reducción del conocimiento de su entorno (por ejemplo, estar aturdido). c-desrealización. d-despersonalización. e-amnesia disociativa; ejemplo, incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de *flashback* recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático. Evitación de estímulos que recuerdan el trauma, pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas. Aumento de la activación arousal; por ejemplo, dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente visible o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, como obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4

semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático. Este acotamiento temporal es una diferencia importante con el caso siguiente.

8- Ansiedad post-traumática. La persona se vio enfrentada a una situación que fue vivida como peligro de muerte o de ser herida seriamente. Sintió que su integridad física o la de otra persona estaban en peligro. La situación es persistentemente recordada a través de pensamientos recurrentes, sueños, lugares que evocan la situación y despiertan gran ansiedad. Significativo deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad. Se siente aislado de las otras personas. Su habilidad para amar o sentir otras emociones fuertes se encuentra fuertemente limitada. Por lo menos dos de los siguientes síntomas se han mantenido por más de un mes y no estaban presentes antes del evento traumático: a- dificultades para dormir. b- inquietud motora. c- hipervigilancia. d- mala concentración. e- irritabilidad. f- respuestas exageradas de sobresalto. Se considera respuesta aguda si dura hasta tres meses; crónica si su duración es de tres meses o más.

En la clasificación de la ansiedad en adultos también se mencionan aquellas debidas a enfermedades físicas o inducidas por consumo de drogas.

2.5. Aspectos epidemiológicos de la ansiedad.

a. Género: La mujer experimentaría más frecuentemente que el hombre los trastornos de ansiedad, aunque existen notables diferencia según el cuadro considerado. Así, en la fobia social no se han encontrado diferencias significativas entre ambos sexos (Belloch y cols, 1995). Estudios como el National Comorbidity Survey (Kessler y cols, 1996) indican que el 19 % de los hombres y el 31 % de las mujeres desarrollaran alguna forma de ansiedad durante sus vidas. La prevalencia del trastorno de pánico es de 5 % en mujeres y 2 % en hombres; agorafobia es 3,5 % en hombres y 7 % en mujeres. Las diferencias por sexo

aparecerían muy tempranamente ya que niñas de seis años tienen el doble de posibilidades que los varones de padecer ansiedad. Entre el 75 % y 90 % de las personas que padecen fobia ambiental o animal son mujeres (Cloitre y cols, 2004). También en la aparición, presentación, desarrollo clínico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en la mujer son distintos a los asociados al hombre. El ciclo reproductivo hormonal femenino parecería tener marcada influencia en el curso y en los riesgos de comorbilidad del trastorno ansioso en la vida femenina (Pigott, 2003). El embarazo aparece como un período protegido para muchos trastornos de ansiedad incluido el ataque de pánico; la excepción sería el trastorno obsesivo compulsivo que podría hacer su aparición en ese momento. Los cambios hormonales propios del embarazo, como los aumentos plasmáticos de prolactina, oxitocina y progesterona, podrían ser los elementos protectores de dicho período.

b. Edad de comienzo. Los trastornos de ansiedad genuinos disminuyen con la edad; así, son menos frecuentes en ancianos que en adolescentes. Con la edad aparecen estados depresivos de base comórbidos con la ansiedad (Vallejo, 1991).

c. Factores sociales. Estado civil: las fobias, el pánico y el trastorno de ansiedad generalizada tienden a ser más comunes entre personas separadas, viudas o solteras. No parece existir ninguna variación en relación al trastorno obsesivo compulsivo. La prevalencia del trastorno de pánico es mayor entre los individuos solos que entre los que están en pareja (Vallejo, 1991).

d. Educación: parecería que la educación tiene un ligero efecto protector. La tasa de pánico, fobia y trastorno obsesivo-compulsivo es mayor en las personas de menor educación (Vallejo, 1991).

e. Ocupación: El tipo de trabajo es un factor de riesgo importante. Las amas de casa y los desempleados tienen mayor nivel de riesgo. También los trabajos de menor especialización se asocian a mayor riesgo de padecer trastornos ansiosos (Belloch, Sandin y Ramos, 1995).

f. Nivel socioeconómico: Los resultados no son consistentes, pero habría un indicio de aumento de ansiedad en los niveles socioeconómicos más bajos (Belloch, Sandin y Ramos, 1995).

g. Factores culturales: Pueden modificar la expresión o encubrir verdaderos trastornos de ansiedad. Más aun, existen giros idiomáticos locales para referirse a ciertos cuadros ansiosos; por ejemplo: *el ataque de nervios* en Sudamérica, el *koro* en el sudeste asiático, el *jiryán* en Pakistán.

h. Incidencia y prevalencia de algunos trastornos ansiosos.

- Trastorno de angustia y trastorno de ansiedad generalizada. Regier, Narrow y Rae (1990) indican la prevalencia del trastorno de pánico de 1 %, la mitad coexistiendo con agorafobia; el trastorno de ansiedad generalizada sería del 3-4 %. Weissman, Myers y Harding (1978) indican que la ansiedad generalizada ocurre al menos en 2 % a 3 % de la población general. En EEUU, los estudios indican prevaecía del 2.5 % a 8 % (Kessler y cols 1994; Kessler y cols, 1996; Kessler, 2000). En general es dos veces más frecuente en mujeres y presenta una edad de inicio entre 20 y 40 años, media 26 años, con duración media antes de consultar al profesional de 5 años. La coexistencia con agorafobia es importante. Más del 95 % de los individuos que concurren a la consulta por agorafobia tienen un diagnóstico o historia de trastorno de angustia; a su vez, entre un tercio y la mitad de los individuos diagnosticados con trastorno de angustia en la población general, presentan también agorafobia (Eaton, Kessler, Wittchen y Magee, 1994).

- Fobia. La prevalencia de los trastornos fóbicos varía según la edad. Así, en edades infantiles los temores se cifran en 90 %, con un clímax a los 3 años (Regier, Narrow y Rae, 1990). Estos temores, que suelen desaparecer en la pubertad, son de origen fundamentalmente innato, aunque matizados por aspectos ambientales (padres).

Existen criterios amplios que sitúan en el 25 % la prevalencia total, aunque si aplicamos criterios estrictos, los trabajos cifran la prevalencia de temores y fobias en 7.6 %, siendo un 2-3 % los que realizan consulta psiquiátrica. Dichas fobias son incapacitantes en un 0.2-0.8 %. Existen síntomas fóbicos en un 20 % de enfermos psiquiátricos hospitalizados, siendo menor (3 %) en pacientes ambulatorios. Se observa asimismo una mayor prevalencia en mujeres. En ancianos la prevalencia de síntomas fóbicos es del 1.4 al 2.4 %. Es más prevalente en individuos de raza negra (Davidson, Hughes, George y Blazer, 1993).

- Trastorno obsesivo-compulsivo. Anteriormente, estudios epidemiológicos sobre población en tratamiento llevó a considerar a este trastorno como relativamente poco frecuente. Sin embargo, tanto el *Epidemiological Catchment Area* como el *National Comorbidity Study* indican que entre un 2 y 2.5 % de los sujetos desarrolla un trastorno obsesivo compulsivo a lo largo de su vida (Kessler y cols, 1996; Kessler, 2000). La edad de comienzo se sitúa en la adolescencia o juventud temprana y, aunque no parecen existir diferencias entre sexos, cuando se consideran cifras globales de prevalencia, el comienzo en los varones es más temprano: 6-15 años en hombres frente a 20-29 años en mujeres (American Psychiatric Association, 1994).

- Ansiedad post traumática. Depende de la prevalencia de los traumas en la vida cotidiana. Estudios epidemiológicos indican en forma consistente que la prevalencia del trastorno en la población general se sitúa entre el 11 y 14 %. Pero estudios sobre individuos de riesgo, como veteranos de guerra o víctimas de atentados, la prevalencia se encuentra entre 3 y

58 % (American Psychiatric Association, 1994; Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1991; Yehuda y McFarlane, 1995) (Tabla 1).

Tabla 1. Edad de comienzo y prevalencia de algunos trastornos de ansiedad (American Psychiatric Association, 1994).

Trastorno	Edad de comienzo en años	Prevalencia (%)
Ataque de pánico	20-35	1.5-3.5
Agorafobia	20-45	1.5-13.5
Fobia social	Infancia/adolescencia	3.0-13.0
Fobias específica	Infancia/adolescencia	10.0-11.3
Obsesivo-compulsivo	Adolescencia/juventud	1.5-2.5
Ansiedad generalizada	Cualquiera (especialmente 20-30)	3.8-8.1
Trastorno por estrés agudo	12-18	2.5-17.1
Ansiedad post-traumática	Cualquiera	11.0-14.0

2.6. Etiopatogenia de los trastornos de ansiedad.

La ansiedad es un fenómeno complejo de causas múltiples. Se la ha tratado de explicar desde diversos enfoques tanto psicológicos como biológicos.

2.6.1. Aspectos biológicos.

2.6.1.1. Genética y antecedentes familiares. Parecería existir algún componente genético, ya que cerca de un 20 % de los parientes de primer grado de un paciente con trastorno de ansiedad generalizada sufren el mismo trastorno, en comparación con el 5 % de la

población general (Bowman y Nurnberger, 1993; Kendler, Neale, Kessler, Heath y Eaves, 1992; Noyes, Clarkson, Crowe, Yates y McChesney, 1987). Torgersen (1983) encuentra 30 % de concordancia en gemelos monocigotos frente valores ínfimos en dicigotos. La transmisión parece ser autosómica dominante. Las crisis de angustia tienen un claro condicionamiento genético. La fobia a la sangre parece darse en un alto grado en familiares de pacientes con este trastorno (Vallejo, 1991).

2.6.1.2. Aspectos fisiológicos. La respuesta fisiológica es un componente básico de la ansiedad hasta tal punto que a veces se identifica la ansiedad con la activación del sistema nervioso autónomo. También se ha relacionado a la ansiedad con la función del sistema nervioso central, por ejemplo cambios en los potenciales evocados, pero de forma menos consistente y extensa que con el sistema nervioso autónomo. Entre las respuestas fisiológicas más comunes a la ansiedad se observa el aumento en la frecuencia cardíaca y la presión sistólica y diastólica, redistribución del flujo sanguíneo, sudoración, aumento de la ventilación pulmonar, aumento del tono muscular, temblores, parpadeos y modificaciones del sueño (Ayuso y Salvador, 1992; Sandín, 1995).

2.6.1.3. Aspectos endocrinos, neuroendocrinos y neuroquímicos. El sistema endocrino se relaciona tanto con el estrés como con la ansiedad. En general, los estados de ansiedad suponen cambios en la actividad hormonal y en el control neurológico de las glándulas de secreción interna. Son ejemplos la activación del eje hipotálamo hipofiso-adrenal con aumento del cortisol plasmático, la mayor secreción de adrenalina de la médula adrenal y las modificaciones de las hormonas tiroideas (Curtis y Glitz, 1988). La activación neuroendocrina se acompaña por modificaciones de ciertos neurotransmisores, como la noradrenalina y otras catecolaminas, serotonina, GABA y aminoácidos excitatorios, así como algunos neuropéptidos, en áreas discretas del sistema nervioso central, tales como el

sistema límbico y el hipotálamo (Chamey, 1998; Charney, Woods, Goodman y Heninger, 1987). Estas estructuras no solo son de extrema importancia en las manifestaciones conductuales, sino que también son los centros integradores con aquellos aparatos y sistemas que canalizan las manifestaciones somáticas de los estados emocionales. Por otro lado debe recordarse que muchos de los datos obtenidos lo son por investigación experimental en otras especies y se debe ser sumamente cauto en su interpolación en humanos. Es universalmente aceptado que muchos de los cambios conductuales y somáticos propios de los cuadros ansiosos en el hombre se relacionan íntimamente con cambios neuroquímicos en áreas neurales específicas. Así, los psicofármacos actúan sobre ciertos neurotransmisores y sus receptores; por ejemplo, las benzodiazepinas sobre los receptores Gabaérgicos A, los antidepresivos sobre la recaptación de serotonina o la inhibición de las monoaminooxidasas.

2.6.1.4. Síndromes clínicos productores de ansiedad. En sentido amplio toda enfermedad se acompaña de ansiedad y este es un concepto importante en la atención primaria. Hay algunos cuadros clínicos donde se observa aumento notable de la ansiedad, tales como el síndrome carcinoide, hipertiroidismo, feocromocitoma, hipoglicemia, síndrome de Cushing, las patologías cardíacas, la hipoxia, epilepsia del lóbulo temporal, la supresión de sustancias psicoactivas o intoxicación con anfetaminas o el marcado consumo de nicotina, cafeína y cocaína y el síndrome confusional. Desde la descripción de crisis de angustia en pacientes con prolapso mitral y la mayor prevalencia de las crisis en personas con laxitud articular, se investiga si existe un síndrome constitucional en el que un desorden del colágeno se asocia al trastorno ansioso (Cummings, 1995; Jarrell y Ballenger, 1993).

2.6.1.5. Sustancias que inducen a las crisis de angustia. Existen una serie de sustancias capaces de inducir crisis de angustia en gran parte de los pacientes que sufren este

trastorno, mientras que lo hacen en sólo una pequeña proporción en aquellos que no están aquejados de la misma. La perfusión de lactato sódico conduce a la presentación de ataques de pánico en el 50% a 70% de los individuos con trastorno de pánico y solo en el 10% de los sujetos controles (Liebowitz y cols., 1984). Una situación similar se desencadena por la inhalación de dióxido de carbono. El lactato, como el dióxido de carbono y la acidez del medio interno, son importantes estimulantes respiratorios. Los trastornos de pánico son más frecuentes entre pacientes con enfermedades respiratorias o apneas del sueño (Klein, 1993). Sustancias que actúan sobre el sistema nervioso central, como la yohimbina, marihuana, cafeína, anfetaminas y L-dopa, pueden estimular directamente la actividad noradrenérgica llevando a una crisis de pánico (Gorman y cols, 1994).

2.6.2. Teorías psicológicas.

2.6.2.1. Modelo Psicodinámico. En las formulaciones de Freud (1948), se admite la generalidad y la trascendencia de la angustia; no solo su influencia importante en la comprensión de la conducta anormal, sino también en el desarrollo normal de la personalidad. La ansiedad actúa de señal para el Yo, tomando éste medidas para sortearla. Además, cumple la función de alertar al sujeto ante la presencia de peligros verdaderos o posibles, internos o externos. El Yo los experimenta en forma de miedo. El hombre normal se distingue del neurótico por el grado en que la ansiedad controla su vida. Freud plantea la ansiedad como consecuencia de la ineficaz descarga libidinal, considerándola como una señal de alarma que surge ante un peligro pulsional, inaceptable para el Yo, por lo que debe ser reprimido. En consecuencia, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del Superyo y el poderío de los instintos prohibidos, el Ello. Distingue tres tipos de ansiedad: la objetiva, la neurótica y la moral. La ansiedad objetiva es una vivencia

emocional desagradable, que resultaría de la percepción de un peligro o amenaza proveniente del medio externo. Es aprendida a través de la experiencia, siendo el Yo quien sufre la amenaza. La ansiedad neurótica es una señal de peligro para el Yo, cuya excitación se debe a la percepción de la posibilidad de sucumbir a los instintos del Ello. La ansiedad moral es fruto de un conflicto entre la conciencia y los impulsos. El que la padece suele sentir una fuerte vergüenza o sentimiento de culpabilidad. Desde el punto de vista clínico, siguiendo al mismo autor, las expresiones de la ansiedad serían tres: difusa, fóbica y reacción pánica. En la ansiedad difusa, cualquier estímulo ambiental puede ser el causante, el sujeto parece estar en un estado de aprensión permanente o temer que algo malo le suceda. El afectado de ansiedad fóbica es aquel cuya ansiedad neurótica se manifiesta a través de un intenso temor infundado. Resulta ser irracional, en el sentido de que su intensidad no es proporcional al peligro real del objeto. Piensa que el objeto del temor es una representación simbólica. Ansiedad neurótica sería la reacción pánica que se caracteriza por la aparición súbita de un temor intenso y debilitador sin ninguna causa evidente. La reacción pánica coexiste con conductas antisociales de carácter impulsivo y repentino. Debido al enorme impacto de Freud sobre la psicopatología de la neurosis, se ha equiparado el modelo de conflicto intrapsíquico al psicoanálisis freudiano, a pesar de existir otros modelos intrapsíquicos que hacían referencia a ideas semejantes para la misma época histórica; ejemplos, los trabajos de Charcot sobre hipnosis o los de Breuer sobre neurastenia (Gossop, 1981).

2.6.2.2. Teorías Conductistas. Según este modelo, la ansiedad es una respuesta aprendida de naturaleza anticipatoria. Cualquier estímulo inicialmente neutro, puede desencadenar respuestas de miedo por asociación con estímulos nocivos traumáticos. La ansiedad sería una respuesta emocional condicionada. Tres autores se destacan dentro de esta teoría: a-

Watson y Rayner (1920) proponen el primer modelo conductual sobre la génesis de la fobia. El aspecto fundamental de su teoría fue asumir que un estímulo neutro se convierte en estímulo condicionado de ansiedad y que tiene la propiedad de poder generalizarse a otros estímulos. b- El modelo de Mowrer (1956, 1960), llamado bifactorial clásico, habla de la evitación activa. Es una teoría de dos factores porque aporta elementos del modelo clásico de condicionamiento pavloviano y una segunda fase de evitación activa (reforzamiento instrumental). Un aporte de esta teoría es la idea de que el miedo puede ser motivador. c- Eysenk (1985) postula la teoría de incubación de la ansiedad, efecto que está mediado por elementos neuroendocrinos. La ansiedad se adquiriría mediante un condicionamiento pavloviano, la mera presencia del estímulo condicionado puede producir incremento de la respuesta condicionada en lugar de extinción. Para que exista incubación la respuesta condicionada debe actuar como reforzador bajo dos condiciones: que la respuesta condicionada sea suficientemente fuerte y que la duración del estímulo condicionado sea corta. A través de esta teoría se podría explicarse un fenómeno clínico observado llamado aumento paradójico de la ansiedad (Chorot, 1991).

2.6.2.3. Teorías Cognitivas. Para las teorías de orientación cognitiva, la ansiedad es una emoción con una función adaptativa, que contribuye a la activación del sistema defensivo ante señales de eventos aversivos, a fin de evitarlos o reducir su impacto sobre el individuo. La activación se lleva a cabo a través de la facilitación que la ansiedad ejerce sobre el funcionamiento de los mecanismos de alarma y de movilización de recursos de dicho sistema defensivo. Para realizar esa acción facilitadora, a nivel cognitivo, la ansiedad promueve dos tipos de procesos: los de priorización del procesamiento de estímulos indicadores de peligro frente a los neutros, y los de compensación, destinados a contrarrestar los efectos que interfieren sobre el procesamiento de la información neutra no

priorizada. La ejecución de tales procesos afectaría, por un lado, a la selección atencional de la información de peligro y la interpretación sesgada de la información ambigua; por otro, a la reducción en la capacidad de la memoria operativa y al uso extraordinario de recursos auxiliares. En general, el ansioso realiza una valoración amenazante de los estímulos externos e internos, sintiendo una imposibilidad de buscar ayuda, disparándose el círculo de la crisis de ansiedad (Gutiérrez Calvo y García González, 2000). Entre los muchos autores que investigaron sobre la ansiedad y el procesamiento de la información se destacan tres: Peter Lang, Gordon Bower y Aaron Beck. a- Lang (1985) propone la teoría bioinformacional sobre la emoción. La ansiedad y otras emociones son guardadas en la memoria a largo plazo en redes asociativas, que son activadas por estímulos presentes. Cuando se activa un número suficiente de nodos, toda la red se activa y aparece la emoción. La unidad de análisis en esta teoría es la proposición definida como unidad de información, unidades lógicas entre conceptos. Dichas proposiciones se agrupan en la memoria y forman redes. Las redes en su conjunto configuran la estructura asociativa de la emoción (Sandín, 1995). En las teorías siguientes de Bower y Beck se asume que la ansiedad surge a partir de una estructura cognitiva disfuncional, que les lleva a producir ciertos sesgos en todos los aspectos del procesamiento de la información y por último, al desarrollo de un proceso emocional alterado. b- Bower (1981) propone la teoría de la red asociativa. Las emociones están presentes en la memoria en unidades en forma de una red semántica. La activación de un nodo permite la accesibilidad al material congruente con un estado de ánimo y consecuentemente lleva a un sesgo hacia el procesamiento de la información, congruente con tal estado de ánimo. c- Beck (1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), cuyos cuestionarios son utilizados en la presente obra, propone que tanto la ansiedad como la depresión están asociadas a un sesgo congruente con un estado de ánimo en todos las

aspectos del procesamiento de la informaciones, es decir en la atención / codificación, interpretación / razonamiento y recuperación. Así, las personas con ansiedad procesan selectivamente la información relevante para la ansiedad. Los esquemas están organizados en constelaciones que corresponden a distintos aspectos motivacionales. La activación de un esquema cognitivo particular depende, aparte de la variable situacional, del modo actualmente dominante en el individuo.

2.7. Comorbilidad de la ansiedad con la depresión.

En la década de los setenta se introdujo el término comorbilidad en el ámbito médico y sobretodo en el epidemiológico, planteándose la posibilidad de que diferentes entidades clínicas se superpongan o se desarrollen en el curso de una enfermedad. Aunque en términos generales se considera que la comorbilidad es la presencia en un mismo sujeto de dos o más enfermedades de etiopatogenia y fisiopatogenia distintas, se aceptó que la comorbilidad psiquiátrica es la presencia de un antecedente o síndrome psiquiátrico concurrente que se suma al diagnóstico principal. No obstante para considerar que los trastornos son comórbidos, ambos deben estar presentes como episodios con expresión completa (Maser y Cloninger, 1990). La depresión y la ansiedad son los trastornos psiquiátricos más prevalentes en la población general como lo indican distintos autores. Barlow (1991; 2002) propone la idea de un síndrome ansioso-depresivo como categoría independiente ya que la superposición sintomática de ambos trastornos en numerosas ocasiones hace su distinción clínica difícil y controvertida. Clark y Watson (1991) proponen un modelo tripartito de ansiedad-depresión; los tres elementos que lo componen son: el afecto negativo, la hiperactivación fisiológica y la anhedonia. El primer componente es común a la ansiedad y a la depresión, el segundo es específico de la

ansiedad y el tercero de la depresión. Para Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck, Steer, Brown, Eidelson y Riskind, 1987) tanto en la depresión como en la ansiedad existe un esquema cognitivo *schemata disfuncional* que juega un papel básico en el mantenimiento del trastorno. La diferencia entre los dos trastornos sólo es diferencia de contenido entre los sesgos del procesamiento (hipótesis de la especificidad de contenido). Por ejemplo, las personas con ansiedad procesan selectivamente información relativa a peligro y amenaza, son esquemas representados en la memoria de largo plazo. Esto quiere decir que son sesgos interpretativos que están presentes en la atención, la interpretación y la memoria. Stahl (1993) indica que la ansiedad y la depresión están relacionadas entre sí y pueden considerarse como dos estados de un mismo trastorno. Por ello, se ha debatido si es más adecuado el concepto de espectro o *continuum* depresión y ansiedad, desde un punto de vista dimensional como una entidad unitaria, o si es preferible considerarlos como categorías distintas.

En general, las formas comórbidas son de peor pronóstico. Se sabe que no sólo se incrementa la posibilidad de aparición de un episodio depresivo mayor, sino que además, presentan mayor gravedad y duración de la sintomatología, peor respuesta al tratamiento y persistencia sintomática y una mayor tendencia a la cronicidad del trastorno afectivo. Además, tienen un mayor aislamiento social, una disminución del rendimiento laboral y una mayor utilización de recursos sanitarios con un mayor número de hospitalizaciones. Clínicamente, a menudo diferenciar entre ansiedad y depresión no es fácil, porque existe un importante solapamiento entre ambas entidades al compartir síntomas como los trastornos del sueño, las alteraciones del apetito, las molestias somáticas inespecíficas, el cansancio, la pérdida de energía, la irritabilidad, el déficit de atención y de concentración. El tono expectante, la inquietud o el agobio del paciente ansioso, pueden favorecer la

diferenciación entre ambos, ya que en el depresivo es más característico el tono hipovital y las cogniciones pesimistas (Vallejo, Gastó, Cardoner y Catalán, 2002). Este solapamiento tan alto entre los síntomas de ansiedad y depresión ha generado desde hace más de 20 años, cambios en las clasificaciones internacionales, llevando a que en el CIE 10 (1992) y en el de la American Psychiatric Association (1994) se considere la categoría de trastorno mixto ansioso-depresivo y sea incluida en el grupo de otros trastornos de ansiedad. Seguimos los criterios diagnósticos del Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo de la American Psychiatric Association (1994):

a- Humor disfórico persistente o recurrente de, al menos, 1 mes de duración.

b- El humor disfórico se acompaña, durante al menos un mes, de 4 o más

de los siguientes síntomas: b1- Dificultades de concentración. b2- Alteraciones del sueño

(dificultad en quedarse o permanecer dormido o sueño insatisfactorio). b3- Fatiga o poca

energía. b4- Irritabilidad. b5- Preocupaciones. b6- Llanto fácil. b7- Hipervigilancia. b8-

Anticiparse a lo peor. b9- Desesperanza. b10- Baja autoestima o sentimientos de inutilidad.

En cuanto a la epidemiología de la comorbilidad, la Encuesta Nacional de Comorbilidad (Kessler y cols, 1994; Kessler y cols, 1996) llevada a cabo en los EEUU, indicó una asociación entre ansiedad y depresión cercana al 60%. Una explicación podría ser que un primer trastorno predisponga a desarrollar el segundo. Así, una hipótesis señala que la persistencia de un trastorno de ansiedad, trastorno primario, predispone a desarrollar una depresión ulterior, trastorno secundario; 33 % de los pacientes con diagnóstico de depresión habían sufrido previamente otro trastorno, generalmente de naturaleza ansiosa. Solo el 12 % de los pacientes tenían depresión primaria. Se detectó una fuerte asociación entre los diversos trastornos de la ansiedad y la depresión mayor, de tal modo que los índices de comorbilidad más consistentes se encuentran entre el trastorno depresivo mayor y los

trastornos de angustia y de ansiedad generalizada. Se hallaron tasas de prevalencia del 33 % de comorbilidad entre el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión mayor, mientras que con el trastorno distímico ascendía al 40 % y si consideráramos ambos diagnósticos era próxima al 50 %, siendo ésta la comorbilidad más frecuente en psiquiatría. En otro extenso estudio epidemiológico, realizado también en los EEUU, el *Epidemiological Catchment Area Study* (Andrade, 1994), se ponían de manifiesto cifras altas de comorbilidad. Entre un 40 y un 80 % de los pacientes con trastorno de pánico presentaban depresión mayor y un 49 % de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada presentaban depresión. El 2,1 % de la población estudiada había sido diagnosticada, en algún momento de su vida, de trastorno afectivo y de trastorno de angustia, sugiriendo que la probabilidad de que ambos trastornos se presenten de forma comórbida es 11 veces mayor de la esperada por azar. Un estudio longitudinal realizado durante cuatro años en jóvenes entre 14 y 24 años, encontró que los procesos ansiosos son fuertes predictores de la aparición de depresión; especialmente, cuando presenta severos impedimentos en su funcionamiento cotidiano, como en el caso de la ansiedad generalizada (Bittner y cols, 2004). La mujer presenta más posibilidades de tener episodios depresivos que el hombre. Si se aísla el factor episodio ansioso, el mayor predictor de la depresión es el género (Parker y Hadzi-Pavlovic, 2004). Distintos autores coinciden en las altas cifras de comorbilidad como se indica en la tabla 2.

Tabla 2. La comorbilidad ansiedad-depresión según diversos autores.

Investigador	Comorbilidad (%)
Kessler y cols, 1996	60
Andrade, Eaton y Chilcoat, 1994	40-80
Stein y Uhde, 1998	40-80
Vallejo, Gastó, Cardoner y Catalán, 2002	60
Gorman, 1996	85-90
Fava y cols, 2000	50.6

Resumiendo, como surge del extenso cuerpo de investigaciones sobre el tema, hay acuerdo en que un episodio de ansiedad generalizada es fuerte predictor de la aparición de depresión. También, cuando más temprano aparece el primer episodio ansioso hay mayor probabilidad de sufrir un episodio depresivo también temprano.

2.8. Sistema educativo universitario y ansiedad.

Se entiende por educación superior aquella que representa, en cada momento histórico, la cúspide de la formación individual. Desde sus comienzos, la universidad cuenta con una característica que la acompañará a lo largo del tiempo: cubrir una necesidad social, siendo crucial su capacidad de articulación entre ella y la sociedad a la que pertenece (Pérez Lindo, 1985). Los sistemas educativos presentan en su devenir histórico movimientos de avance y retroceso que pueden ser puestos, al menos en cierto grado, en función de variables del contexto; factores tales como la situación histórica y cultural, la estructura social, política y económica, influirán sobre la misma (Dilthey, 1960) . Al igual que los sistemas de

educación superior de otras latitudes, los sistemas latinoamericanos se caracterizaron en su historia reciente por dos factores: expansión y diversificación. Luego de la posguerra, dichos sistemas iniciaron un proceso de crecimiento de la matrícula estudiantil, así como de la infraestructura académica y física (Brunner, 1994). Dada la exigencia de adaptación continua a las múltiples demandas que impone un entorno social cada día más competitivo, la educación superior surge ante los adolescentes y jóvenes como un medio fundamental para alcanzar sus metas de realización personal. La velocidad, magnitud y ritmo de los cambios sociales y tecnológicos, la expansión de la educación y de los medios de comunicación es fenomenal y torna compleja una correcta adecuación a los mismos. Es un mundo globalizado en el que se viene apuntando hacia la calidad total, y en el cual el mercado laboral y profesional se vuelve cada vez más selectivo y competitivo. Es por ello que las distintas sociedades han llegado a un momento en su desarrollo, en el que tuvieron que apelar a una educación formal con el propósito de capacitar jóvenes para ciertas profesiones de importancia y para las cuales no bastaba con el simple aprendizaje por imitación. Por otro lado, saber usar la libertad adecuadamente es un proceso; en la universidad el estudiante debe responsabilizarse, administrar su tiempo y estudiar voluntariamente. Incorpora mayores responsabilidades, tales como seleccionar cursos y profesores de nivel académico, sustentación de trabajos individuales, grupales y exámenes de elevada exigencia. Todos estos elementos constituyen para los estudiantes situaciones de estrés de las cuales es importante salir exitosos. Así, en los estudiantes universitarios la ansiedad y la comorbilidad ansiedad-depresión puede constituir un problema importante, pues al malestar psicológico se agrega la imposibilidad de obtener un rendimiento académico satisfactorio ya que las funciones cognoscitivas se alteran sensiblemente. Hay indicaciones de que la frecuencia de los cuadros depresivos es mayor en la población

estudiantil que en la general, y que en ese primer grupo predominarían las mujeres y los estudiantes de ciencias de la salud (Manelic y Ortega-Soto, 1995). Numerosos estudios demuestran que las diversas actividades académicas suponen una importante fuente de estrés para los estudiantes universitarios que, en conjunto, constituye el denominado estrés académico. Presentan más síntomas de ansiedad que la población general. En cuanto a las carreras con altos niveles de estrés, para algunos autores, pero no todos, indican aquellas relacionadas con la salud (Coles, 1994; Mosley y cols, 1994; Vitaliano, Maiuro, Russo y Mitchell, 1989; Wolf, 1994). Se ha encontrado que el 35,8% de los estudiantes de primer año de medicina presentaban manifestaciones indicativas de alteraciones psicopatológicas (Miller y Surtees, 1991). En un estudio similar se obtuvo resultados semejantes, con un porcentaje del 36,8 %, también en estudiantes de medicina (Guthrie y cols, 1995). Otros autores, sin embargo, al comparar estudiantes de medicina con otras carreras universitarias, no han encontrado diferencias tan significativas en cuanto a los niveles de estrés entre carreras (Heins, Fahey y Leiden, 1984; Helmers, Danoff, Steinert, Lyton y Young, 1997). Se ha indicado que la actividad académica y el estrés que genera se asocian a síntomas de depresión (Stewart y cols., 1995). Se destaca la importancia que los síntomas de ansiedad y de depresión pueden tener en el rendimiento académico, afectando de forma negativa la concentración y la capacidad para adquirir nuevos conocimientos. Las principales fuentes de estrés relevadas en contextos culturales latinos y sajones señalan la falta de tiempo para estudiar, la excesiva cantidad de materias para estudiar y la preparación, realización y calificación de los exámenes (Bramness, Fixdal y Vaglum, 1991; Guthrie y cols, 1995).

Capítulo 3. CULTURA.

3.1. Definición de cultura.

En los últimos veinte años, la interrelación entre la cultura y conducta humana ha ido ocupando un papel cada vez más protagónico en las investigaciones psicológicas. El mismo interés se ha observado en el campo de la patología mental y en las causas de producción y prevención de las mismas. Son múltiples las definiciones que se pueden encontrar sobre cultura; en general, es un proceso dinámico y creativo de los individuos y los grupos en una particular situación. Herskovits (1948) la concibe como la construcción hecha por el hombre más allá del ambiente físico. Para Kroeber y Kluckhohn (1952) la cultura contiene patrones explícitos o implícitos. El elemento esencial de la cultura consistiría de ideas tradicionales; destacan especialmente el sistema de valores agregados a ellas; los sistemas culturales pueden, por un lado, ser considerados como productos de la acción, y por otro, como un elemento condicionador de acciones futuras. Para Triandis y cols, (1980), se enriquece la definición anterior destacando los aspectos psicológicos constituyentes de la cultura. Si bien una parte de la cultura se refiere a los aspectos físicos, como la alfarería o las construcciones, hay otro ámbito de normas o creencias que está en el campo psicológico. En este campo se encuentran formas de familias, roles sociales, individualismo y colectivismo. Es desde este enfoque más comprensivo que podemos pensar formas de evaluar la cultura o crear instrumentos de medición para investigar dichos fenómenos. Para Betancurt y Lopez (1993) la cultura son los valores, creencias y prácticas que pertenecen a un grupo etnocultural. Uno de los problemas que tiene esta definición es que al enfatizar la idea de valores y creencias, pone toda la cultura dentro del individuo, remarcando la naturaleza psicológica de la misma. Desde esta definición, el mundo social es subsumido por el mundo psicológico del individuo. Cohen (1992) define la cultura como los patrones

de comportamiento, creencias y productos del trabajo de una población, comunidad o grupo de personas particulares, transmitidos en forma social. El lenguaje hablado, las actitudes hacia los ancianos y la crianza de los hijos son solo algunas manifestaciones críticas de la cultura. Un sistema cultural está constituido de un idioma, de un sistema de parentesco, de un *corpus* de técnicas y de modos de producir el adorno, la cocina, las artes, las técnicas de atención, las técnicas de cuidados maternos. Todos estos elementos dispersos están estructurados de manera coherente por las representaciones. Estas representaciones culturales son las interfaces entre el interior y el exterior, que son el resultado de la apropiación por los individuos de los sistemas de pensamiento de origen cultural. Ellas permiten la experiencia subjetiva. El individuo incorpora sus representaciones y seguidamente las reelabora desde sus propios arrebatos, de sus conflictos internos y de sus rasgos de personalidad. La cultura permite una codificación de la totalidad de la experiencia vivida por un individuo, lo que permite anticipar el sentido de lo que puede suceder con el control de la violencia, de lo imprevisto y por consiguiente del no-sentido. La cultura trata de poner a disposición del sujeto un modo de lectura del mundo. Esta codificación es un proceso compuesto de ingredientes complejos de inferencias ontológicas (la naturaleza de los seres y de las cosas), pero también de inferencias de causalidad permitiendo dar un sentido a un acontecimiento inventariado (Sindzingre, 1989). Para Miller y Surtees (1991), la psicología transcultural se ocupa de estudiar los diferentes contextos en los que se da el desarrollo de la psicología y la conducta del ser humano. Desde una visión colectiva, la representación social es un proceso público de creación, elaboración y difusión y de intercambios de conocimientos compartidos en el discurso cotidiano de los grupos sociales. La imaginación cultural da realidad a los objetos que habitan nuestro mundo social. Favorece la concertación en la interacción social, logrando que no solo se recreen los

objetos en sí mismos, sino que define a los actores como la parte complementaria y brinda al sujeto la sensación de pertenencia a una comunidad específica (Moscovici, 1986). Las personas pueden adoptar o rechazar patrones culturales, como claramente se ve en los procesos migratorios, procesos de aculturación y enculturación. En general, estos procesos son simultáneos, determinando la calidad bicultural del sujeto.

3.2. Definición de psicología transcultural.

La psicología, en general, ignoró durante mucho tiempo la influencia cultural y sólo tomó datos pertenecientes casi exclusivamente a la cultura europea y norteamericana. Lonner (1989) en su investigación sobre textos de psicología realizada hace algunos años, indicó la inexistencia o la poca significación dada a la temática cultural. Con el devenir del tiempo, el aumento de las comunicaciones y de las migraciones que volcaron sus bagajes culturales de origen sobre los países industrializados, obligaron a admitir la diversidad, siendo imposible seguir negando la importancia de la cultura y sus variaciones. La historia de la psicología transcultural constituye un capítulo importante de la psicología contemporánea. Si bien hay consenso sobre la comprensión de la cultura como parte de la conducta humana, hay concepciones diferentes sobre la forma en que la cultura y la conducta interactúan. Las perspectivas incluyen posiciones universalistas o relativistas, cada una con consecuencias metodológicas diferentes. Los universalistas han concentrado su atención en los aspectos probablemente preexistentes que tienen sólo diferencia de grado. Los relativistas, en cambio, han tratado de focalizarse más en las variaciones, enfatizando por ende el aspecto único de cada fenómeno, que debería ser estudiado dentro de un marco cultural particular y en sus propios términos. Superponiéndose a esa mirada relativista-universalista, muchos psicólogos transculturales comenzaron a utilizar la diferenciación del lingüista. Pike (1967),

quien distingue entre los términos ético y émico. Entiende por ético la comparación de lo transcultural a través de diversos grupos culturales. Sería el componente universal de la conducta. En cambio émico se referiría a la exploración interna en una cultura en particular. La perspectiva ética se refiere a las afirmaciones generalizadas sobre los datos que el investigador establece en función de un conocimiento transcultural, mientras que la émica se refiere a los modelos y patrones que se observan en una cultura particular concreta. Lo ético es externo y lo émico es interno; en el primero el investigador se coloca fuera de las culturas comparando unas con otras; en el segundo el investigador descubre desde dentro lo específico de una cultura particular.

El desarrollo de la moderna psicología transcultural propuso tres objetivos a tener en cuenta para este campo emergente: 1- Transportar y probar los actuales conocimientos y perspectivas de psicología aplicándola a otros contextos culturales. 2- Explorar y descubrir nuevos aspectos de los fenómenos estudiados en las culturas locales en sus formas autóctonas. 3- Integrar lo adquirido por los anteriores enfoques para generar una psicología más universal (Berry y Dasen, 1974). El propósito básico constitutivo de esta rama de la psicología tendría por objetivo asegurar que el más amplio temario de tópicos psicológicos fuera explorado a través del más amplio espectro de la etnicidad y de la cultura con diversas metodologías.

El concepto de etnicidad se encuentra asociado al de cultura. Comprende a los grupos que comparten una nacionalidad en común como así también una cultura y un lenguaje.

Es importante distinguir que, aún cuando el bagaje cultural puede definir la etnicidad de un grupo, ser parte de un grupo en particular define su cultura. Los miembros de un grupo étnico, interactuando con sus pares de otros grupos étnicos, van transmitiendo sus culturas. Es una forma de influir una cultura en otra (Berry, Trimble y Olmedo, 1986). La

globalización y el multiculturalismo son dos realidades relacionadas. Para Beck (1998) el término globalización comprendería aquellos procesos por los cuales los estados nacionales soberanos se entremezclan e imbrican mediante actores transnacionales y sus respectivas probabilidades de poder. La perspectiva de la globalización como hibridación sitúa el multiculturalismo en un primer plano. Desde el momento en que se considera que existen relaciones culturales fluídas, mezcla e interrelación, el multiculturalismo se acerca más al interculturalismo que a una concepción estática, de sociedad plural, en la que cada cultura sería más bien un compartimiento estanco; supone rechazar la idea de las culturas como mundos cerrados. Una de las consecuencias de este proceso, a nivel psicológico, es el desarrollo de una identidad bicultural que combina la identidad local con la identidad que lo relaciona con la cultura global; en los jóvenes puede llevar a sufrir confusiones que en ciertos casos se extiende largamente más allá de la adolescencia (Jeffrey, 2002).

3.3. Característica del investigador transcultural.

Es una disciplina internacional en sí misma. Si bien la mayoría de los investigadores se han formado en Europa o Estados Unidos su práctica está fuera de esos lugares. La investigación transcultural es realizada mayormente por investigadores de los países industrializados, en un esfuerzo por entender la multiplicidad de culturas que llegan a sus fronteras. No es común que las investigaciones en países no industrializados tomen a la cultura como variable independiente, fundamentalmente por los costos implícitos en este tipo de investigación que debe movilizar equipos a distancia de sus laboratorios base. La homogeneización de la cultura en los países no industrializados, a través de la globalización y los medios de comunicación masivos, muestra la fragilidad de dichas culturas (Patel, 2001).

La psicología transcultural comprende diversas formas de investigación comparativa, con el objetivo de discernir la influencia de varios factores culturales relacionados con la etnicidad. La cultura, en estos modelos comparativos de investigación, es tratada como el conjunto de variables independientes o contextuales que afectan varios aspectos de la conducta individual (Segall 1979; 1984). Ese objetivo tiene grandes dificultades, puesto que quien realiza la investigación lleva en sí mismo su propia cultura, que lo pone en una perspectiva especial cuando investiga otras. Como mencionamos, hay diversas posiciones dentro de esta corriente psicológica de pensamiento. Está la postura llamada universalista o absolutista, que asume que el fenómeno humano es cualitativamente el mismo en cualquier cultura; la depresión o la ansiedad sería igual en cualquier parte. Como la cultura no jugaría ningún papel particular se podrían usar los mismos instrumentos de medición, sólo traducidos a los distintos idiomas. Esta postura tiene un acercamiento ético, propio de los primeros momentos de la psicología transcultural. Una segunda postura es el relativismo cultural, término tomado de la antropología. Se propone advertir los peligros de las falsas generalizaciones, favoreciendo el criterio etnocéntrico de interpretación de la realidad evitando cualquier comparación. Los psicólogos transculturales trataron de tomar una posición contenedora de ambas formas anteriores, de tipo universalista, es decir, si bien hay aspectos biológicos y factores culturales que afectan a todos, hay especificidades que hacen que el papel de la cultura produzca variaciones en los diversos grupos (Segall, Lonner y Berry, 1998).

La moderna psicología transcultural creció rápidamente después de la segunda guerra mundial. Es probable que el deseo de entender la motivación oculta de la conflagración fuera un poderoso motor motivador. En los años 80 aparecen los primeros manuales de

psicología transcultural con un importante cuerpo de investigaciones (Triandis y cols. 1980).

Hay varias razones que justifican la necesidad de realizar investigaciones de tipo transcultural. Clark (1987) indica que el objetivo más importante consistiría en sostener el valor explicativo de los modelos preexistentes, pero atendiendo a las variaciones transculturales. Serviría para asegurar que los constructos desarrollados en un país tengan su correlato en otro lugar. Por lo cual, el mayor valor de hacer estudios transculturales radica en la capacidad de validar los modelos existentes, pero atendiendo a las diferencias culturales. Desde este enfoque, la investigación transcultural serviría para destacar los elementos generales de un modelo teórico preexistente agregando cuando es necesaria la variable cultural, para explicar las diferencias entre grupos o dentro del grupo. Para otros autores (Lopez y Guarnaccia, 2000; Rogler, 1999) lo importante es la especificidad de la salud y de la enfermedad mental. Para ellos existe gran riesgo descuidar la atención de las diferencias culturales en la expresión de las patologías. Ellos dan especial atención a la especificidad y abogan por incorporar la perspectiva cultural cuando evalúan psicopatología. Consideran que hay un mayor riesgo de no prestar suficiente atención a las variaciones culturales que de pasar por alto las similitudes en un marco cultural particular.

Como una síntesis de los autores arriba mencionados, es importante considerar que el propósito de la investigación transcultural es avanzar en la comprensión de los procesos generales y de las especificidades culturales y cómo éstas interactúan en ámbitos particulares. Los estudios transculturales enriquecieron la idea de que el ambiente en el que una persona se mueve produce diferentes estresores. La cultura no sólo afectaría la expresión del trastorno, sino que condicionaría la manera en que se siente o se juzga o se es

juzgado por dicho problema. La conducta humana tiene sentido sólo si es vista en el contexto en que ocurre (Segall, 1979).

3.4. Cultura y el DSM IV y el Reporte de Salud Mental Mundial.

Hay dos proyectos que en los últimos años han contribuido grandemente a la comprensión de los fenómenos psicopatológicos tomando en cuenta las variables culturales de los mismos: el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM IV, de la Asociación de Psiquiatría Americana (American Psychiatric Association, 1994) y el de la Organización Mundial de la Salud, *World Mental Health Report*, (Desjarlais, Isenberg, Good y Keinman, 1995).

El Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos organizó un grupo de trabajo, cuyo objetivo era recoger la mayor cantidad de investigaciones realizadas y extraer información de aquellas, para poder integrarlas en una perspectiva cultural. Su contribución fue publicada en el DSM IV aportando tres elementos básicos:

- a- La inclusión de cómo los factores culturales pueden influir en la expresión, comprensión y prevalencia de desordenes específicos.
- b- Una formulación cultural de los diagnósticos clínicos para completar las definiciones multiaxiales.
- c- Un glosario de los cuadros clínicos más relevantes con una preeminencia cultural (ejemplo ataque de nervios).

Es la primera vez que se intentó dar tanta importancia al marco cultural en donde se expresa el trastorno patológico. Si bien éste ha sido un gran avance, una de las críticas que más se le ha hecho es que se ocupa, en su visión cultural, sólo de las minorías que presentan síntomas o síndromes específicos, y en cambio descuidan la idea de que la cultura impregna

la presentación de todos los padecimientos de todas las personas. Sí bien se le pueden hacer muchas críticas, se debe rescatar el valioso aporte que trataron de dar a la influencia de lo cultural en la presentación del trastorno patológico.

En el *World Mental Health Report* el aporte más valioso fue concluir que el padecimiento por enfermedad mental se encuentra en todo el mundo y reduce la calidad de vida en todas partes, tanto como otros índices de salud, como por ejemplo, la tuberculosis o la enfermedad cardíaca, tradicionalmente aceptados como causantes de un factor importante en la baja de la calidad de vida de quien la padecen. La observación permitió comprobar que el problema mental y la conducta patológica están atados al entorno cultural. Como ejemplo, entre las causas de la mala salud mental en la mujer se encontró la malnutrición, la violencia familiar, los trabajos mal pagos y peligrosos. Otra área es el consumo excesivo de alcohol u otras sustancias tóxicas combinado con pobreza extrema. A partir de estos hallazgos surgió la idea de hacer recomendaciones específicas, de prestar especial atención no solo al padecimiento sino también al entorno particular de la persona. Una de las mayores críticas que se le hizo al *Health Report* fue su poca consistencia metodológica.

Si bien ambos trabajos han sido criticados nadie niega la gran contribución que han hecho ayudando a repensar el trastorno mental, en un contexto más amplio que la simple mirada sobre un paciente, desde la única lectura de un agente de salud, en un marco teórico específico.

Aún cuando no sea a nivel mundial, debemos mencionar también el *Epidemiological Catchment Area Estudio* (ECA), conducido en cinco centros urbanos de los EEUU (Escobar, Karno, Burnam, Hough y Golding, 1988) y el más reciente *National Comorbidity Survey* (Kessler y cols, 1994). En ambos estudios se observan las diferencias diagnósticas

cuando se evalúan minorías y la vulnerabilidad de grupos culturales particulares dentro de su población.

3. 5. Investigaciones transculturales relacionada con desordenes específico.

En algunas culturas, la depresión y la ansiedad son manifestadas en términos somáticos, con tristeza o culpabilidad. En las culturas latinas es común hablar de nervios o cefaleas. En las asiáticas, de debilidad y falta de equilibrio. En las orientales se habla de problemas del corazón. Se tiene la creencia que las culturas no occidentales tienden a hacer más somatizaciones. Las recientes investigaciones señalan que esos síntomas somáticos son las distintas formas idiomáticas para cada cultura de expresar una necesidad de ser escuchado (American Psychiatric Association, 1994; Lopez y cols, 2000).

El Grupo Internacional de Consenso en Depresiones y Ansiedad estudió la prevalencia de la depresión y la ansiedad en diferentes culturas y reconoció la diferencia de presentación de los síntomas (Ballenger y cols, 2001). Si bien la depresión y la ansiedad existen en todos los países se observan diferencias regionales particulares. Hay mayor variación para la ansiedad que para la depresión y la mayor variación se observa en el trastorno de ansiedad generalizada entre 0.9 y 37 %. Se espera que para el 2020, la depresión mayor sea la segunda enfermedad después de los problemas cardíacos. El estigma de lo psiquiátrico agrava el peso de la enfermedad. En algunas culturas la depresión se asocia con debilidad de carácter, por lo cual se niegan los síntomas psíquicos a favor de los físicos que tienen menos crítica social. Si se ve a la depresión como un desequilibrio de tipo biológico se la acepta mejor. En general, en las culturas occidentales es mejor aceptada. Una prueba es la mayor aparición del hombre en la consulta psicológica. En culturas como la japonesa es más aceptable hablar de estrés como causa externa.

El hecho de que la mujer presente más episodios ansiosos y depresivos que el hombre, ha sido un hecho consistente en todas las culturas. La edad media de aparición es pasada los 20 años. Curiosamente, en Japón el hombre va más a la consulta que la mujer y aparenta tener más depresión que ella.

El 50% de los pacientes con diagnóstico primario de depresión o ansiedad tienen asociado algún otro problema psiquiátrico. Si se siguen a los pacientes durante 10 o 20 años, se observa que pasan de la ansiedad a la depresión mayor. La depresión claramente sigue a la ansiedad. El suicidio es consistentemente encontrado en poblaciones que tienen ansiedad y depresión. La ideación suicida es mayor en la mujer que en el hombre, el acto en sí mismo es mayor en el hombre.

3.6. Influencia cultural en los diagnósticos y las terapéuticas.

Aún la respuesta a los medicamentos parecería depender de la población considerada. Así, la población blanca sería menos sensible que la asiática a fármacos como el haloperidol y los antidepresivos tricíclicos. En general, en la cultura occidental los problemas son considerados del individuo. En otras culturas, el problema es de la familia y se espera que sus miembros sean incluidos en la consulta. Son numerosos los estudios que toman la expresión de la ansiedad como variando según marcos culturales diversos. Un ejemplo de ello es el ataque de nervios, sintomatología predominante en el ámbito latino, cuadro donde confluyen la investigación clínica, la etnografía y la epidemiología. Los síntomas asociados al trastorno, incluyen llanto, gritos, agresión física o verbal y una sensación generalizada de descontrol; se encontró una gran correlación con otros trastornos psiquiátricos. La mayoría de estos episodios se relacionan con eventos muy estresantes de la vida cotidiana en un contexto socioeconómico bajo. Es un padecimiento

mayoritariamente de mujeres mayores de 45 años, con matrimonios no conservados. Esta patología refleja la vida de la mujer sojuzgada, sin poder y con su vida marital interrumpida y pocos lazos sociales de sostén (Lopez y Guarnaccia, 2000). Los diagnósticos más comunes son episodio depresivo y ansiedad generalizada, como mencionamos, la comorbilidad más frecuente. Su prevalencia varía según el lugar donde se hicieron las investigaciones; la más alta fue Chile y la más baja Japón (Lecrubier, 2001). Si bien el clínico puede detectar al paciente psiquiátrico, sólo reconoce el 50% de los casos de depresión que consultan, especialmente si son pacientes extranjeros. Esto se debe a diversas razones, desde la actitud del médico hasta la capacidad de expresión del paciente. En las culturas occidentales se reconoce más el trastorno psicológico.

Hay estudios sobre comorbilidad de tipo multicéntricos (Lepine, 2001). En todos los centros se hallaron diferencia entre los sexos, la mujer mostró consistentemente mayor propensión para sufrir depresión, agorafobia y ataque de pánico. En cuanto a la comorbilidad entre depresión y ansiedad fue consistente en todos los centros. Es importante destacar que después de 10 años de seguimiento en diferentes culturas, los resultados son siempre iguales. En los trastornos ansiosos, los porcentajes de incidencia variaron en todos los países. También hubo poca consistencia en el trastorno de ansiedad generalizada. En cuanto al trastorno de angustia o al ataque de pánico, los países asiáticos muestran menor proporción de dicho padecimiento que los países occidentales. El ataque de pánico es predictor de futuros problemas psicológicos. Su incidencia varía entre 1,4 % y 2,9 %, excepto Taiwán que tiene menor incidencia, sólo el 0,4 %. Hay incidencia por género, mayor número de mujeres lo sufren. La edad promedio de aparición es 20 años.

La conclusión que se saca de estos estudios multicéntricos es que, si bien la prevalencia entre distintos países puede variar, la depresión mayor, los trastornos de ansiedad y los intentos de suicidio están presentes en todos ellos.

3. 7. Conclusiones.

Las investigaciones sobre psicopatología y cultura han crecido de forma sostenida en las últimas tres décadas, lográndose importantes avances e investigaciones sobre contenidos épicos y émicos. El desarrollo de cuestionarios y escalas donde se han cuidado no sólo la traducción idiomática sino la adaptación luego de rigurosas pruebas psicométricas a los modismos locales, han contribuido ha dicho propósito. Desde el punto de vista epidemiológico, estos instrumentos estandarizados han permitido las comparaciones entre culturas diversas, encontrando la constancia de aparición de varias patologías como ansiedad, depresión o esquizofrenia, con sustanciales diferencias en las formas sintomatológicas, expresión y comunicación de las mismas en las diferentes culturas (Draguns y Tanaka-Matsumi, 2003).

Capítulo 4. INTERNET.

4.1. Definición.

Internet es el nombre que recibe la gran red mundial formada por computadoras individuales y redes más pequeñas, que se encuentran físicamente conectadas entre sí y que utilizan un protocolo común para comunicarse. Posee conexiones físicas que conforman la red y protocolos de comunicación.

En Internet, coexisten distintas modalidades de transporte: la Web, el correo electrónico, el chat y la transferencia de archivos son algunas de los servicios que conviven hoy en la red. El sistema consiste en fraccionar en el punto de origen la información que se desea transmitir a través de la red, de modo que cada paquete contenga una parte de la información total y un rótulo con el punto de origen, el de destino y el orden relativo en el conjunto de paquetes emitidos en total. De esta manera el camino que sigue cada unidad de información no importa, ya que al llegar a destino la computadora tendrá la información necesaria para reconstruir el mensaje original. Este sistema presenta la ventaja que no necesita de una conexión especialmente dedicada para relacionar a las dos máquinas. En una red interconectada siempre hay uno o más caminos que unen los puntos de partida y llegada, por lo que los paquetes de información solo deben seguir alguno de ellos. Esta gran ventaja de la comunicación por paquetes, además de otorgarle robustez a la red permite un fácil crecimiento del sistema, un nodo nuevo se agrega simplemente uniéndolo a algún nodo preexistente y asignándole una dirección en la red general (Libertun, 2000).

4.2. Historia de la red

Leonard Kleinrock, un estudiante del Departamento de Ingeniería Electrónica del MIT, Cambridge, presentó en 1962 su tesis de doctorado acerca de la teoría de las

comunicaciones de redes de datos; allí se anuncia el principio del funcionamiento de las redes de hoy. En el año 1969 se intentó por primera vez la conexión remota de una computadora a otra. El sistema era bastante primitivo, pero su significado era trascendental. La incipiente red de fines de los años sesenta brindaba a sus usuarios básicamente dos funciones: la conexión a una computadora remota para correr programas en ella, lo que hoy se conoce como telnet, y la posibilidad de transferir archivos entre máquinas, que evolucionó al Protocolo de Transferencia de Archivos (FTP) de la actualidad. En 1972 Tomlinson desarrolló un programa para el envío y recepción de mensajes a través de las computadoras. Esta nueva función se propagó rápidamente entre los usuarios de la red y provocó la primera gran explosión del volumen de tráfico de datos. Tomlinson no sólo creó el primer programa de correo electrónico sino que permitió el surgimiento de una de las características más atractivas que posee la red: la habilidad de promover la interacción directa entre personas. (Libertun, 2000).

El año 1983 es considerado como el del verdadero nacimiento de Internet en el mundo, debido a dos eventos que tuvieron lugar en ese año: se decidió la separación de las aplicaciones militares de las civiles y el establecimiento definitivo del TCP/IP como único protocolo de comunicación. Durante el resto de la década del 80 y principios de la del 90, más países fueron sumándose a esta red, empezando a darle la identidad mundial que hoy tiene. En 1992 Berners-Lee, un computador científico del Laboratorio Europeo de Física de Partículas (CERN), revolucionó la transferencia de información en Internet al dar a conocer la World Wide Web creando el lenguaje en el que se presentan los documentos de la Web, el HTML, las bases del protocolo de transmisión de dichos documentos, el HTTP, y el concepto de direcciones para encontrarlos y referirlos, los URL (Musch y Dietrich Reips, 2000).

Como ejemplo de expansión del nuevo sistema de comunicación, estudios realizados en la población estadounidense indican que en el año 1985 sólo el 8,2 % de la población tenía computadoras personales; en 1995 alrededor de dos millones de computadoras eran usadas por cerca de 23 millones de usuarios. En septiembre del 2001, el 66 % de la población tenía una computadora en su casa (Cummings y Kraut, 2002). Aumentos similares se observaron en todo el mundo, incluyendo a nuestro país.

4.3. Historia de la red en Argentina.

La Argentina como país se incorporó en forma oficial a Internet en 1990, pero la Universidad de Buenos Aires, por una iniciativa nacida en el Departamento de Computación de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, ya había accedido a un servicio de correo electrónico en 1985, la Red Académica Nacional (RAN) que unía a los investigadores argentinos mediante correo electrónico. A principios de los 90 se formaron otras redes que comunicaban universidades nacionales con otros centros de investigación y con el exterior. El ámbito comercial argentino comenzó a interesarse en Internet por el año 1995. Basados en el desarrollo inicial que había tenido la red en las universidades, las empresas se integraron al ciberespacio, haciendo que la nueva tecnología llegue a toda la población en general (Libertun, 2000).

4.4. Recolección de datos por Internet.

La recolección de datos por Internet es un novedoso modo de obtención de respuestas. El término experimentos en la Web, *Web experiments*, fue creado para distinguir una forma de recolección de datos que se diferencia del laboratorio o del trabajo de campo. El criterio

lógico que subyace es el mismo que en cualquier forma tradicional de experimentación (Dietrich Reips, 2000).

Su pasado más remoto se remonta al año 1986 utilizando la Web para distribuir mails comparado con correo regular (Kiesler y Sproull, 1986). Pero el primer trabajo publicado utilizando la recolección de datos totalmente por Internet data del año 1996 (Welch y Krantz, 1996). Hasta el 17 de Junio de 1998 había 35 investigaciones por Internet publicadas en la lista de la American Psychological Society. El 11 de mayo de 1999 habían en la lista 65 señalando un crecimiento de 100 % por año (Birnbaum, 2000).

4.5. Ventajas y desventajas en la recolección de datos por Internet.

La recolección vía Internet ofrece un número significativo de ventajas:

- 1- Fácil accesibilidad a participantes demográfica y culturalmente diversos.
- 2- Trae al sujeto a la recolección de datos para la investigación y no su opuesto tradicional con la consiguiente ventaja de comodidad y familiaridad de entorno para el participante librándolo de horarios prefijados y de transporte. En el caso que la investigación requiera la participación dentro de una franja horaria prefijada, fácilmente se programa la posibilidad de ingreso o no al material puesto en la Web.
- 3- Facilita el acceso a recolección de grandes muestras.
- 4- Motivación asegurada en la participación.
- 5- Ahorro de espacio de laboratorio, equipo, horas-hombre de trabajo y administración.
- 6- Automatización en la recolección que disminuye considerablemente los errores provenientes del manipuleo de la información.
- 7- La recolección de muestras por Internet permite abarcar respuestas de sujetos mucho más amplias de lo que se ha podido hasta el momento. Obteniendo por ello muestras más

representativas de la población general que posee computadora. Este punto es bastante importante cuando en las instituciones comúnmente se trabaja con pequeñas y muy acotadas muestras de estudiantes (Dietrich Reips, 2000).

8- Permite la observación de formas nuevas de conducta como es la conducta *on line* de las personas. La distribución de tareas en equipos a distancia no es una ventaja menor cuando cada vez son más los trabajos en colaboración de multiequipos, especialmente en las investigaciones transculturales (Hinds y Kiesler, 2002).

Economía y accesibilidad son sus mayores ventajas. En cierto sentido, democratizó la investigación al permitir que mayor número de países puedan acceder a la investigación. Según Dietrich Reips (2000) siempre es posible validar los resultados obtenidos si se replican las muestras con métodos tradicionales de recolección.

Entre las desventajas se mencionan:

- 1- La posibilidad de envíos múltiples por individuo (un sujeto varias respuestas).
- 2- Falta de control experimental.
- 3- Autoselección del participante.
- 4- Individuos que comienzan y no terminan la tarea, dato que se pueden cuantificar si es necesario.
- 5- La investigación por Internet recorta la muestra a aquellos usuarios del sistema, haciendo una selección por acceso a la computadora.
- 6- Dudas sobre la calidad de la recolección de la información y la posible pérdida de control de la forma en que se han recogido las respuestas o en la comprensión de las consignas o de los consentimientos son comúnmente mencionados (Dietrich Reips, 2000).

4.6. Requisitos en la recolección de datos por Internet.

La recolección por Internet sigue los mismos estándares éticos que cualquier investigación con sujetos humanos explicitada en *The Belmont Report* (1979) preparado por la Comisión Nacional de Protección al Sujeto Humano en las Investigaciones Biomédicas y de la Conducta Humana, o los Estándares Éticos redactados por la Asociación Psicológica Americana (American Psychological Association, 2000). Se contemplan principios de autonomía que en la práctica se reflejan en la aceptación explícita de los requerimientos de la investigación, donde se informa sobre objetivos, riesgos y beneficios que surgen de su participación. Un tema importante es asegurar a los participantes absoluta confidencialidad sobre sus respuestas resguardando su anonimato.

El consentimiento expreso del participante se logra marcando un icono sin el cual no se despliega el contenido de las páginas de las investigaciones. Este consentimiento tiene por objetivo asegurar: a- transmitir información al participante sobre el contenido de la investigación. b- asegurar que el sujeto comprende el contenido de la investigación. c- que su participación sea voluntaria. Como ventaja especial de la investigación por Internet, se puede señalar que al ser pública desde el comienzo la comunidad científica y sus asociaciones profesionales pueden opinar sobre su contenido ético y comunicar su opinión si algo inquieta por alguna razón. Se debe tener en cuenta que su internacionalidad también permite que en ciertas formas de recolección surjan diferencias debidos a los diversos modos culturales de los países. Dado que las investigaciones por Internet son abiertas a todos los investigadores, se prefiere que las investigaciones tengan el consentimiento institucional como una manera de asegurar su calidad (Kraut y cols, 2004). La guía de los Principios Éticos de la American Psychological Association (2000) indica la necesidad de

aclarar al participante de la manera más sencilla el contenido y objetivos de la investigación. También sugiere que en la portada de la página se ponga una dirección de correo electrónico por si algún participante necesita comunicarse con el investigador por alguna inquietud que le hubiera surgido.

4.7. Validez en investigación por Internet.

Para obtener la validez del medio, se han utilizado fundamentalmente dos procedimientos:

a- Comparación de resultados Internet con resultados laboratorio (formas de recolección); validez convergente. b- Analizar los resultados de las investigaciones y observar si los resultados siguen los predictores teóricos; validez de constructo. Estas formas de validación fundamentalmente se refieren a la validez interna del método. En cuanto a la validez externa y la posibilidad de generalizar los resultados, es importante tener en cuenta el tipo de muestra con la que se trabaja ya que ésta afecta los resultados. En ese campo los resultados Web y de laboratorio pueden diferir obteniendo mayor validez exterior los estudios Web. Se cree que esto es debido a que utiliza muestras más diversas que las muestra de laboratorio.

4.8. Composición de las muestras.

Sexo. Si bien históricamente las respuestas eran mayoritariamente masculinas eso fue equiparándose con el tiempo. En la actualidad se piensa que el género de los respondientes depende más del tópico de la investigación que del método de recolección.

Origen de las respuestas. La mayoría de las respuestas son en idioma inglés, siendo EEUU quien origina aproximadamente el 80% del total de respuestas, Europa entre el 7 % y el 11 %; América Latina con el resto del mundo sólo el 5 %.

Etnicidad. La mayoría de los participantes son de raza blanca, constituyen el 80% a 90% de los participantes (Duker, 1997; Kraut y cols, 2004).

Edad. La media y la mediana para la edad de participación indican 26.0 y 35.2 (Brenner, 1997). Para Krantz, Ballard y Scher (1997) los valores están entre 23 y 30 años. Es decir, la mayoría son adultos jóvenes.

Habilidades lingüísticas. Kraut y cols (2004) informan, a partir de una investigación realizada en idioma alemán e inglés, que la mayoría de las persona de su muestra prefirieron contestar en inglés, a pesar de no dominarlo suficientemente. En su versión en alemán, 92 % de los respondientes eran nativos de ese lenguaje. En la muestra en inglés sólo el 72 % eran nativos. Por eso es importante consignar el idioma de quien participa de una investigación en la Web.

4.9. Formas de reclutamiento de los sujetos.

Hay diferentes formas de reclutamiento de los sujetos que difieren en los métodos para dar a conocer el sitio de la investigación: 1- Publicarlo en grupos cerrados con un tema fijo de investigación. 2- Enviarlo a los robots que toman sitios en la Web. 3- Esperar que el robot lo levante sólo al obtener un mínimo de entradas. 4- Publicitarlo en sitios especiales de investigación psicológica como la lista de American Psychological Association (Krantz, Ballard y Scher, 1997).

Las investigaciones realizadas en versiones Web, en términos generales, muestran las mismas tendencias que las recolecciones de laboratorio. También las versiones de las escalas y cuestionarios usados muestran las mismas características psicométrías que en laboratorio. El único problema era la poca cantidad de estudios realizados, hasta el 2000, en

términos de dichas comparaciones (Krantz y Dalal, 2000). Ese inconveniente tiende a desaparecer rápidamente.

Debemos tener en cuenta que las muestras recogidas por Internet serán mayoritariamente de un recorte poblacional, por lo cual hay que ser muy cautos en la generalización de resultados. Schimdt y Leigh (1997) recomiendan recoger información demográfica de la muestra para poder evaluar sus características de pertenencia y representatividad, encontrándose frecuentemente sin diferencias atribuibles a la forma de recolección. Es importante que la investigación sea concisa para que los sujetos no se cansen y puedan terminar el protocolo en su totalidad.

Debemos tener en claro que es una innovación que está en sus comienzos, con este recaudo en mente no es posible dejar de reconocer que sus resultados son un valioso aporte metodológico. Enriquece la disponibilidad de recursos de recolección muestral, siendo muy útil para países con grandes restricciones presupuestarias para la investigación.

Actualmente son numerosos los estudios en diversas temáticas que están siendo conducidos con recolección muestral electrónica por prestigiosas universidades del mundo. Para una lista completa consultar los sitios mencionados en el Anexo de esta tesis; también <http://www.psychologie.unizh.ch/sowi/team/reips/publikationsliste.html>;
<http://www.ijis.net/>.

Capítulo 5. MATERIALES Y METODOS.

1.3. Descripción del estudio.

Desde el 1 de junio de 2003 hasta el 31 de mayo de 2004 se llevó a cabo un estudio cuyo objetivo era evaluar el nivel de diversas formas de ansiedad, y su correlación con depresión, en estudiantes universitarios de Argentina y Estados Unidos. El estudio se efectuó con dos modalidades diferentes de recolección de los datos: presencial y por Internet. Se recogieron datos sobre sexo, edad, país de nacimiento, lugar de residencia, universidad y carrera. El participante elegía el idioma de respuesta castellano o inglés. Se usaron cuatro cuestionarios para evaluar algunas formas de ansiedad y depresión, como se describe en extenso luego.

En ambas modalidades de recolección, presencial o electrónica, se comenzaba con una breve introducción sobre los objetivos del estudio, aclarándose que formaban parte de la investigación para una tesis doctoral. Se cumplió con los requisitos de convenciones internacionales para la investigación con sujetos humanos, es decir, se aclaraba explícitamente que la participación era anónima y voluntaria. En el caso de Internet también se pedía un consentimiento formal (marcar un icono), sin el cual no se abrían las páginas siguientes para la recolección de información.

Para la muestra por Internet se construyó una página Web: www.culturansia.com.ar, con el mismo material que en la recolección presencial (Ver Anexo). Allí los estudiantes universitarios contestaron los formularios. El sitio era bilingüe para facilitar la recolección en castellano e inglés.

A la página se accedía: 1- Por su dirección www.culturansia.com.ar.

2- Por un buscador general como www.yahoo.com

3- Buscadores específicos de sitios de psicología:

3. a- www.galeon.com sitio en castellano. Director de redpsicologica Lic. Pablo Cazau.

3. b- Online Social Psychology Studies: <http://www.socialpsychology.org/expts.htm>

(requiere aprobación institucional del contenido de la investigación para su publicación

[SPN User Policy](#)), página en inglés, dirigido por el Dr. Scott Plous, Director de Social

Psychology Network, EEUU <http://www.socialpsychology.org/expts.htm>.

3. c- Psychological Research on the Net. Sitio del Departamento de Psicología del Hanover Collage, pionero en investigación por Internet dirigido por Krantz y Dalal (2000):

<http://psych.hanover.edu/research/exponnet.html>.

5.2. Descripción de la muestra. Criterios de inclusión y exclusión.

1- La muestra, de tipo no probabilística, estuvo constituida por 405 estudiantes universitarios, o su equivalente, estudiantes del *college*, de ambos sexos, que respondieron en forma voluntaria. Esta muestra fue dividida en tres grandes grupos: presencial castellano, Web castellano y Web inglés, como se indica en el capítulo de análisis de datos.

2- Criterios de edad. Se incluyen en la muestra todos los estudiantes a partir de los 18 años sin límite máximo de edad. Se los dividió en dos grupos: 18-24 años; 25 años o más.

3- Criterios de residencia. (País de nacimiento, lugar de residencia actual y universidad actual donde cursan sus estudios). En la muestra presencial se recogieron las respuestas de estudiantes universitarios argentinos de diversas carreras y universidades, que se encontraban en Buenos Aires al momento de la recolección. En la muestra por Internet sólo se tomaron aquellos sujetos que declaraban haber nacido y estudiado en el mismo país, sea Argentina o Estados Unidos respectivamente, desechándose las otras respuestas.

4- Criterio de lengua. Las respuestas electrónicas podían recogerse en inglés o castellano.

5-Carreras universitarias. Fueron agrupadas en las siguientes áreas del conocimiento: sociales, salud, exactas y agricultura.

6- Criterio de exclusión. Además de aquéllos que no cumplían criterios de inclusión, en la muestra por Internet se excluyeron aquellas respuestas que se recibían juntas del mismo lugar y carrera. Se intentaba así descartar la posibilidad de una replicación automática por falla tecnológica (Birnbaum, 2000; Krantz y Dalal, 2000).

5.3. Descripción de los instrumentos de mediación.

5.3.1. Ficha de recolección de datos personales.

Antes de pasar a contestar los cuestionarios, el estudiante debía llenar los siguientes datos demográficos personales: sexo; edad; lugar de nacimiento; idioma; lugar en el que estudia; carrera universitaria (ver Anexo).

5.3.2. Cuestionarios utilizados.

Para la recolección de datos sobre ansiedad y depresión se seleccionaron cuatro instrumentos en idioma inglés y los mismos instrumentos en castellano (ver Anexo). Estos fueron:

1- Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) (Mattick y Clarke, 1998; Mattick y Clarke 2001)

2- Beck Anxiety inventory (BAI) (Beck y Steer, 1990).

3- Albany Panic and Phobia Questionnaire (APPQ) (Rapee, Craske y Barlow, 1995).

4- Beck Depression Inventory (BDI II) (Beck, Steer y Brown, 1996).

5.3.2.1. Descripción de los instrumentos utilizados.

5.3.2.1.1. SIAS, Social Interaction Anxiety Scale. En la investigación: cuestionario 1.

Autores: Mattick y Clarke (1998; 2001).

Fecha de creación: 1989.

Objetivo: Este instrumento fue diseñado para evaluar ansiedad social. Describe situaciones cognitivas, afectivas y conductuales referidas a las situaciones de interacción social; extremo malestar cuando inicia o mantiene conversaciones con personas desconocidas o no. Es un cuestionario de auto administración. Consta de 20 ítems (ver Anexo). Debe ser contestado en una escala tipo Likert de 0 a 4 de intensidad del síntoma. La puntuación varía entre 0-80, donde puntuaciones más altas representan mayor ansiedad. Sólo hay que tener cuidado de revertir el valor de tres ítems 5, 9 y 11 (Antony, Orsillo y Roemer, 2001).

Propiedades psicométricas: En individuos diagnosticados con fobia social presentan una $M = 49.0$ y $DE = 15.6$. En la población general los valores son $M = 19.9$ y $DE = 14.2$ (Heimberg, Mueller, Holt, Hoppe y Liebowitz, 1992). En población de estudiantes presenta en mujeres una media de 19.4 y un DE de 11.9; en varones, una media de 18.2 y un DE de 11.7 (Mattick y Clarke 2001).

Presenta adecuada consistencia interna, confiabilidad test-retest, validez concurrente y validez de constructo (Novy, Stanley, Averill y Daza, 2001).

Validez: El análisis factorial del SIAS indicó la existencia de un solo factor correspondiente a la fobia en la interacción social, que explica el 43,4% de la varianza (Brown y cols. 1997). Se correlaciona positivamente con otras medidas de ansiedad social como la Interaction Anxiety and Audience Anxiety Scale (Leavy, 1983).

Fiabilidad: Posee una elevada consistencia interna. El índice alpha de Cronbach (1951) varía entre .86 y .94 calculado en distintos tipos de muestras clínicas, en población general

y en estudiantes. El 82% de los fóbicos testeados obtuvo una medida mayor, por lo menos de un DE como mínimo de los valores de la población general (Heimberg, Mueller, Holt, Hoppe y Liebowitz, 1992).

5.3.2.1.2. Beck Anxiety Inventory (BAI). En la investigación: Cuestionario 2

Autores: Beck y Steer (1990).

Fecha de creación 1988.

Objetivo: El Beck Anxiety Inventory (BAI) fue desarrollado con el objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión y para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad. Es actualmente uno de los instrumentos más usados para medir ansiedad (Anthony, Orsillo y Roemer, 2001). Es especialmente importante tener un instrumento que diferencie la ansiedad de la depresión, dado que el tema de la comorbilidad ha adquirido especial importancia en los últimos años (Lewinsohn, Shankman, Gau y Klein, 2004; Maser y Cloninger, 1990). Se considera que el BAI presenta validez divergente entre ansiedad y depresión. Pese a que los primeros estudios del BAI fueron realizados en población psiquiátrica en estudios realizados en estudiantes universitarios, también se confirmó la capacidad discriminativa del BAI frente al BDI II para detectar ansiedad (Joiner, 1996).

Es un inventario autoaplicado que lleva de 5 a 10 minutos para ser contestado. Está compuesto por 21 ítems (ver Anexo), que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando este componente sobre representado. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Cada ítem se puntúa de 0 a 3. La puntuación total es la suma de todos los ítems; si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación. Los

síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. La puntuación puede variar entre 0 y 63. La puntuación de 0-7 corresponde al nivel mínimo, de 8-15 suave, 16-25 moderada y 26-63 ansiedad severa. Dada su facilidad de utilización, se ha recomendado su empleo como *screening* en población general.

Aplicando dicha escala diversos investigadores publicaron valores de media y desvío estándar (DE) en población general, de estudiantes o psiquiátrica y en distintas patologías ansiosas (Tablas 3 y 4).

Tabla 3. BAI: Media y DE en distintas poblaciones.

	Media	DE
Población psiquiátrica (Beck y cols, 1988)	27.7	11.4
Población general (Osman y cols, 1997)	13.4	11.4
Población estudiantes universitarios (Dent y Salkovskis, 1986)	11.08	9.10

Tabla 4. BAI: Media y DE en distintas patologías ansiosas según Beck y Steer (1990).

Trastorno	Media	DE
Ansiedad con agorafobia	27.27	13.11
Ansiedad sin agorafobia	28.31	13.46
Fobia social	17.77	11.64
Trastorno obsesivo compulsivo	21.96	12.42
Ansiedad generalizada	18.83	9.08

En la población general, una puntuación de 3 cae en el percentil 50 y una puntuación de 10 cae en el percentil 80 (Gillis, Haaga y Ford, 1995).

Propiedades psicométricas: Presenta una fuerte consistencia interna (Beck y Steer (1990) y validez convergente y divergente ampliamente demostrada (Beck, Steer, Brown, Eidelson y Riskind, 1987; Creamer, Foran y Bell, 1995; Fydrich, Dowdall y Chambless, 1992).

Validez: Posee una buena correlación concurrente con otras medidas de ansiedad, en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). El coeficiente de correlación (r) con el Inventario de Depresiones de Beck es de 0,61 (Osman, Kopper, Barrios, Osman y Wade, 1997). Al analizar los elementos del cuestionario, Beck en el trabajo original, encuentra dos factores principales: síntomas somáticos y síntomas subjetivos de ansiedad, pudiendo obtenerse dos subescalas. Con posterioridad, el propio Beck describió cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico. Es probable que estas diferencias entre dos o cuatro factores puedan deberse a diferentes técnicas de tratamiento estadístico

Fiabilidad: Posee una elevada consistencia interna; presenta un índice alpha de Cronbach de .90 a .94. La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre .30 y .71. La fiabilidad test-retest, tras una semana, es de .67 a .93 y tras 7 semanas de .62 (de Beurs, Wilson, Chambless, Goldstein y Feskke, 1997).

5.3.2.1.3. APPQ, Albany Panic and Phobia Questionnaire. En la investigación:

Cuestionario 3.

Autores: Rapee, Craske y Barlow (1995).

Fecha de creación: 1994/95

Objetivo: Es un cuestionario auto administrable de 27 ítems (ver Anexo), diseñado para evaluar trastorno de pánico con agorafobia. Detecta miedos típicos reportados por personas con agorafobia, fobia social o actividades que puedan elucidar sensaciones de tipo físico interoceptivo. Las respuestas se miden en una escala de ocho posibilidades, desde nada de miedo a extremo miedo. Debe responder cuánto miedo sentirían si el hecho sucediera la próxima semana. El cuestionario incluye tres subescalas de nueve ítems cada una:

Agorafobia: ítems 2,11,13,14,16,18, 20, 25, 27.

Fobia social: ítems 1,5,8,9,12, 15, 21,22, 23, 24.

Interoceptivo: ítems 3, 4, 6, 7, 10, 17,19, 26.

Propiedades psicométricas: En un estudio realizado con pacientes ambulatorios con trastornos de pánico y moderada a severa agorafobia, la media para la escala agorafobia fue $M = 12.8$; $DS 9.8$. Escala fobia social fue $M = 13.1$; $DE = 9.7$. Escala interoceptiva $M = 9.6$, $DE = 9.2$. Para pacientes con fobia social la media para la escala agorafobia fue $M = 10.5$; $DE = 11.6$. Escala fobia social fue $M = 31.5$; $DE = 13.2$. Escala interoceptiva $M = 3.8$; $DE = 6.8$.

Validez: El análisis factorial confirmó la estructura de tres factores. El factor 1 explica el 34.0 % de la varianza y fue llamado agorafobia, el factor 2 explica el 12.3 % de la varianza y fue llamado fobia social y el factor 3 explica el 5.3 % de la varianza y fue llamado interoceptivo. Se encontró buena consistencia interna, adecuada validez de constructo y confiabilidad en el test-retest (Novy, Stanley, Averill y Daza, 2001). Cada subescala se muestra apta en la distinción de pacientes con distintos cuadros de ansiedad. La escala interoceptiva distingue individuos con trastornos de pánico y moderada a severa agorafobia, de individuos que presenten fobia social u otros trastornos ansiosos. La

subescala de fobia social distingue entre personas con trastorno de fobia, de aquellas que presentan trastorno de pánico u otros trastornos ansiosos. La subescala de agorafobia distingue personas con trastorno de pánico y agorafobia, de personas con fobia social u otros trastornos ansiosos (Antony, Orsillo y Roemer, 2001).

Fiabilidad: El índice alfa de Cronbach es de .90 para la escala agorafobia, de .91 para la escala fobia social y de .87 para la escala interoceptiva (Rapee, Craske y Barlow, 1995).

5.3.2.1.4. BDI II, Beck Depression Inventory

En la investigación: Cuestionario 4

Autores: Beck, Steer y Brown (1996).

Fecha de creación: 1996.

Objetivo: Históricamente el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems, para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que éste seleccionara la que mejor se adaptaba a su situación; sin embargo, con posterioridad, su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Desde su aparición, ha sido el instrumento más aplicado para la evaluación de la severidad de los síntomas depresivos, tanto en población psiquiátrica como en población general. En 1979, Beck, Rush, Shaw y Emery dieron a conocer una segunda versión revisada de su inventario el BDI-I. Finalmente en 1996, Beck, Steer y Brown presentaron una tercera revisión del cuestionario, el Beck Depression Inventory II o BDI II. Se trata posiblemente del cuestionario autoaplicado más citado en la bibliografía. Esta es la versión utilizada en el presente trabajo. Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems (ver Anexo) que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. En la versión revisada de 1996 se sistematizan cuatro alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la

gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. El cambio temporal, extendiéndolo a dos semanas, se hace para compatibilizar con las descripciones del cuadro depresivo mayor que se encuentra en el DSM. Su contenido enfatiza más el componente cognitivo de la depresión: los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos.

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas que van de 0 a 3. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes:

No depresión: 0-9 puntos. Depresión leve: 10-18 puntos. Depresión moderada: 19-29 puntos. Depresión grave: ≥ 30 puntos. A efectos de cribado o detección de casos en población general, el punto de corte ha sido establecido en ≥ 13 puntos (Lasa, Ayuso-Mateos, Vázquez-Barquero, Diez-Manrique y Dowrick, 2000). A efectos de selección de sujetos para investigación, el punto de corte usualmente aceptado es ≥ 21 puntos (Hamilton y Shapiro, 1990). Utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión, proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática. Posee también una adecuada validez para el cribado o detección de casos en población general

Propiedades psicométricas: Estudios psicológicos sobre la estructura factorial del BDI- I, indican un síndrome general de depresión que puede dividirse en tres factores: actitud negativa hacia sí mismo, dificultad para funcionar y molestias somáticas (Beck, Brown, Epstein, Steer, 1988). Los estudios de análisis factorial del BDI II arrojan dos factores: somático y afectivo-cognitivo (Beck, Steer y Brown, 1996). Esta solución factorial de dos factores fue replicada y confirmada en una muestra realizada en estudiantes universitarios (Whisman, Perez y Ramel, 2000). El estudio fue nuevamente replicado en una muestra de estudiantes universitarios con resultados coincidentes en cuanto a la estructura factorial del BDI-II. En el mismo estudio se observó una buena validez convergente (Storch, Roberti y Roth, 2004).

Para la escala total del BDI-II se obtuvo un alfa de Cronbach de .90. Para el factor cognitivo-afectivo, el coeficiente alfa de Cronbach fue .87 y para la parte somática el alfa de Cronbach fue de .74 (Storch, Roberti y Roth, 2004).

Validez: Muestra una correlación variable con otras escalas; Revised Hamilton Psychiatric Rating scale for Depression, Scale for Suicide ideation, Beck Anxiety Inventory. En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre .55 y .96 con una $M = .72$ y en sujetos no psiquiátricos entre .55 y .73; $M = .6$ (Martinsen, Friis y Hoffart, 1995).

En una muestra realizada en estudiantes universitarios (Whisman, Perez y Ramel, 2000) se halló una $M = 8.36$ y $DE = 7.16$. El 80.2 % de los participantes de la misma obtuvieron entre 10-18 puntos, es decir una puntuación equivalente a depresión leve. En una muestra de estudiantes, sobre 120 sujetos se obtuvo para las mujeres $M = 14.55$ y $DE = 10.74$ y para los varones $M = 10.04$ y $DE = 8.23$ (Beck, Steer, Brown, Eidelson y Riskind, 1987).

Fiabilidad: Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna, alpha de Cronbach .76 - .95. La fiabilidad del

test oscila alrededor de $r = 0.8$ (Vázquez y Sanz, 1997). En una muestra de estudiantes se obtuvo un alfa de Cronbach de .89 (Whisman, Perez y Ramel, 2000).

5.3.3. Tratamiento de los instrumentos en castellano.

Para su utilización local, en castellano, se tomó como base la traducción de los cuestionarios realizada por Novy, Stanley, Averill y Daza (2001) (Tabla 5). Luego los instrumentos fueron sometidos a la opinión de tres árbitros, profesionales psicólogos, quienes fundamentalmente sugirieron cambios en el formato de presentación de alguno de los formularios para lograr mayor claridad; también indicaron cambios en la formulación de algunas preguntas.

Posteriormente, dichos instrumentos fueron sometidos a una prueba piloto con alumnos de una clase de psicología de la Universidad de Palermo. A partir de la detección de ciertas preguntas confusas, las instrucciones fueron reformuladas. Se eliminó el nombre con que se conocen los cuestionarios para ser reemplazados por un número que identificaba el formulario. En cada formulario se colocó una leyenda donde constaba que era sólo para ser usado con fines de investigación. Luego de la primera prueba piloto, el material corregido fue sometido a una segunda opinión de profesionales y otra prueba piloto con alumnos, luego de lo cual el material estuvo listo para su utilización.

Tabla 5. SIAS, BAI, APPQ y BDI II: Coeficiente Alfa, Media y DE en Castellano e Inglés (Novy, Stanley, Averill y Daza, 2001).

Escalas	Items	Coeficiente Alpha		M	DE	M	DE
		Inglés	Castellano	Inglés		Castellano	
S.I.A.S	20	.94	.93	35.89	18.87	35.08	16.01
BAI	21	.95	.94	19.41	14.18	22.98	14.80
APPQ Fobia Social	9	.92	.92	22.59	18.44	23.33	17.86
APPQ agorafobia	9	.91	.90	18.78	17.26	20.51	16.06
APPQ Interoceptico	9	.88	.86	12.00	14.13	14.10	13.55
APPQ Total	27	.95	.95	53.17	42.36	57.94	41.94
BDI II	21	.94	.94	22.74	13.35	25.05	13.62

5.3.4. Tratamiento de los instrumentos en inglés.

Los cuestionarios en inglés tuvieron el mismo tratamiento que la versión en castellano. Se los identificó por número y con una leyenda donde constaba que serian utilizados sólo para investigación. También fueron sometidos a la evaluación de un juez profesional quien hizo un único señalamiento.

5.4. Análisis estadístico.

El análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete informático SPSS 12,5 (Ver resultados).

Capítulo 6. ANALISIS DE DATOS.

6.1. Descripción de la muestra.

La muestra de sujetos estudiados estaba compuesto por 405 estudiantes universitarios; que se distribuyeron en tres grupos que respondieron en idiomas y/o formas de recolección diversas. La Muestra I, llamada Web Inglés, fue recolectada por Internet en idioma inglés. La Muestra II, llamada Web Castellano, fue recolectada por Internet en idioma castellano. La Muestra III, llamada Presencial, fue recolectada en castellano. La participación en la investigación, en todas las formas de recolección, fue voluntaria y con consentimiento explícito de los sujetos, en cumplimiento de los requisitos de los protocolos internacionales sobre trabajo de investigación social en humanos. En los tres grupos se equiparó el N según el género, teniendo en todos la misma proporción de varones y mujeres (Tabla 6).

La Muestra I, estuvo constituida por casi setecientos sujetos, residentes de distintas partes del mundo, que completaron los cuestionarios en inglés. De ellos, se seleccionaron los que cumplieron con el criterio de inclusión ya mencionado: ser estudiantes universitarios, o *college*, nacidos en los EE.UU. y que estaban estudiando en su propio país al momento de la recolección del material de investigación.

La Muestra II, constituida por casi cuatrocientos sujetos, de varias partes de Argentina, Latinoamérica y España, completaron los cuestionarios en castellano. Se seleccionaron aquéllos que cumplieron con el criterio de ser estudiantes universitarios nacidos en Argentina y que estaban estudiando en su propio país al momento de la recolección del material de investigación.

La Muestra III fue recolectada entre los alumnos universitarios que se encontraban en Buenos Aires, en la Universidad de Palermo y en algunas sedes de la Universidad de Buenos Aires. Se seleccionaron aquéllos que cumplieron con el criterio de ser estudiantes

universitarios nacidos en la Argentina y que estaban estudiando en su propio país al momento de la recolección.

Tabla 6. Distribución porcentual de los sujetos por muestra según sexo, edad y carrera.

		Muestra I	Muestra II	Muestra III
Sexo	Mujeres	54.8	54.8	54.8
	Varones	45.2	45.2	45.2
Edad (años)	18-24	58.5	76.3	74.1
	25 /más	41.5	23.7	25.9
Carrera	Ag / Ex	15.7	20.0	28.8
	Salud	51.5	25.2	11.1
	Sociales	32.8	54.8	60.1

Ag: agricultura. Ex: exactas.

El análisis de los datos fue llevado a cabo en varias etapas, utilizando el programa de procesamiento de datos estadísticos SPSS 12.5 (SPSS Inc., 2005). En el caso en que el sujeto marcó dos respuestas para un mismo ítem se asumió la respuesta mayor.

En el caso de las respuestas electrónicas, si había dos respuestas de sujetos que contestaban consecutivamente del mismo lugar, se anularon ambas respuestas para evitar la posible falla técnica por duplicación.

6.2. Fiabilidad y validez de los instrumentos.

Se procedió a estudiar los cuatro cuestionarios utilizados:

SIAS: Social Interaction Anxiety Scale (Mattick y Clarke 1998; Mattick y Clarke, 2001).

BAI: Beck Anxiety inventory (Beck y Steer, 1990).

APPQ: Albany Panic and Phobia Questionnaire (Rapee, Craske y Barlow, 1995).

BDI II: Beck Depression Inventory (Beck, Steer y Brown, 1996).

La evaluación de la fiabilidad de cualquier medida se reduce a una determinación de cuánto en la variación de un conjunto de puntajes se debe a las verdaderas diferencias entre los individuos y cuánto a las inexactitudes o errores de medición de los individuos particulares (Cortada de Kohan, 1999).

Para calcular empíricamente el coeficiente de fiabilidad, se aplicó el método de las covarianzas entre ítems, basado en una sola aplicación de la técnica (Santisteban Requena, 1990).

Para estudiar la validez empírica de los diferentes constructos, según cada cuestionario, se realizó un análisis factorial exploratorio en las tres muestras, a través del método de componentes principales (Gorsuch, 1983), que se centra en la detección del número de factores necesarios para justificar la porción máxima de la varianza representada en la serie de variables originales. Actualmente, las complicaciones del análisis factorial común (la indeterminación de los factores) han promovido el uso generalizado del análisis de componentes principales.

La saturación presentada por cada ítem en los respectivos factores fue utilizada como criterio para su inclusión o exclusión. Fueron incluidos aquellos ítems que mostraron una saturación igual o mayor a 0.40 y excluidos los que presentaron saturaciones no significativas o saturaciones en más de un factor, complejidad factorial (Tabachnick, 1989).

Previamente, se debió comprobar si existían correlaciones que justificaran realizar el análisis factorial, a través de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y de

la prueba de esfericidad de Bartlett (Richaud de Minzi, Lemos, 2004). En nuestra investigación, en los cuatro cuestionarios se obtuvieron valores altamente satisfactorios.

Los análisis factoriales del SIAS, BAI y BDI II dan un solo factor. Como tal factor incluye a casi todos los ítems, asumimos que son similares en las tres muestras.

En el caso del APPQ, se obtuvieron tres factores en las tres muestras: agorafobia, fobia social e interoceptivo, pero sobre todo en la Muestra III aparece mucha complejidad factorial entre el factor de agorafobia y el interoceptivo. No obstante, se considera que se mantiene la estructura trifactorial en las tres muestras y dado que la fiabilidad es satisfactoria se decide utilizar también esta prueba. Para el cálculo de los valores de agorafobia, fobia social e interoceptivo, se suman los valores de los ítems, determinados según el criterio teórico.

6.2.1. SIAS.

Como ya se mencionó en el capítulo de materiales y métodos, este instrumento fue diseñado para evaluar ansiedad social. Describe situaciones cognitivas, afectivas y conductuales referidas a las situaciones de interacción social. Extremo malestar cuando inicia o mantiene conversaciones con personas desconocidas o no.

6.2.1.1. Análisis factorial. Para estudiar si se mantenía la estructura factorial de la prueba original y era estable en las tres muestras, se realizó un análisis factorial (Tabla 7). La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett, obtuvieron valores altamente satisfactorios.

Tabla 7. SIAS. Medida de adecuación y significación muestral.

	Muestra I	Muestra II	Muestra III
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin	.911	.843	.779
Significación correspondiente a la Prueba de esfericidad de Bartlett	.000	.000	.000

Se llevó a cabo entonces el análisis factorial de los ítems a través del método de componentes principales, con rotación Varimax, respetando el método y tipo de rotación realizadas por el autor del test.

La Pendiente de Cattell indica claramente la presencia de un solo factor en las tres muestras (Gráficos 1, 2 y 3)

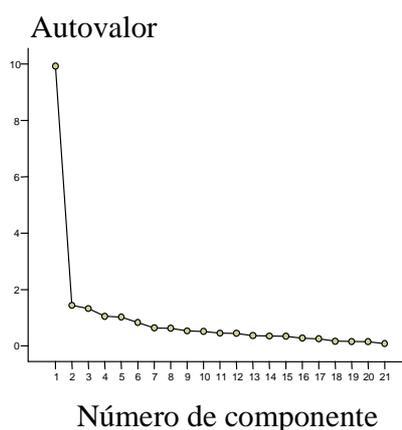


Gráfico 1. SIAS. Muestra I. Gráfico de sedimentación.

Autovalor

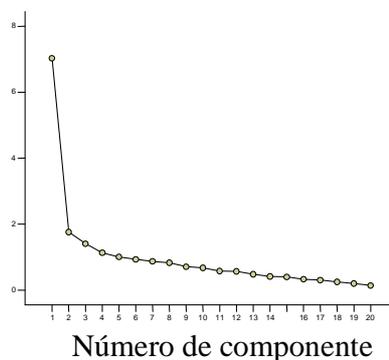


Gráfico 2. SIAS. Muestra II. Gráfico de sedimentación.

Autovalor

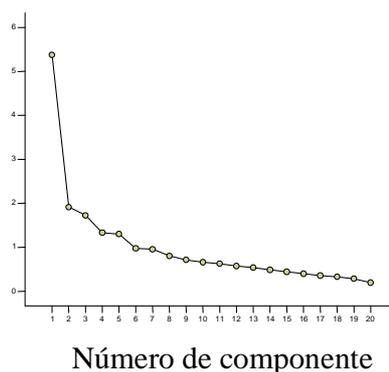


Gráfico 3. SIAS. Muestra III. Gráfico de sedimentación.

El único factor obtenido explicó entre el 48 % y el 27% según las distintas muestras. Como consta en el capítulo de materiales y métodos, el análisis factorial del SIAS en la muestra original indicó la existencia de un solo factor correspondiente a fobia en la interacción social (Brown y cols, 1997), que explica el 43.4 % de la varianza. En nuestra investigación la solución factorial mostró que un solo factor explicaba el 48.063 % de la varianza en la Muestra I, el 35.154 % en la Muestra II y el 26.892 % en la Muestra III.

Se presenta la saturación de cada ítem en cada factor luego de la rotación (Tabla 8).

Tabla 8. SIAS. Análisis factorial. Solución Varimax.

	Muestra I Componente 1	Muestra II Componente 1	Muestra III Componente 1
1 Me pongo nervioso si tengo que hablar con alguna autoridad.	.646	.510	.461
2 Tengo dificultades en mantener la mirada de los otros.	.678	.526	.485
3 Me pongo tenso si tengo que hablar sobre mi o mis sentimientos.	.704	.543	.405
4 Me resulta difícil relacionarme con la gente con quien trabajo.	.489	.625	.558
5 Me resulta fácil hacer amigos con gente de mi edad.	.365	.114	-.002
6 Me pongo tenso cuando me encuentro con un conocido por la calle.	.682	.600	.465
7 Estoy incómodo cuando estoy en una reunión social.	.788	.693	.552
8 Me siento tenso si estoy solo con una sola persona.	.649	.522	.489
9 Estoy cómodo conociendo gente en fiestas, reuniones sociales o grupos.	.452	.258	-.149
10 Tengo dificultad en hablar con otra gente.	.826	.807	.611
11 Encuentro fácil pensar en temas de conversación.	.244	.204	-.263

Continuación Tabla 8.

12 Me preocupa expresarme.	.786	.609	.575
13 Encuentro difícil no estar de acuerdo con el punto de vista de otro.	.583	.491	.405
14 Tengo dificultad en hablar con personas atractivas del sexo opuesto.	.730	.557	.593
15 Temo y me preocupa no saber que decir en reuniones sociales.	.802	.768	.647
16 Me pongo nervioso cuando estoy en reuniones con gente que no conozco.	.894	.635	.643
17 Cuando hablo siento que diré algo que me avergonzará	.849	.635	.675
18 Me preocupo por temor a ser ignorado cuando estoy en una reunión social.	.602	.773	.650
19 Estoy tenso cuando estoy reunido en un grupo.	.856	.773	.652
20 No estoy seguro de saludar a alguien que no conozco muy bien.	.815	.695	.568

Método de extracción: Análisis de componentes principales. a 1 componente extraído

Los ítems en **negrita** (5, 9 y 11) deberían excluirse por su escasa saturación en alguno o todos los factores.

6.2.1.2. *Fiabilidad.* La fiabilidad del cuestionario como consistencia interna en la versión analizada en el presente estudio, se encontró adecuada, pues el valor del coeficiente Alpha de Cronbach oscila entre .787 y .946 (Tabla 9). En la versión original del instrumento SIAS, como consta en el capítulo sobre materiales y métodos, el Coeficiente Alpha de Cronbach varía entre .86 y .94 en las distintas muestras clínicas y de estudiantes.

Tabla 9. SIAS. Alpha de Cronbach.

	Muestra I	Muestra II	Muestra III
Total .90	.937	.879	.787
Sin las preguntas 5, 9, 11	.946	.898	.854

6.2.2. BAI.

El BAI, como se mencionó en el capítulo de materiales y métodos, fue diseñado para contar con un instrumento que diferenciara ansiedad de depresión.

6.2.2.1. *Análisis factorial.* Para estudiar si se mantenía la estructura factorial de la prueba original y era estable en las tres muestras, se realizó un análisis factorial. Se comprobó la existencia de un solo factor que es similar en las tres muestras. En el cuestionario original, como indicamos en el capítulo de materiales y métodos, se encontraron dos factores principales: síntomas somáticos y síntomas subjetivos de ansiedad, pudiendo obtenerse dos subescalas. Con posterioridad los propios autores (Beck y Steer, 1990) describieron cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico. Es probable que estas diferencias entre dos o cuatro factores puedan deberse a diferentes técnicas de tratamiento

estadístico. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett, obtuvieron valores altamente satisfactorios (Tabla 10).

Tabla 10. BAI. Medida de adecuación y significación muestral.

	Muestra I	Muestra II	Muestra III
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin	.898	.716	.819
Significación correspondiente a la Prueba de esfericidad de Bartlett	.000	.000	.000

Se llevó a cabo entonces el análisis factorial de los ítems a través del método de componentes principales, con rotación Promax, respetando el método y tipo de rotación realizadas por el autor del cuestionario.

La Pendiente de Cattell indica claramente la presencia de un solo factor.

(Gráficos 4, 5 y 6)

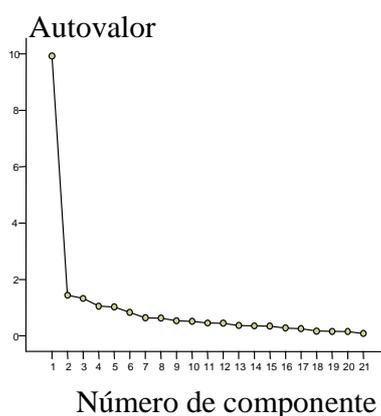


Gráfico 4. BAI. Muestra I. Gráfico de sedimentación.

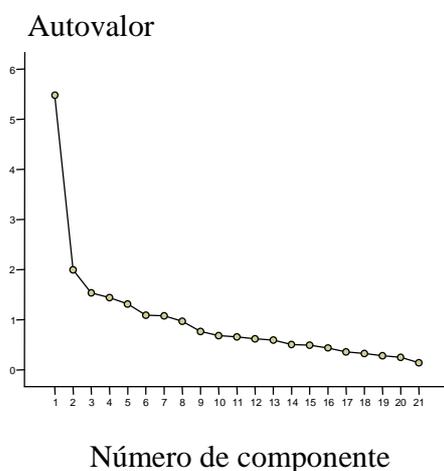


Gráfico 5. BAI. Muestra II. Gráfico de sedimentación.

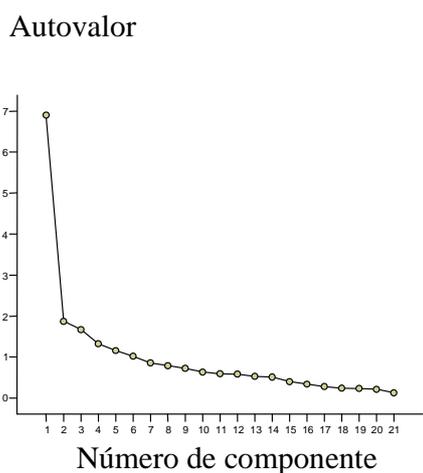


Gráfico 6. BAI. Muestra III. Gráfico de sedimentación.

El único factor obtenido explica un porcentaje de varianza de entre el 26 % y el 47 %, según las muestras. La solución factorial mostró que un factor explicaba el 47.250 % de la varianza en la Muestra I, el 26.104 % en la Muestra II y 32.881 % en la Muestra III. Se presenta la saturación de cada ítem en cada factor luego de la rotación (Tabla 11).

Tabla 11. BAI. Análisis factorial. Solución Promax.

	Muestra I Componente 1	Muestra II Componente 1	Muestra III Componente 1
1 Sentir el cuerpo adormecido o con hormigueo.	.651	.322	.542
2 Sentirse acalorado	.566	.468	.498
3 Sentir temblor en las piernas.	.645	.515	.624
4 No poder relajarse.	.658	.514	.426
5 Temor de que vaya a suceder lo peor.	.628	.613	.550
6 Sentir mareos.	.675	.543	.511
7 Sentir palpitaciones en el corazón.	.723	.557	.646
8 Sentir inestabilidad física.	.766	.713	.677
9 Sentirse aterrorizado.	.838	.676	.709
10 Sentirse nervioso.	.677	.609	.423
11 Sentir sensaciones de ahogo.	.663	.437	.754
12 Sentir temblor en las manos.	.759	.542	.608
13 Sentir tembloroso todo el cuerpo.	.832	.525	.743
14 Sentir temor de perder el control.	.728	.663	.611
15 Sentir dificultades al respirar.	.700	.449	.746
16 Sentir temor inminente a morir.	.521	.475	.564
17 Sentirse asustado.	.792	.578	.549
18 Sentir indigestión o malestar del estomago.	.503	.574	.385
19 Desmayarse.	.666	-.051	.528
20 Sonrojarse.	.674	.422	.271

Método de extracción: Análisis de componentes principales. a 1 componentes extraídos.

Las saturaciones marcadas en **negrita** indican que en las distintas muestras hay ítems que no miden adecuadamente.

6.2.2.2. *Fiabilidad*. La versión original del instrumento presenta una elevada consistencia interna; el Coeficiente Alpha de Cronbach varía entre .90 y .94 en las distintas muestras clínicas y de estudiantes. La fiabilidad del cuestionario en la versión analizada en el presente estudio se encontró adecuada (Tabla 12). El valor del coeficiente Alpha de Cronbach varía entre .84 y .94 según las muestras.

Tabla 12. BAI. Alpha de Cronbach.

	Muestra I	Muestra II	Muestra III
Total	0.91	.942	.885

6.2.3. APPQ.

El cuestionario APPQ fue diseñado, como fue mencionado en el capítulo de materiales y métodos, para evaluar trastorno de pánico con agorafobia. Detecta miedos típicos reportados por personas con agorafobia, fobia social o actividades que puedan producir sensaciones de tipo físico interoceptivo.

6.2.3.1. *Análisis factorial.* Para estudiar si se mantenía la estructura factorial de la prueba original y era estable en las tres muestras, se realizó un análisis factorial (Tabla 13). La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett, obtuvieron valores altamente satisfactorios.

Tabla 13. APPQ. Medida de adecuación y significación muestral.

	Muestra I	Muestra II	Muestra III
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	.818	.793	.729
Significación correspondiente a la Prueba de esfericidad de Bartlett.	.000	.000	.000

Se llevó a cabo el análisis factorial de los ítems a través del método de componentes principales, con rotación Equamax, respetando el método y tipo de rotación realizadas por el autor del cuestionario. La Pendiente de Cattell indica tres factores, aunque podría discutirse en el segundo caso (Gráficos 7, 8 y 9).

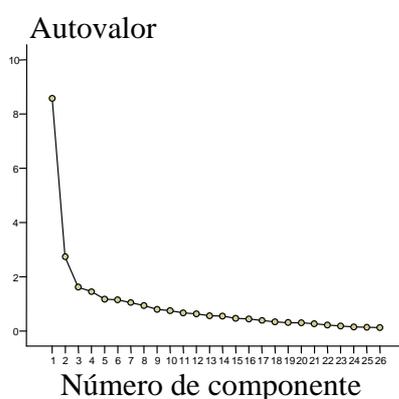


Gráfico 7. APPQ. Muestra I. Gráfico de sedimentación.

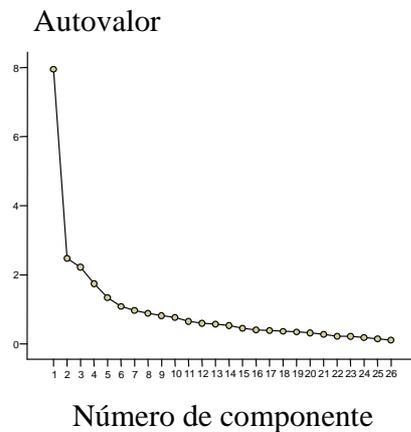


Gráfico 8. APPQ. Muestra II. Gráfico de sedimentación.

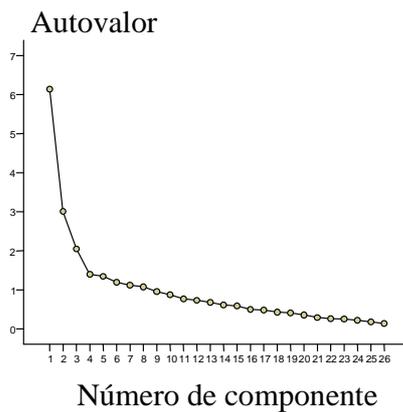


Gráfico 9. APPQ. Muestra III. Gráfico de sedimentación.

Se obtuvieron tres factores o variables de aglomeración para representar las características presentes en la muestra de estudiantes, que explica el mayor porcentaje de varianza entre el 32,984 %, 10,516 % y 6,215 % en la Muestra I ; 30.581 %, 9.519 %, 8.538 % en la Muestra II y 23.586 %, 11.574 %, 7.868 %, en la Muestra III.

Se presenta la saturación de cada ítem en cada factor luego de la rotación (Tabla 14).

Tabla 14. APPQ. Análisis factorial. Solución Equamax.

	Muestra I Componente			Muestra II Componente			Muestra III Componente				
	1	2	3	1	2	3	1	2	3		
	Agora	Fob	Soc	Inter	Agora	Fob	Soc	Inter	Agora	Fob	Soc
1 Hablando con la gente.	.765	-,028	.068	.738	.025	.035	.770	.022	-.118		
2 Pasando por un lavadero de automóviles.	.235	.481	.022	.033	.521	.072	.293	.490	.111		
3 Jugando a un deporte vigoroso en un día de calor.	.143	.720	.334	.089	.515	.224	.120	.609	.327		
4 Inflando rápidamente una cama de aire.	.079	.204	.632	.119	.319	.616	-,034	.349	.405		
5 Comiendo en frente de otros.	.680	-,058	.298	.518	.212	.210	.468	.203	.296		
6 Caminando rápidamente en un día de calor.	-.019	.803	.285	.212	.383	.500	-,019	.357	.640		
7 Siendo anestesiado en el consultorio del dentista	.111	.678	.083	.165	.444	.094	.147	-.225	.584		
8 Interrumpiendo una reunión.	.625	.339	.200	.829	.233	.056	.349	.124	.400		
9 Dando un discurso.	.565	.328	.183	.728	.074	.118	.637	-.107	.402		
10 Haciendo ejercicios vigorosos a solas.	-.006	.318	.689	-.015	.389	.582	-,092	.659	.214		
11 Distanciándose mucho de su casa a solas.	.261	.292	.616	.085	.736	.201	.108	.311	.531		

Continuación Tabla 14

12 Presen tándose a un grupo.	.727	.434	.036	.845	.122	.091	.764	-,002	.198
13 Caminan do en áreas muy solitarias a solas.	.141	.331	.427	.430	.618	-,060	.448	-,202	.489
14 Condu ciendo en carreteras	.172	.146	.764	.097	.587	.287	.442	.150	.304
15 Usando ropa que llama la atención.	.534	.094	.433	.591	.193	.387	.622	.142	-,124
16 Perdiéndose	.388	.084	.652	.377	.669	.076	.538	-,128	.503
17 Tomando una taza de café fuerte.	-,017	.537	.252	.164	-,078	.697	.012	.554	-,098
18 Sentándo se en medio de una sala de cine	.431	.075	.458	.220	.031	.748	.029	.646	.114
19 Corriendo escaleras hacia arriba	-,037	.330	.544	.059	.150	.766	.011	.465	.328
20 Tomando un tren subterráneo	.399	.212	.376	-,072	.560	.490	.095	.495	.086
21 Hablando por teléfono.	.459	.075	.271	.291	-,049	.557	.211	.683	-,094
22 Juntarse con descono cidos.	.811	.316	-,029	.482	.535	.093	.669	.183	.046
23 Escribien do en frente de otros.	.706	.053	.057	.434	.223	.409	.195	.563	.117
24 Entrando a un cuarto lleno de gente.	.783	.241	.137	.701	.129	.237	.775	.227	.184
25 Pasando la noche fuera de su casa	.356	.396	.258	-,046	.454	.427	.068	.688	.183
26 Sintiendo efectos bebida	.155	.584	.115	.084	.545	.163	.020	.198	.639

Continuación Tabla 14									
27 Cruzando un puente largo.	.326	.622	.165	.237	.720	.058	.113	.179	.709

Método de extracción: Análisis de componentes principales. a 3 componentes extraídos

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación:

Normalización Equamax con Kaiser.

Las saturaciones en **negrita** corresponden a los ítems que definen cada factor. Como puede observarse, no siempre coinciden en el mismo factor a través de las tres muestras y hay un alto grado de complejidad factorial.

6.2.3.2. *Fiabilidad*. La fiabilidad del cuestionario en la versión analizada en el presente estudio se encontró adecuada, pues el valor del coeficiente Alpha de Cronbach oscila entre .86 y .92. (Tablas 15 y 16). En la versión original del instrumento, como fue mencionado en el capítulo de materiales y métodos, el Coeficiente Alpha de Cronbach es de .90 para la escala agorafobia, .91 para la escala fobia social y .87 para la escala interoceptiva.

Tabla 15. APPQ. Alpha de Cronbach.

		Muestra I	Muestra II	Muestra III
Total	.91	.92	.90	.86

Tabla 16. APPQ. Alpha de Cronbach.

	Factor Interoceptivo	Factor Fobia social	Factor Agorafobia
Total .91	0.74	0.86	0.79
S/items 17-21-22-24 .89	.74	.86	.79

6.2.4. BDI II.

El cuestionario BDI II, como mencionamos en el capítulo de materiales y métodos, fue diseñado para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión.

6.2.4.1. Análisis factorial. Para estudiar si se mantenía la estructura factorial de la prueba original y era estable en las tres muestras, se realizó un análisis factorial.

La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett, obtuvieron valores altamente satisfactorios (Tabla 17)

Tabla 17. BDI II. Medida de adecuación y significación muestral.

	Muestra I	Muestra II	Muestra III
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer- Olkin.	.902	.809	.757
Significación correspondiente a la prueba de esfericidad de Bartlett.	.000	.000	.000

Se llevó a cabo entonces el análisis factorial de los ítems a través del método de componentes principales, con rotación Promax, respetando el método y tipo de rotación realizadas por el autor del cuestionario.

La Pendiente de Cattell indica claramente la presencia de un solo factor en las tres Muestras (Gráficos 10, 11 y 12).

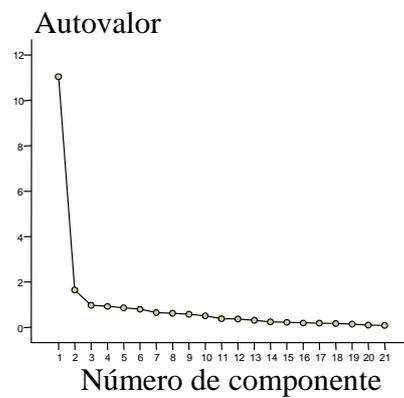


Gráfico 10. BDI II. Muestra I. Gráfico de sedimentación.

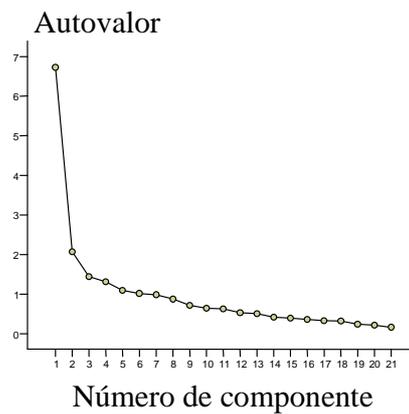


Gráfico 11. BDI II. Muestra II. Gráfico de sedimentación.

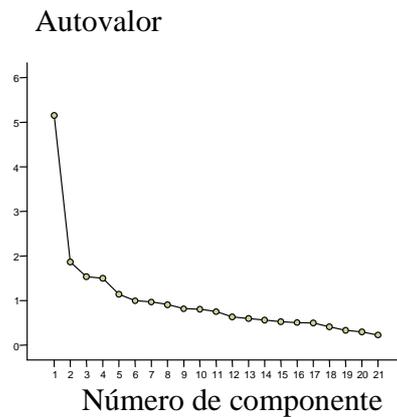


Gráfico 12. BDI II. Muestra III. Gráfico de sedimentación.

El único factor obtenido explica el mayor porcentaje de varianza. En nuestra investigación, la solución factorial mostró que un solo factor explicaba el mayor porcentaje de varianza entre el 24 % y el 52 %, según las distintas muestras. El análisis factorial del BDI II en la muestra original, ya mencionado en el capítulo de material y método, indicó la existencia de dos factores: somático y afectivo-cognitivo (Beck, Steer y Brown, 1996). En nuestra investigación la solución factorial mostró que un elemento explicaba el 52.594 % de la varianza en la Muestra I, el 32.028 % en la Muestra II y el 24.524 % en la Muestra III. Se presenta la saturación de cada ítem en cada factor luego de la rotación (Tabla 18).

Tabla 18. BDI II. Análisis factorial. Solución Promax.

	Muestra I Componente 1	Muestra II Componente 1	Muestra III Componente 1
1 No me siento triste/Me siento triste gran parte del tiempo/Estoy triste todo el tiempo/Me siento tan triste o infeliz no puedo aguantarlo.	.851	.518	.651
2 No me siento desanimado acerca de mi futuro/Me siento más desanimado acerca de mi futuro que de costumbre/No espero que las cosas me salgan bien /Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a ser peor.	.705	.573	.486
3 No me siento un fracasado/He fracasado más de lo que debería/Al analizar mi pasado veo muchos fracasos/Siento que como persona soy un fracaso total.	.816	.561	.450
4 Obtengo tanto placer en las cosas como antes/No disfruto de las cosas tanto como antes /Obtengo muy poco placer de las cosas/Ya no puedo obtener nada de placer en las cosas que disfrutaba.	.817	.485	.447
5 No me siento particularmente culpable/Me siento culpable por muchas cosas que hice o debería haber hecho/Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo /Me siento culpable todo el tiempo.	.685	.516	.277
6 No me siento que estoy siendo castigado/Siento que podría ser castigado.	.664	.662	.452
7 Me siento igual que siempre acerca de mi persona/He perdido la confianza en mi mismo/Estoy decepcionado de mi mismo/No me gusta	.809	.715	.648
8 No me critico ni me culpo a mí mismo más que de costumbre/Me critico a mí mismo más que antes/ Me critico a mí mismo por todos mis defectos/Me critico a mí mismo por todo lo malo que me sucede.	.748	.708	.494

Continuación Tabla 18

9 No pienso en matarme/He pensado en matarme pero no lo haría/Me gustaría matarme /Me mataría si tuviera la oportunidad.	.750	.492	.417
10 No lloro más que antes/Lloro más que antes/Lloro por cualquier cosa /Siento que quiero llorar pero no puedo.	.746	.398	.546
11 No estoy más inquieto, ni tenso que de costumbre/Me siento más inquieto o agitado que de costumbre / Estoy tan tranquilo o agitado que me es difícil permanecer quieto /Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome.	.632	.511	.397
12 No he perdido el interés por otras personas o actividades/Tengo menos interés por otras personas o actividades que anteriormente/He perdido la mayor parte de mi interés por otras personas o actividades/Me es difícil interesarme por algo.	.759	.511	.563
13 Tomo decisiones tan bien como siempre/Se me hace más difícil que de costumbre tomar decisiones/Se me hace más difícil tomar decisiones que anteriormente/Me es difícil tomar cualquier decisión.	.758	.613	.457
14 No siento como que yo no valgo nada/No considero que valga la pena ni que sea tan útil como antes/Siento que no valgo nada en comparación con otras personas/ Siento que no valgo absolutamente nada.	.828	.531	.600
15 Tengo tanta energía como siempre/Tengo menos energía que anteriormente.	.654	.666	.566

Continuación Tabla 18

16 Mi patrón de sueño no ha cambiado en absoluto/Duermo un poco más que de costumbre/Duermo un poco menos que de costumbre/Duermo mucho más que de costumbre/Duermo mucho menos que de costumbre/Duermo la mayor parte del día.	.648	.537	.579
17 No estoy más irritable que de costumbre/Estoy más irritable que de costumbre.	.767	.574	.479
18 Mi apetito no ha cambiado en absoluto/Tengo un poco menos de apetito que de costumbre/Tengo un poco mas de apetito que de costumbre/ Tengo mucho menos apetito que de costumbre/Tengo mucho más apetito que de costumbre/ No tengo nada de apetito.	.534	.540	.546
19 Me puedo concentrar tan bien como siempre/No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba/Es difícil mantener mi mente concentrada por mucho tiempo/ Me doy cuenta de que no puedo concentrarme en nada.	.799	.549	.484
20 No me canso ni me fatigo más que de costumbre/Me canso o me fatigo más fácilmente que de costumbre/Estoy muy cansado o fatigado para hacer muchas de las cosas que hacia anteriormente/Estoy muy cansado o fatigado para hacer.	.708	.680	.675
21 No he notado ningún cambio reciente en mi deseo sexual/Tengo menos interés por el sexo que anteriormente /Tengo mucho menos interés por el sexo que anteriormente/He perdido totalmente el interés por el sexo.	.399	.462	.554

Método de extracción: Análisis de Componentes principales a 1 componente extraído.

6.2.4.2. *Fiabilidad.* La fiabilidad del cuestionario como consistencia interna, en la versión analizada en el presente estudio, se encontró adecuada ya que el valor del coeficiente Alpha de Cronbach varía entre .79 y .95.(Tabla 19). En la versión original del instrumento el Coeficiente Alpha de Cronbach varía entre .76 y .95 en las distintas muestras clínicas y de estudiantes.

Tabla 19. BDI II. Alpha de Cronbach.

	Muestra I	Muestra II	Muestra III
Total .91	.95	.88	.79

6.3. Análisis de los resultados.

Inicialmente se trató de comprobar si los distintos orígenes de los estudiantes, argentinos pertenecientes a cultura latina, o americanos pertenecientes a cultura sajona, inciden en sus niveles de ansiedad. Al encontrar diferencias significativas entre los grupos surgió la hipótesis de que si el hallazgo podría depender del modo de recolección electrónico. Para tratar de resolver dicha cuestión, la siguiente comparación se realizó por idioma de la muestra. Al seguir persistiendo diferencia significativa entre los estudiantes argentinos y estadounidenses, se decidió hacer la comparación entre los tres grupos en que se había dividido la muestra de 405 sujetos, es decir Web inglés, Web castellano y presencial castellano. Al persistir claramente las diferencias por idioma de la muestra, las comparaciones por sexo, edad y carrera se realizaron comparando las respuestas entre

sujetos que contestan en inglés o castellano, pero en todos los casos se hizo una comparación en castellano para monitorear si la forma de recolección incide en la información recogida.

6.3.1. Análisis de los resultados según el idioma de los participantes. Web inglés versus Web castellano y castellano presencial.

Se realizó el agrupamiento de los sujetos según idioma de la muestra (Gráfico 13).

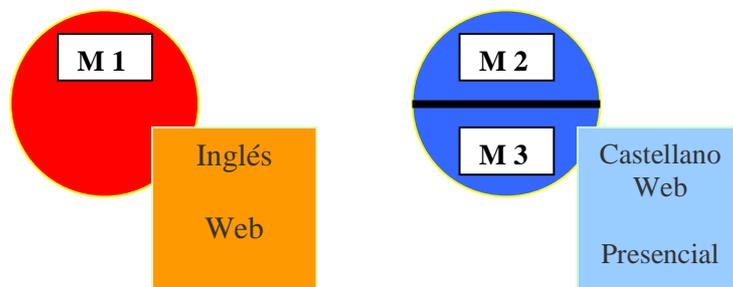


Gráfico 13. Idioma de la Muestra

Con el objetivo de estudiar las posibles diferencias entre los participantes que responden a las técnicas en distintos idiomas, se aplicó la prueba t de Student (Tabla 20) para evaluar si los dos grupos diferían entre sí de manera significativa respecto a sus medias (Sampieri, 1994).

Tabla 20. Prueba t de Student correspondiente a las medias y desviaciones estándar en el SIAS, BAI, BDI II, en castellano y en inglés.

Idioma de la muestra	Castellano		Inglés		t	p
	M	DE	M	DE		
SIAS	23.62	9.26	34.89	15.57	-8.93	.000
BAI	12.16	8.91	18.25	13.55	-5.31	.000
BDI II	12.98	9.23	19.55	16.61	-5.01	.000

Los resultados hallados indican que las diferencias de medias encontradas son estadísticamente significativas a un nivel menor a .000. Los estudiantes estadounidenses de la muestra presentan índices significativamente mayores de fobia social, ansiedad y depresión que los estudiantes argentinos.

Para evaluar el trastorno de pánico se aplicó análisis múltiple de varianza (MANOVA) (Sampieri, 1994) para comprobar si los dos grupos difieren entre si de manera significativa en los tres tipos de ansiedad involucradas. Como se indicó en el capítulo de materiales y métodos, el instrumento APPQ refiere tres factores de ansiedad: agorafobia, fobia social e interoceptiva, que constituyen los elementos presentes en el trastorno de pánico, según los autores (Rapee, Craske y Barlow, 1995). Se obtuvo una F de Hotelling significativa ($F(9,39) \text{ de Hotelling} = 5.165; p = .000$), que indica diferencias entre los perfiles de ansiedad de los grupos según idioma (Tabla 21). Cuando se estudiaron los contrastes para cada tipo de ansiedad, se encontró que los estudiantes estadounidenses de la muestra presentan índices significativamente mayores de fobia social e interoceptiva que los estudiantes argentinos.

Tabla 21. Análisis múltiple de varianza correspondiente a las medias en el APPQ en castellano e inglés.

	Castellano		Inglés		F (3,385)	p
	M	DE	M	DE		
Agorafobia	1.282	.076	1.541	.105	1.48	.219
Fobia social	1.443	.088	2.362	.123	12.45	.000
Interoceptivo	.750	.061	1.122	.085	4.58	.004

6.3.2. Recolección Web versus presencial.

Se realizó el agrupamiento de los sujetos según método de recolección de la muestra (Gráfico 14).

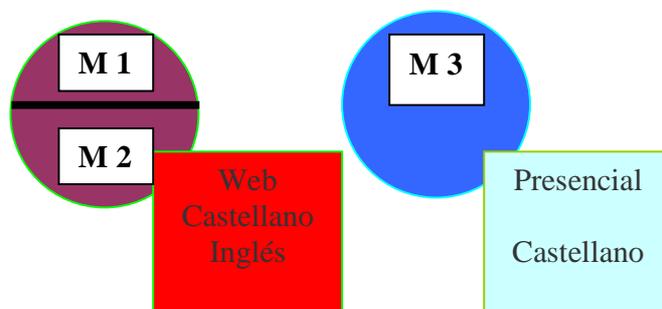


Gráfico 14. Forma de Recolección

Se aplicó la prueba t de Student para comparar las medias obtenidas por los estudiantes según la forma de recolección (Tabla 22) Web vs presencial en las pruebas SIAS, BAI. Y BDI II.

Tabla 22. Prueba t de Student correspondiente a las medias en el SIAS, BAI y BDI II, según forma de recolección Web o Presencial.

	Web		Presencial		t	P
	M	DE	M	DE		
SIAS	29.21	13.93	23.01	8.85	4.71	.000
BAI	14.64	11.50	12.53	9.81	1.82	.069
BDI II	16.24	14.08	12.21	7.58	3.11	.000

Los estudiantes que respondieron electrónicamente contestando los cuestionarios a través de la Web presentaron significativamente más fobia social y depresión.

En el caso del APPQ se realizó un MANOVA. El F de Hotelling ($F(9,39)$ de Hotelling = 7.072; $p = .000$) indica que hay diferencias significativas en el perfil de ansiedad, entre los estudiantes que responden por la Web y los que lo hacen en forma presencia (Tabla 23).

Cuando se estudiaron los contrastes para cada tipo de ansiedad, se encontró que los estudiantes de la muestra de la Web presentan índices significativamente mayores de fobia social e interoceptiva, que aquellos estudiantes que respondieron en forma presencial.

Tabla 23. APPQ. Análisis múltiple de varianza. Recolección Web y Presencial.

	Presencial		Web		F(1,398)	p
	M	DE	M	DE		
Agorafobia	1.19	.90	1.44	1.31	3.47	.063
Fobia social	1.25	.94	1.94	1.60	19.45	.000
Interoceptivo	.71	.64	.97	1.09	6.06	.014

6.3.3. Comparación por el idioma de la muestra y por formas de recolección de respuesta.

. Se realizó una comparación de los resultados de las respuestas de los sujetos tanto por idioma como por método de recolección para observar similitudes y diferencias entre las mismas.

La única diferencia hallada se encuentra en el BAI, en la forma Web versus presencial, donde los niveles de ansiedad no alcanzan valores estadísticamente significativos (Tabla 24).

Tabla 24. Comparación de los resultados por cuestionarios en idioma de la muestra y en formas de recolección.

	SIAS	BAI	APPQ Interoceptica	APPQ Agorafobia	APPQ Fobias social	BDI II
Web/ Presencial	<.000	+ (no sig)	<.000	+ (no sig)	< .000	<.000
Inglés/ Castellano	<.000	<.000	<.000	+ (no sig)	<.000	<.000

6.3.4. Recolección Web inglés versus recolección Web castellano versus recolección presencial sobre todas las pruebas de ansiedad y depresión.

Se compararon los tres grupos de sujetos entre si (Gráfico 15)

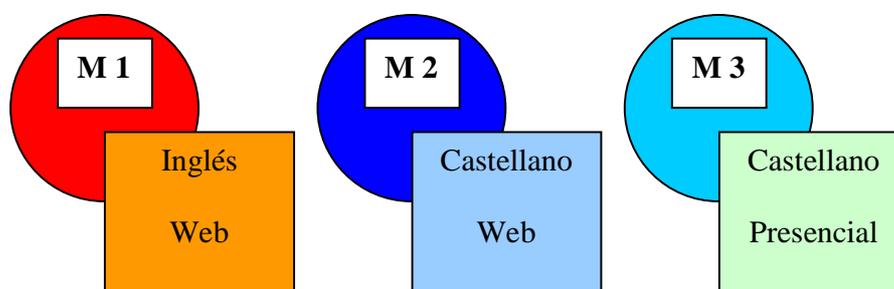


Gráfico15. Comparación entre muestras.

Se aplicó análisis múltiple de varianza para estudiar los perfiles de ansiedad y depresión en los tres grupos (Web ingles versus Web castellano versus presencial) (F (9,39) de Hotelling = 5,559; p =.000) (Tabla 25).

Tabla 25. Análisis múltiple de varianza correspondiente a las medias sobre los cuatro instrumentos en todas las formas de recolección.

	Web inglés		Web Castellano		Presencial Castellano		M1- M2	M1- M3	M2- M3	F (2,316)	P
	M 1	DE1	M 2	DE2	M 3	DE 3					
SIAS	8.021	1.771	.849	1.830	8.871	1.762	.000	.000	.904	15.744	.000
BAI	5.692	1.463	1.134	1.512	6.827	1.456	.001	.000	.755	12.868	.000
APPQ	11.709	3.582	7.236	3.702	18.945	3.563	.005	.000	.150	14.542	.000
BDIII	4.645	1.643	2.016	1.698	6.662	1.635	.005	.000	.495	8.860	.000

Es evidente que las diferencias observadas dependen del idioma de la muestra, independientemente de la forma de recolección utilizada, ya que en todas las pruebas se encuentran diferencias significativas entre inglés y castellano en sus dos formas, Web o presencial, pero no hay diferencias significativas en las respuestas de los estudiantes argentinos cuando responden en una u otra forma (presencial versus Web). La muestra en inglés se identificaría con la cultura sajona, mientras que la muestra en castellano se identificaría con la cultura latina, por lo que podría pensarse que las diferencias son culturales y no por forma de recolección.

6.4. Diferencia por sexo.

6.4.1. Administración Web.

Fijando la Web como tipo de administración en nuestra investigación, no hallamos diferencias en los niveles de fobia social, de ansiedad ni en depresión, por sexo.

(Tabla 26)

Tabla 26. Prueba t de Student correspondiente a las medias en el SIAS, BAI, BDI II según diferencia por sexo en administración Web.

	Web masc	Web masc	Web fem	Web fem		
	M	DE	ME	DE	t	p
SIAS	24.575	14.350	26.790	15.772	-1.127	.261
BAI	13.973	11.484	15.986	11.858	-1.363	.174
BDI II	14.625	12.698	17.934	14.840	-4.125	.063

Con respecto al trastorno de pánico (Tabla 27) se utilizó MANOVA, encontrándose una $F(9,39)$ de Hotelling = 22.906; $p = .000$) que indica diferencias en el trastorno de pánico entre ambos sexos.

Tabla 27. Análisis múltiple de varianza correspondiente a las medias en el APPQ, según diferencia por sexo en administración Web.

	Web masculino		Web femenino		F(1,264)	p
	M	DE	M	DE		
Agorafobia	.866	.111	1.930	.100	74.472	.000
Fobia social	1.799	.146	2.106	.132	6.195	.120
Interoceptivo	.777	.100	1.128	.090	8.067	.010

Los análisis univariados indican que las mujeres presentan significativamente más agorafobia y ansiedad interoceptiva que los varones.

6.4.2. Diferencias por sexo en Web castellano y presencial.

Se realizaron comparaciones entre sexos, en un mismo idioma, castellano, sin distinguir modo de recolección. Se aplicó la prueba t de diferencias de medias para estudiar las diferencias entre sexos en el SIAS, BAI, BDI II. (Tabla 28). Se hallaron diferencias significativas en ansiedad y depresión.

Tabla 28. Prueba t de Student correspondiente a las medias en el SIAS, BAI y BDI II; diferencia por sexo, en castellano.

	Castellano masculino		Castellano femenino		t	p
	M	DE	M	DE		
SIAS	19.990	8.383	21.698	11.759	-1.263	.208
BAI	10.588	7.471	12.896	9.263	-2.093	.037
BDI II	11.801	7.382	14.132	9.794	-2.039	.043

Para el estudio de las diferencias por sexo en el trastorno de pánico, en sus diferentes tipos de ansiedad, se utilizó MANOVA, resultando que existen diferencias significativas entre varones y mujeres en este trastorno en general (Tabla 29). $F(9,39)$ de Hotelling = 12.163; $p=.000$. Los análisis univariados indicaron diferencias significativas en agorafobia y ansiedad interoceptiva.

Tabla 29. Análisis múltiple de varianza correspondiente a las medias en el APPQ, diferencia por sexo, en castellano.

	Castellano masculino		Castellano femenino		F(1,252)	p
	M	DE	M	DE		
Agorafobia	.877	.095	1.584	.084	30.891	.000
Fobia social	1.290	.109	1.458	.097	1.793	.182
Interoceptivo	.645	.065	.835	.593	4.560	.034

En resumen, se halló que las mujeres presentan significativamente más ansiedad y depresión que los varones. También en el trastorno de pánico las diferencias fueron significativas.

6.5. Edad.

Se estudió la influencia de la edad y el tipo de administración sobre las diferentes pruebas de ansiedad y depresión. Sólo se encontró una diferencia significativa en el SIAS en la recolección Web. Los mayores son más ansiosos.

6.5.1. Edad sobre las pruebas en la muestra WEB.

Se aplicó la prueba t de diferencias de medias para estudiar el comportamiento por grupo de edad 18-24 y 25 o más años en el SIAS, BAI, BDI II. (Tabla 30).

Tabla 30. Prueba t de Student correspondiente a las medias en el SIAS, BAI, APPQ, y BDI II, según edad, recolección Web.

Edad	18-24 años		25 o más años		t	p
	M	DE	M	DE		
SIAS	23.730	14.768	30.148	15.044	-3.083	.002
BAI	14.641	11.653	16.097	11.850	-.927	.355
APPQ	37.449	30.910	44.318	30.166	-1.719	.087
BDI II	15.880	14.174	17.597	13.613	-.910	.364

6.5.2. Edad sobre las pruebas en la muestra en castellano.

Se realizaron pruebas t de diferencias de medias para comparar dos grupo de edad (18-24 y 25 o más años), en idioma castellano, en el SIAS, BAI, APPQ y BDI II. . (Ver tabla 31).

Tabla 31. Prueba t de Student correspondiente a las medias en el SIAS, BAI, APPQ y BDI II, según edad en castellano.

Edad	18-24 años		25 ó más años		t	p
	M	DE	M	DE		
SIAS	20.644	9.700	21.763	12.283	-.701	.484
BAI	11.562	7.584	12.894	11.237	-1.026	.306
APPQ	31.224	20.578	29.697	25.811	.484	.629
BDI II	13.000	9.001	13.442	8.564	-.336	.737

6.5.3. Edad. Influencia de la forma de administración.

Se estudió la influencia de la forma de administración y la edad de los sujetos (Tabla 32).

Tabla 32. Edad de los participantes y forma de administración en SIAS.
Análisis factorial de la variancia.

	F (1.355)	p
Administración	22.279	.000
Edad	1.142	.286
Edad + administración	7.977	.005

6.6. Diferencias por carrera.

6.6.1. Diferencias por carrera administración Web.

Para estudiar la influencia de las diferentes carreras sobre las diferentes pruebas de ansiedad y depresión se realizaron cuatro análisis de variancia multigrupo y contrastes post hoc. (Tabla 33). No se hallaron diferencias significativas entre carreras.

Tabla 33. Medias, DE, F, y valores de p de los contrastes de las carreras universitarias, sobre los cuatro instrumentos en recolección Web.

	Agricultura		Salud		Exactas		Sociales								F	p
	M 1	DE 1	M 2	DE 2	M 3	DE 3	M 4	DE 4	M1-	M1-	M1-	M2-	M2-	M3-		
									M2	M3	M4	M3	M4	M4		
SIAS	25.00	12.74	31.01	13.91	33.24	15.58	27.53	13.43	.92	.90	.96	.30	.99	.40	1.33	.26
BAI	13.17	8.45	14.61	11.78	18.40	13.14	14.10	11.13	.52	.07	.67	.29	.97	.16	2.63	.05
APPQ	37.80	24.20	43.23	34.35	47.88	35.61	38.32	26.61	.55	.98	.59	.74	.99	.79	1.04	.37
BDI II	17.05	12.14	15.98	14.32	20.07	14.02	15.00	14.38	.99	.40	.94	.20	.89	.43	1.66	.17

6.6.2. Diferencias por carrera de los que respondieron en castellano

Para estudiar la influencia del tipo de carrera sobre las diferentes pruebas de ansiedad y depresión, en idioma castellano Web y presencial, se realizaron análisis de variancia multigrupo y contrastes post hoc (Tabla 34). Se halló sólo una diferencia significativa entre carreras.

Tabla 34. Medias, DE, F, y valores de p de los contrastes de las carreras universitarias sobre los cuatro instrumentos en recolección en castellano Web y presencial

	Agricultura		Salud		Exactas		Sociales								F	P
	M 1	DE1	M 2	DE 2	M 3	DE 3	M 4	DE 4	M1-	M1-	M1-	M2-	M2-	M3-		
									M2	M3	M4	M3	M4	M4		
SIAS	24	7.83	23.92	6.80	25.90	8.87	23.17	9.49	1.0	.86	.72	.89	.82	.99	.708	.548
BAI	14.24	10.16	10.65	11.73	12.20	9.81	12.39	9.05	.56	.96	.96	.99	.68	.99	.763	.516
APPQ	35.71	22.11	52.46	14.98	31.20	20.86	30.28	22.11	.04	.77	.62	.07	.19	.39	3.93	.009
BDI II	13.63	7.05	13.46	9.45	14.20	9.27	12.70	9.45	.06	.09	.57	.35	.99	.25	2.37	.071

Se hallaron diferencias significativas sólo en el trastorno de pánico, entre los estudiantes de las carreras de agricultura y salud, siendo estos últimos significativamente más altos.

6.7. Correlaciones.

La covariación entre dos constructos implica su relación. En las tres muestras se observa una correlación significativa al nivel 0.01 entre los resultados de los cuestionarios BAI y BDI II (Tabla 35).

Tabla 35. Correlaciones Muestra I, Muestra II y Muestra III.

		Muestra I		Muestra II		Muestra III	
		Puntaje total					
		BAI	BDI II	BAI	BDI II	BAI	BDI II
Puntaje total BAI	Correlación de Pearson	1	.676(**)	1	.517(**)	1	.348(**)
	Sig. (bilat)		.000		.000		.000
Puntaje total BDI II	Correlación de Pearson	.676(**)	1	.517(**)	1	.348(**)	1
	Sig. (bilat)	.000		.000		.000	

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

6. 8. Niveles de ansiedad y depresión de la muestra.

En la muestra estudiada se halló, según las categorías en el cuestionario BAI, que el 32,9 % de los universitarios que participaron de la investigación estaban libres de manifestaciones ansiosas (Tabla 36).

Según las categorías en el cuestionario BDI II, el 43,3 % de los universitarios que participaron de la investigación estaba libre de manifestaciones depresivas (Tabla 37).

Tabla 36. Nivel de ansiedad en la muestra total según categorías BAI.

	Frecuencia	Porcentaje
1 Nivel Mínimo	133	32.9
2 Suave	128	31.7
3 Moderada	86	21.3
4 Severa	57	14.1

N = 405

Tabla 37. Nivel de depresión en la muestra total según categorías BDI II

	Frecuencia	Porcentaje
1 No Depresión	175	43.3
2 Leve	111	27.5
3 Moderada	77	19.1
4 Grave	41	10.1

N = 405

Capítulo 7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

7.1. Validez y fiabilidad.

Como surge de los datos consignados en el capítulo 6, Análisis de Datos, los cuatro instrumentos utilizados en esta investigación, tanto en su versión en inglés como en castellano, mostraron una fiabilidad y validez aceptables.

7.2. Comparaciones entre muestras.

7.2.1. Idioma de la muestra. Castellano versus inglés.

Se analizarán las diferencias encontradas entre muestras por idioma de respuesta (Gráfico 16).

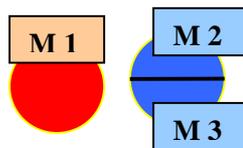


Grafico 16. Idioma de de la muestra.

El tratamiento y análisis de los resultados estadísticos de los cuatro cuestionarios en las tres muestras indican que los niveles de ansiedad y depresión son consistentemente mayores para la recolección Web inglés que para la recolección electrónica o presencial realizada en castellano. Los resultados indican que hay diferencias significativas en los cuatro cuestionarios entre los que responden en inglés y los que responden en castellano, cualquiera sea la modalidad de respuesta.

Las diferencias halladas no deberían ser atribuibles al método de recolección sino a los diferentes orígenes culturales de las muestras, cultura latina y sajona, como se tratará de justificar en el apartado siguiente. Las muestras que pertenecen a la cultura latina, recogidas

en castellano por diversos métodos, electrónico y presencial, no presentan diferencias estadísticamente significativas entre sí.

Los datos de la muestra indican que el perfil ansioso y depresivo es significativamente diferente entre los sujetos estadounidenses y los argentinos.

Se encontró en esta investigación (muestra Web inglés) que los estudiantes de habla inglesa son significativamente más fóbicos sociales, ansiosos y depresivos que los de habla castellana (muestra Web castellano y presencial). La muestra estadounidense, en cuanto al trastorno de pánico, analizado según sus componentes teóricos aceptados en esta investigación, presentan significativamente más fobia social e interoceptiva, a pesar de que en otras investigaciones se menciona que la cultura latina tiende a tener una expresión más somática en sus manifestaciones (Roberts,1992).

Las posibles interpretaciones de dicha diferencia son: I- Contexto histórico al momento de la recolección de los datos. II- Diferencias entre la cultura sajona y latina, por ejemplo en las formas de relación familiar.

I- Contexto histórico: la recolección realizada en los EEUU fue hecha a los pocos meses de haber sufrido el atentado terrorista más grande de su historia, conocido como Las Torres Gemelas, ocurrido en Nueva York. En Argentina hacia pocos meses que se había declarado la mayor crisis financiera y social de su historia. Estos dos hechos trascendentes y a la vez fortuitos, por impensados cuando se diseñó esta investigación, posicionan a la psicología ante el reto de enfrentarse a las patologías que emergen o son consecuencia de la implosión del mundo externo en el interno. La nueva situación histórico-social imperante a nivel mundial impacta en el psiquismo; las nuevas formas de agresión, como terrorismo y violencia urbana, se conforman como un reto permanente para su conceptualización.

Una de las posibles causas por la cual la muestra de habla inglesa presenta mayores signos de ansiedad podría tener cierta relación con el ataque terrorista sufrido a las Torres Gemelas. Numerosos estudios indican un aumento de ansiedad en la población americana, no siendo requisito indispensable el haber vivido en Nueva York en el preciso momento del atentado (Murphy, Wismar y Freeman, 2003; Silver, Holman, McIntosh, Poulin y Gil-Rivas, 2002). A partir del ataque se ha forjado sostenidamente la idea de la guerra y del constante peligro terrorista con la inclusión de la propia muerte (Pyszczynski, Solomon y Greemberg, 2003).

Si bien este episodio puede haber potenciado el proceso, hay indicadores previos de que el nivel de ansiedad en los EE.UU. ha ido creciendo sostenidamente a partir del año 1950 en adelante, alimentado fundamentalmente por dos motivos: a- sensación de peligro del entorno, b- disminución de los vínculos afectivos con aislamiento del individuo (Manisses Communications Group, 2001).

Según Putnam (2000), refiriéndose al concepto de capital social, en las últimas décadas hay notorias evidencias de su declinación en la sociedad americana; fundamentalmente en términos de vínculos sociales, organizaciones no gubernamentales, obediencia a normas, confianza y cooperación entre las personas para mutuo beneficio. Esta disminución del capital social, como se ha dado en llamar, tiene consecuencias diversas en la educación, la economía y la salud del individuo. Un dato ilustrativo es la disminución de pertenencia a ligas o clubes deportivos y el aumentado de la participación individual. Si se toma como ejemplo el bowling, entre los años 1980 y 1993 aumentó el número de jugadores individuales en un diez por ciento pero la participación en ligas disminuyó un cuarenta por ciento, registrándose una declinación de pertenencia a instituciones a un cuarto en los últimos veinticinco años. Este fenómeno de atomización de la red social se observa

también, en todos los niveles educativos. Conjuntamente, se describió una disminución en el grado de confianza al prójimo, que cayó a un tercio entre los años 1960 y 1993. Es interesante observar que en la evaluación por edad, los más jóvenes son más desconfiados que los mayores, es decir que cuanto más joven se es, más desconfía de su vecino. Una de las posibles causas que podría haber incidido para que esta transformación ocurra, es la tecnológica, que facilita la adquisición de bienes, el trabajo y el entretenimiento tecnológico individual desde la casa, pero que al mismo tiempo aísla del contacto real con otro ser humano, dificultando la interacción social (Putnam, 2000).

A pesar de que la muestra argentina fue recogida después de la crisis económica más grande de la historia del país, se puede pensar que el no haberse reflejado en ella índices de ansiedad superiores a la muestra americana, está en consonancia con investigaciones que indican que la variable económica no está relacionada con la satisfacción en la vida. La Argentina, al igual que Brasil, a pesar de atravesar por situaciones económicas graves, parecería sustentar valores culturales de cohesión familiar y social que la ayudarían a soportar dichas presiones (Avila y Vazques, 1998; Seligman, 2003).

II- Diferencias entre la cultura sajona y latina, formas de relación familiar. La cultura sajona, en esta investigación representada por los EEUU, en general incentiva la idea de independencia temprana de los hijos, bajo la premisa de que deben valerse por sí mismos y ser creativos, retirando en forma más temprana el apoyo brindado por la familia cuando el hijo cumple la mayoría de edad. Este desprendimiento hace que el comportamiento de los hijos hacia los padres sea de desapego. En la cultura latina, en esta investigación representada por Argentina, en cambio, la ayuda a los hijos se prolonga, largamente después de que cumplen la mayoría de edad, y aún casados, persistiendo un mayor apego entre los miembros de la familia.

Los modos culturales estadounidenses requieren del adolescente que deje el hogar parental alrededor de los 18 años y comience su vida en forma independiente, estudiando lejos del hogar. Una encuesta realizada por la Universidad de California en Los Angeles, sobre estudiantes universitarios ingresantes entre los años 1998 al 2001, indicó aumento de las capacidades para manejarse por computadora, menor interés académico, aumento de los procesos ansiosos, consumo de alcohol y sentimientos de estar sobre exigidos o deprimidos (The CIRP Freshman Surveys, 2002).

El modo cultural argentino, por su parte, favorece la permanencia del adolescente en el hogar por un tiempo más prolongado, siendo habitual que el joven, especialmente de Buenos Aires, viva con sus padres durante el transcurso de su carrera universitaria y aún después de finalizada la misma. El favorecimiento de fuertes vínculos familiares podría ser uno de los elementos protectores para disminuir el desarrollo de los procesos ansiosos y depresivos.

Un estudio realizado sobre las formas de apego romántico en estudiantes universitarios (Schmitt, Nader y Casullo, 2003), indicó que Argentina posee el mayor índice de toda América en forma de apego seguro, referido fundamentalmente a experiencias tempranas que impactan sobre sentimientos de seguridad, mérito y confianza interpersonal. Es importante consignar que dicho autor menciona que el estilo de apego es producto o está relacionado decisivamente con la cultura a la que se pertenece.

7.2.2. Formas de recolección. Recolección Web (castellano e inglés) versus Presencial (castellano).

Se analizarán las diferencias encontradas entre muestras por forma de recolección de respuesta (Gráfico17).

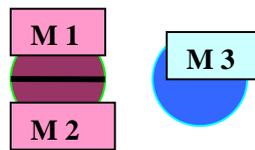


Gráfico 17. Formas de recolección.

En general, el perfil de ansiedad y de depresión es significativamente diferente entre los estudiantes que contestan en forma electrónica de aquéllos que lo hicieron en forma presencial .Los valores obtenidos indican que:

- 1- SIAS: estudiantes que responden electrónicamente presentan significativamente más fobia social.
- 2- BAI: si bien las diferencias no son significativas, los estudiantes que responden por la Web tienden a ser más ansiosos.
- 3- APPQ: aquellos estudiantes universitarios que contestan electrónicamente presentan significativamente más trastorno de pánico, en especial fobia social e interoceptiva.
- 4- BDI II: estudiantes que responden electrónicamente presentan significativamente más depresión.

Cuando se comparan los resultados obtenidos por los sujetos que contestan en forma electrónica y presencial, es decir (Web inglés y castellano versus castellano presencial) con los resultados obtenidos haciendo una división por idioma de la muestra, es decir (Web inglés versus castellano Web y presencial) llama la atención el perfil significativamente diferente entre los sujetos que contestan electrónicamente de aquellos que lo hacen en forma presencial. A primera vista, esta divergencia podría adjudicarse a las distintas formas de recolección muestral. Pero si la comparación la hacemos por idioma de la

muestra, es decir inglés versus castellano, observamos que los resultados son iguales salvo en el BAI donde la recolección Web indica más ansiedad, pero no significativamente, hecho éste que podría deberse al efecto compensatorio de los latinos que responden en forma electrónica (Tabla 26).

Pensamos que las diferencias que encontramos son atribuibles a la cultura y no al método de recolección. Como ya fue expuesto anteriormente, parecería que la cultura latina con los vínculos familiares más cercanos ejercería un efecto protector.

Se han hallado sólo dos diferencias atribuibles a la forma de administración. En la recolección electrónica se observan diferencias significativas con respecto a la edad de los participantes en cuanto a la fobia social. Este tema será tratado más extensamente en el punto 7.2.4. sobre influencia de la edad. También en cuanto al género, en la recolección electrónica no se observan diferencias entre los hombres y las mujeres en cuanto sus niveles de ansiedad y depresión. Este tema será tratado más extensamente en el punto 7.2.3. sobre incidencia por género.

7.2.3. Incidencia por género.

En la muestra en castellano de nuestra investigación se observa que, a pesar de las diversas formas de recolección, electrónica o presencial, consistentemente el perfil ansioso y depresivo es significativamente diferente entre varones y mujeres, presentando las mujeres mayor nivel de trastorno. Estos hallazgos son coincidentes con investigaciones tradicionales que afirmaban que la ansiedad y la depresión están más presente en la mujer que en el hombre, salvo algunas pocas excepciones como la fobia social donde no se consignan diferencias por sexo (American Psychiatric Association, 1994; Ballenger y cols,

2001; Davidson, Hughes, George y Blazer, 1993; Kessler y cols, 1994; Marks, 1970; Sandín, 1995).

Cuando se fija la forma de administración, observando sólo a los que respondieron por la Web, se obtiene una única diferencia significativa a favor de las mujeres, en el trastorno de pánico. Los niveles de ansiedad y depresión, no alcanzan diferencias significativas. Aunque este hallazgo aparentemente no coincide con las publicaciones recién mencionadas, comienzan a difundirse estudios que indican que las diferencias por género desaparecen en situaciones especiales tales como cuando se comparan varones y mujeres en aprendizaje realizado vía electrónica (Meng-Jung Tsai, Bethel y Huntsberger, 1999; Zhang, 2002). Para explicar la falta de diferencia de los valores de ansiedad por género se debería tomar en cuenta que cuando se trabaja con recolección electrónica no sólo comprobamos la utilidad de un método de obtención de muestras sino que apenas nos asomamos a la comprensión de la compleja relación entre la tecnología, la sociedad y el efecto en el individuo. En especial en los EEUU la computadora no es sólo un instrumento sino es un campo de aprendizaje en sí mismo que cada estudiante tiene necesariamente que dominar para evitar ser analfabeto electrónico (International Technology Education Association, 1996). Este documento tenía por objetivo sentar las bases para aspirar a instruir a todos los alumnos ya al nivel secundario en el manejo de la computadora en profundidad, tanto en sus aspectos constitutivos, sistemas operativos y manejo de programas. Este formato de incorporar conocimiento produce nuevos contextos donde la experiencia de aprendizaje con computadora debe ser la principal actividad en la clase. Se requeriría no sólo capacidades de manejo de la computación sino también una actitud sin ansiedad frente a esta tecnología. Como surge de lo antedicho esto implicaría no sólo aspectos cognitivos, sino también afectivos con la necesidad de desarrollar sentimientos positivos hacia el uso de dicha

tecnología (Turk y Wiley, 1997; McInerney y cols, 1997; Turner, Sweany y Husman, 1998). Estudios realizados en población estudiantil indicarían que en los aprendizajes realizados en forma electrónica, cuando se procesa información extensa, son los hombres los que evidencian más ansiedad que las mujeres. La mujer puede conectarse más con el placer, el hombre con la exigencia (Meng-Jung Tsai, Bethel y Huntsberger, 1999, Zhang, 2002). Dentro de ese escenario, es posible que el elemento que podría estar manifestándose para que en la muestra Web no se hallen diferencias por sexo sería el aumento de la ansiedad en el hombre cuando realiza tareas que requieren atención por computadora; ejemplo, contestar los cuestionarios de esta investigación.

La falta de diferencia significativa por género en depresión podría atribuirse a la metodología aplicada en la recolección. Se podría pensar que el hombre se expresa con más sinceridad en el medio electrónico manifestando sus estados emocionales. A su vez, en la muestra presencial podría verse el efecto de deseabilidad social de respuesta (Hogan, 2003), que podría estar modificando el grado de franqueza en la respuesta a los cuestionarios en papel. La preocupación del disimulo de las emociones por parte del hombre en una sociedad tan competitiva como la americana, ha llevado al Instituto de Salud Mental de los EE.UU. (NIMH) a realizar una campaña de concientización de los síntomas de depresión en el hombre llamada Hombres Reales. Depresión Real, *Real Men. Real Depression*, con el objetivo de ilustrar sobre los síntomas del padecimiento y propiciar la consulta temprana (<http://menanddepression.nimh.nih.gov/>,2005).

7.2.3.1. Incidencia por género. Resultados de los cuestionarios en la recolección electrónica.

Los puntajes obtenidos por los sujetos en los diversos cuestionarios indican que:

- 1- En el SIAS no se registra diferencia por sexo. Si bien en la bibliografía hay

coincidencia sobre que la mujer presenta más ansiedad que el hombre, se hace la salvedad que en la fobia social no se observa dicha diferencia {Sandín, 1995 127 /id}. En nuestra investigación coincidimos con estos hallazgos. Sólo el tipo de administración tiene influencia significativa en la fobia social.

2- En el BAI las mujeres evidencian una tendencia no significativa a tener más ansiedad. Este resultado no es totalmente coincidente con otras investigaciones que señalan consistentemente la presencia de mayor ansiedad en el sexo femenino (American Psychiatric Association, 1994; Ballenger y cols. 2001, Beck, Steer, Brown, Eidelson y Riskind, 1987; Lepine, 2001). Esta aparente discrepancia ya fue explicada anteriormente

3- En el APPQ las mujeres tienen significativamente más trastorno de pánico. Dentro de la información sobre los componentes ansiosos, que se obtiene con la administración de este cuestionario, se observa que las mujeres presentan más agorafobia y más ansiedad interoceptiva. Nuestra investigación coincide ampliamente con los resultados obtenidos en otras investigaciones en cuanto a que el trastorno de pánico es sufrido más por la mujer (American Psychiatric Association, 1994; Kessler y cols, 1996). Como ya se mencionó anteriormente, el instrumento utilizado, el APPQ, distingue tres factores del trastorno de pánico, fobia social, agorafobia e interoceptiva; también coincidiendo con la bibliografía, no hay diferencia por género en cuanto a la fobia social, pero si en el resto de las fobias: agorafobia e interoceptiva.

4- En el BDI II, las mujeres evidencian sólo una tendencia no significativa a tener más depresión. Este resultado no es coincidente con otras investigaciones que señalan consistentemente la presencia de mayor depresión en el sexo femenino (American Psychiatric Association, 1994; Ballenger y cols. 2001, Beck, Steer, Brown, Eidelson y Riskind, 1987; Lepine, 2001). Esta aparente discrepancia ya fue explicada anteriormente.

7.2.3.2. Incidencia por género. Resultados de los cuestionarios en Web castellano y Presencial castellano.

Los puntajes obtenidos por los sujetos en los diversos cuestionarios indican que en general, el perfil ansioso es diferente entre ambos sexos. Las mujeres presentan niveles significativamente más altos de ansiedad que los varones.

1- En el SIAS no se registra diferencia por sexo.

2- En el BAI la mujer evidencia diferencia significativa en relación al hombre en cuanto a padecer más ansiedad.

3- En el APPQ las mujeres tienen significativamente más trastorno de pánico. Las mujeres presentan más agorafobias y más ansiedad interoceptiva.

4- En el BDI II la mujer evidencia diferencia significativa en relación al hombre en cuanto a padecer más depresión.

Los resultados encontrados, tomando en cuenta el idioma en castellano, coinciden con la mayoría de las publicaciones que mencionan una mayor tendencia de la mujer a sufrir más ansiedad, depresión y ataque de pánico que el hombre. Igualmente coincide con que no se hallaron diferencias por sexo en la fobia social (American Psychiatric Association, 1994; Ballenger y cols. 2001, Beck, Steer, Brown, Eidelson y Riskind, 1987; Lepine, 2001).

7.2.4. Incidencia por edad.

1. La fobia social fue descrita por primera vez por Marks (1970) y luego incorporada al DSM III (American Psychiatric Association, 1980). Entre los elementos más distintivos del padecimiento se menciona miedo persistente de la persona que se siente expuesta al posible escrutinio de otros y teme ser humillado por su actuación pública (Brown y cols, 1997; Heimberg, Mueller, Holt, Hoppe y Liebowitz, 1992. Tradicionalmente, se distinguen

dos tipos de conductas que producen la sensación fóbica: I- situaciones en la interacción social con los otros. II- situaciones en que el individuo será observado por otros. El SIAS evalúa las situaciones fóbicas en la interacción social con los otros (Liebowitz, 1992). Un estudio epidemiológico mostró que más del 13 % de la población sufre en algún momento de su vida fobia social. La incidencia del trastorno se calcula en un 2 % en población general (Kessler, 1994). Una característica especial de dicho trastorno es que no presenta diferencia por sexo, generalmente aparece en la adolescencia y disminuye con la edad (Heimberg, 1989). Una comorbilidad frecuente es trastorno de pánico con agorafobia. La diferencia entre ambos trastornos es que en el ataque de pánico se encuentra diferencia por sexo (Marks, 1970).

En el presente trabajo hallamos que hay una interacción estadísticamente significativa entre la edad y el tipo de administración, es decir que en la administración Web a más edad más fobia social y en la presencial a más edad menos fobia social. La bibliografía señala que la fobia social tiende a decrecer con la edad (American Psychiatric Association, 1994). En la recolección presencial, el formato de edad decreciente sigue las pautas de otras investigaciones. Sin embargo, creemos que el tipo de recolección electrónica favorece la participación voluntaria de sujetos que de otra forma probablemente rehusarían colaborar. Es dable pensar que aquellos sujetos con dicha tendencia colaboren voluntariamente a contestar los cuestionarios porque no tienen una gran exposición (American Psychiatric Association, 1994; Lepine, 2001; Sandín, 1995).

2- En el BAI no se encontraron diferencias en ansiedad a medida que aumenta la edad. Estos hallazgos no son coincidentes con los encontrados por Beck y Steer (1990), quienes afirman que el grupo con mayor ansiedad se encuentra entre los más jóvenes. Esta discrepancia podría deberse a diferencias metodológicas; por ejemplo, en nuestra

investigación se utilizaron estudiantes mientras Beck originalmente hace sus inferencias en muestra de pacientes ambulatorios.

3- Según el APPQ presentan más trastorno de pánico los participantes mayores de la muestra. Este hallazgo coincide con otros estudios (American Psychiatric Association, 1994; Lepine, 2001; Sandín, 1995)...

4- En el BDI II presentan más depresión los participantes mayores de la muestra. Estos hallazgos son coincidentes con otros estudios (American Psychiatric Association, 1994; Beck, Steer y Brown, 1996; Lepine, 2001), que afirman que la edad de comienzo de la depresión en la mayoría de las naciones se concentra alrededor de la parte final de la segunda década de vida.

7.2.5. Diferencia por carrera.

7.2.5.1. *Diferencia por carrera en la recolección Web.*

En la recolección electrónica se halló que el tipo de carrera sólo influye significativamente en la ansiedad medida por el BAI. Al estudiar los contrastes post hoc se halló una tendencia no significativa de los estudiantes de la carrera de ciencias exactas a experimentar más ansiedad que los estudiantes de agricultura.

7.2.5.2. *Diferencia por carrera. Web castellano y Presencial castellano.*

Se hallaron diferencias significativas por carrera en el trastorno de pánico (APPQ) entre los estudiantes de las carreras de agricultura y salud, siendo estos últimos significativamente más altos.

Es conocido que el ámbito universitario constituye un lugar en que son puestas en juego las competencias y habilidades en un continuo proceso de adaptación activa para alcanzar objetivos en un plazo establecido por la duración de la carrera. En los estudiantes de una

carrera universitaria la depresión se asocia a experiencias o sentimientos de fracaso académico. En la literatura existen dos opiniones no totalmente coincidentes. Para un grupo de autores los procesos ansiosos y depresivos en estudiantes de la salud serían más frecuentes (Manelic y Ortega Soto, 1995; Mosley y cols, 1994), o más específicamente, que hay mayor estrés académico en los estudiantes de la salud (Coles, 1994; Vitaliano, Maiuro, Russo y Mitchell, 1989; Wolf, 1994). Otros estudios, coincidiendo con nuestros hallazgos, indicarían que en realidad no es que sólo los estudiantes de la salud sean los más propensos a manifestar dichas patologías, sino que ha habido un mayor número de estudios realizados sobre dicha población que en el resto de los estudiantes (Heins, Fahey y Leiden, 1984; Helmers, Danoff, Steinert, Lyton y Young, 1997). Un estudio reciente realizado en Argentina sobre estudiantes de Veterinaria indicó que el 39% de los encuestados presentaba signos de depresión (Cuenca, Almiron, Czernik y Marder, 2005).

7.2.6. Comorbilidad ansiedad con depresión.

Si recordamos lo ya mencionado en el capítulo 5 sobre materiales y métodos, acerca de que el constructo ansiedad es detectado a través del cuestionario BAI y el constructo depresión es detectado a través del cuestionario BDI II, en nuestra investigación se observa covariación entre ambos constructos entre .676 en la Muestra I, .517 en la Muestra II y .348 en la Muestra III. Este hallazgo coincide con numerosos estudios donde se habla de la comorbilidad ansiedad-depresión con porcentajes variables entre 40 % y 90 %, siendo esta la comorbilidad más frecuente de las patologías psiquiátricas (Andrade y cols, 1994; Fava y cols, 2000; Gorman, 1996; Kessler, 2000; Stein y Uhde, 1988; Vallejo, Gastó, Cardoner y Catalán, 2002).

7.2.6.1. Ansiedad y depresión en la muestra total.

Estudios epidemiológicos, como la Encuesta Nacional de Comorbilidad (Kessler y cols. 1994), señalan que el 17,2 % de la población ha padecido algún trastorno de ansiedad en el último año. En nuestra investigación el 14,1 % de la muestra presenta niveles de ansiedad grave detectada mediante el cuestionario BAI.

Según estudios realizados sobre depresión efectuado por la Organización Mundial de la Salud en los países en desarrollo, esta enfermedad constituye el cuarto problema de salud en importancia, con una morbilidad total de 3,4 %. Según las estimaciones realizadas en el estudio Global Burden of Disease, GBD, (Murray y López AD, 1996) sobre el costo social de enfermedades a nivel mundial, pronosticó para el año 2000, para todas las edades y ambos sexos, que 5,8 % de los hombres y 9,5 % de las mujeres experimentarían un episodio depresivo en un período de 12 meses, aunque este porcentaje podría variar de una población a otra. Se estimó también que para el año 2020, este trastorno podría ser la segunda causa de morbilidad en el mundo. Según el Estudio Territorial de Captación Epidemiológica (ETCE) liderado por Reiger y Kaelber.(1995) y la Encuesta Nacional de Comorbilidad (ENC) (Kessler, 1994), ambas realizadas en los Estados Unidos, en un período de 12 meses la prevalencia de depresión mayor en personas entre los 18 y 54 años de edad fue de 6,5 % y 10,1 % respectivamente para cada estudio En una réplica de la ENC efectuada entre febrero de 2001 y diciembre de 2002 se encontró una prevalencia de trastorno depresivo mayor de 6,6 % para los 12 meses previos. En nuestra investigación el 10,1 % de la muestra presenta niveles de depresión grave detectada con el cuestionario BDI II con valores similares a los consignados en la ENC.

7.3. Conclusiones y recomendaciones.

De los datos consignados surgen que hay diferencias significativas entre las respuestas recogidas mediante la Web en idioma inglés y las recogidas mediante la Web en castellano. Creemos que dichas diferencias pueden atribuirse a las distintas culturas de los sujetos y no a las formas de recolección de las muestras. El modo de recolección muestral electrónico o presencial no afectaría los resultados en la mayoría de los casos. Las únicas diferencias atribuibles al modo de recolección se encontrarían en la fobia social, ya que hubo mayor presencia de dicho trastorno entre los que contestan por Web para el grupo de mayor edad y en el género, en el que no se hallaron diferencias entre mujeres y varones en dicha forma de recolección.

Creemos que sería importante ahondar en esta novedosa línea de investigación utilizada en esta tesis, la recolección electrónica, ya que como fue consignado en el capítulo referido a la Internet, las primeras investigaciones realizadas por este medio fueron publicadas en 1996 por Welch y Krantz (1996). Teniendo en claro que el grupo que se desea estudiar debe tener la posibilidad de acceso a Internet, es decir que recorta la muestra, creemos que de los datos surge la posibilidad de incorporar la recolección muestral electrónica como otro formato útil. Es importante consignar la economía del método, factor crítico para investigaciones con restricciones presupuestarias y su utilidad para recoger datos a distancia, como en las investigaciones transculturales, llegando a un gran número de sujetos. Es interesante también prestar atención sobre cierta tendencia al sinceramiento esbozada por los participantes de esta investigación en el formato electrónico. Si bien el efecto de deseabilidad de respuesta es ampliamente conocido, creemos que el incorporar otras formas de recolección puede mejorar la sensibilidad de detección de respuestas en algunos grupos de sujetos, con fines de investigación o diagnóstico.

Otro aporte de los resultados de esta investigación sería alertar a las autoridades educativas acerca de la incidencia del trastorno ansioso y depresivo en la población universitaria, con los riesgos que esto conlleva para el estudiante como persona y para su capacidad de aprender afectando directamente el rendimiento escolar. Cabe consignar que en esta investigación, el 70 % de los estudiantes manifestaban diversos grados de ansiedad y el 60 % de los estudiantes manifestaban diversos grados de depresión.

Esto lleva a reflexionar sobre la importancia de ahondar en las campañas de detección temprana entre la población estudiantil, poniendo a los centros educativos como primera línea de prevención de dicho trastorno, funcionando como centros de detección y derivación temprana.

Dentro de esta misma línea creemos que la investigación llevada a cabo enriquece la disponibilidad de herramientas breves y muy económicas para uso masivo, con traducciones adaptadas a los modismos locales que facilitarían dicha tarea. De hecho, la combinación de un *screening* vía Internet de la población estudiantil más su adecuada derivación de ser necesaria, sería muy importante para la comunidad educativa. Podría organizarse a un costo excepcionalmente bajo el procedimiento para la detección de individuos en riesgo específico para su reconocimiento y derivación.

No ha sido el tema de esta tesis el trabajar con estudiantes extranjeros, ya que una de las características de inclusión de nuestros sujetos era la de ser nativos y estudiando en su país de origen, pero seguramente, guiándonos por la bibliografía, los índices de ansiedad y depresión serían superiores si le agregáramos el estrés de aculturación propia de los extranjeros. Tanto en EEUU como en Argentina hay un número importante de alumnos extranjeros en la matrícula universitaria, ellos presentarían potencialmente mayores riesgos

de sufrir las patologías anteriormente mencionadas. Esta investigación también intenta llamar la atención remarcando un concepto de la psicología transcultural: entender a la persona que tenemos delante y las circunstancias histórico-ambientales donde transcurre su existencia, como una forma de comprender el idioma del padecimiento. La cultura de origen de una persona en un determinado tiempo histórico hace a las formas de su padecimiento. Estos conceptos tienen aplicación directa sobre la práctica clínica, el terapeuta debe tenerlo completamente claro para poder comprender a ese otro ser que le está pidiendo ayuda. El marco cultural define, en parte, formas de ver la realidad, valores familiares, vínculos sociales; el terapeuta o el médico deben estar advertidos de tomar en cuenta, especialmente, dicha variable cultural para entender y ayudar de la mejor forma posible.

ANEXOS.

1. Presentación de página bilingüe Castellano-Inglés.



culturansia@culturansia.com.ar

2. Explicación de objetivos de la investigación en castellano.

Investigación transcultural sobre ansiedad y depresión

Programa Doctorado en Psicología.

Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina.

Lic. Lidia Menijes de Libertun.

Estimado estudiante:

Agradecemos su colaboración al contestar voluntariamente estas preguntas.

Esta es una investigación que forma parte de un proyecto de tesis doctoral; su objetivo es comparar la expresión de la ansiedad y la depresión en distintas culturas.

Creemos que en poco más de quince minutos podrá completarla. No hay respuesta correcta o incorrecta; sólo responda marcando aquello que mejor refleje su sentir ahora.

Esta es una información anónima y confidencial.

Muchas gracias por su colaboración.



Autorizo la utilización de mis respuestas en el proyecto de investigación transcultural con relación a la ansiedad y su comorbilidad con la depresión.

Mi participación es voluntaria y puedo interrumpirla en cualquier momento.



3. Datos Personales. Castellano.

Complete los siguientes datos marcando con una X en los casilleros correspondientes o escriba la respuesta según el caso.

A) Sexo: 1 masculino 2 femenino

B) Edad: 1 (18-24)
 2 (25-30)
 3 (31 o más)

C) País de nacimiento:.....

D) Lugar de residencia actual:

E) Universidad donde cursa estudios actualmente:

F) Carrera universitaria que estudia:

G) Idioma materno: (idioma más hablado durante su infancia en su casa)

- 1 Castellano
- 2 Inglés
- 3 Inglés-castellano
- 4 Otros

4. Cuestionario I. Castellano.

Cuestionario I. Solo para ser usado con fines de investigación.

Marcar un círculo alrededor del número para indicar hasta que punto piensa que la afirmación es cierta y la/lo caracteriza.

Escala: 0 = Para nada: no es característico ni cierto de mí.

1 = Levemente característico o cierto de mí.

2 = Moderadamente característico o cierto de mí.

3 = Muy característico o cierto de mí.

4 = Extremadamente característico o cierto de mí.

	<i>Para nada</i>	<i>Levemente</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Muy característico</i>	<i>Extremadamente</i>
1. Me pongo nervioso si tengo que hablar con alguna autoridad (maestro, jefe).	0	1	2	3	4
2. Tengo dificultad en mantener la mirada a otros.	0	1	2	3	4
3. Me pongo tenso si tengo que hablar sobre mí o mis sentimientos.	0	1	2	3	4
4. Me resulta difícil relacionarme con la gente con quien trabajo.	0	1	2	3	4
5. Me resulta fácil hacer amigos con gente de mi edad.	0	1	2	3	4
6. Me pongo tenso cuando me encuentro con un conocido por la calle.	0	1	2	3	4
7. Estoy incómodo cuando estoy en una reunión social.	0	1	2	3	4
8. Me siento tenso si estoy solo con una sola persona.	0	1	2	3	4
9. Estoy cómodo conociendo gente en fiestas, reuniones sociales o grupos.	0	1	2	3	4
10. Tengo dificultad en hablar con gente.	0	1	2	3	4

11	Encuentro fácil pensar en temas de conversación.	0	1	2	3	4
12	Me preocupa expresarme y parecer tonto.	0	1	2	3	4
13	Encuentro difícil no estar de acuerdo con el punto de vista de otro.	0	1	2	3	4
14	Tengo dificultad en hablar con personas atractivas del sexo opuesto.	0	1	2	3	4
15	Temo y me preocupa no saber que decir en reuniones sociales.	0	1	2	3	4
16	Me pongo nervioso cuando estoy en reuniones con gente que no conozco.	0	1	2	3	4
17	Cuando hablo siento que diré algo que me avergonzará.	0	1	2	3	4
18	Me preocupo por temer a ser ignorado cuando estoy en una reunión social	0	1	2	3	4
19	Estoy tenso cuando estoy reunido en un grupo.	0	1	2	3	4
20	No estoy seguro de saludar a alguien que no conozco muy bien.	0	1	2	3	4

5. Cuestionario II. Castellano.

Cuestionario II. Solo para ser usado con fines de investigación.

Hay una lista de los síntomas comunes. Indique cuanto le ha molestado cada síntoma durante LA ULTIMA SEMANA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY.

Hacer un círculo alrededor del número para indicar hasta que punto piensa que la afirmación es cierta. La escala es la siguiente:

0 = Para nada (no me molesta)

1 = Levemente (me molesta poco)

2 = Moderadamente (fue muy desagradable, pero lo pude soportar)

3 = Severamente (casi no lo podía soportar)

		PARA NADA	LEVE MENTE	MODERADA MENTE	SEVERA MENTE
1.	Sentir el cuerpo adormecido o con hormigueo.	0	1	2	3
2.	Sentirse acalorado.	0	1	2	3
3.	Sentir temblor en las piernas.	0	1	2	3
4.	No poder relajarse.	0	1	2	3
5.	Temor de que vaya a suceder lo peor.	0	1	2	3
6.	Sentir mareos.	0	1	2	3
7.	Sentir palpitaciones en el corazón	0	1	2	3
8.	Sentir inestabilidad física	0	1	2	3
9.	Sentirse aterrorizado/a.	0	1	2	3
10.	Sentirse nervioso/a	0	1	2	3
11.	Sentir sensaciones de ahogo.	0	1	2	3
12.	Sentir temblor en las manos.	0	1	2	3
13.	Sentir tembloroso todo el cuerpo	0	1	2	3
14.	Sentir temor de perder el control.	0	1	2	3
15.	Sentir dificultades al respirar.	0	1	2	3
16.	Sentir temor inminente a morir.	0	1	2	3
17.	Sentirse asustado/a.	0	1	2	3
18.	Sentir indigestión o malestar del estomago.	0	1	2	3
19.	Desmayarse.	0	1	2	3
20.	Sonrojarse.	0	1	2	3
21.	Sudar (no por el calor)	0	1	2	3

6. Cuestionario III. Castellano.

Cuestionario III. Solo para ser usado con fines de investigación.

Clasifique en la siguiente escala, *cuanto temor* puede usted llegar a sentir en cada una de las situaciones que se presentan a continuación. Si las mismas ocurrieran *durante la próxima semana*. Trate de imaginarse realizando cada una de las actividades y piensa como se sentiría. Escala:

0 _____	1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____	6 _____	7 _____	8 _____
Nada de miedo		Poco miedo		Miedo		Mucho miedo		Muchísimo miedo

Marque con un número de 0 (nada) a 8 (muchísimo) en cada pregunta:

1. Hablando con la gente.....
2. Pasando por un lavadero de automóviles.....
3. Jugando a un deporte vigoroso en un día de calor.....
4. Inflando rápidamente una cama de aire.....
5. Comiendo en frente de otros.....
6. Caminando rápidamente en un día de calor.....
7. Siendo anestesiado en el consultorio del dentista.....
8. Interrumpiendo una reunión.....
9. Dando un discurso.....
10. Haciendo ejercicios vigorosos a solas.....
11. Distanciándose mucho de su casa a solas.....
12. Presentándose a un grupo.....
13. Caminando en áreas muy solitarias a solas.....
14. Conduciendo en carreteras.....
15. Usando ropa que llama la atención.....
16. Perdiéndose.....
17. Tomando una taza de café fuerte.....
18. Sentándose en medio de una sala de cine.....
19. Corriendo escaleras hacia arriba.....
20. Tomando un tren subterráneo.....
21. Hablando por teléfono.....
22. Juntarse con desconocidos.....

- 23. Escribiendo en frente de otros.....
- 24. Entrando a un cuarto lleno de gente.....
- 25. Pasando la noche fuera de su casa.....
- 26. Sintiendo los efectos del alcohol.....
- 27. Cruzando un puente largo y bajo.....

7. Cuestionario IV. Castellano.

Cuestionario IV. Solo para ser usado con fines de investigación.

Este cuestionario consiste en 21 grupos de frases. Seleccione una frase en cada grupo, la que mejor describa la manera en que se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Si varias frases dentro del grupo parecen aplicarse a su situación con la misma relevancia, escoja la que tenga el número más alto.

1.

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o infeliz que no puedo aguantarlo.

2.

- 0 No me siento desanimado (a) acerca de mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado (a) acerca de mi futuro que de costumbre.
- 2 No espero que las cosas me salgan bien.
- 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a ser peor.

3.

- 0 No me siento un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que debería.
- 2 Al analizar mi pasado, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona, soy un fracaso total.

4.

- 0 Obtengo tanto placer en las cosas como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que antes disfrutaba.
- 3 Ya no puedo obtener nada de placer en las cosas que antes disfrutaba.

5.

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable por muchas más cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

- 6.
- 0 No me siento que estoy siendo castigado.
 - 1 Siento que podría ser castigado.
 - 2 Presupongo ser castigado.
 - 3 Siento que estoy siendo castigado.
- 7.
- 0 Me siento igual que siempre acerca de mi persona.
 - 1 He perdido la confianza en mi mismo (a.)
 - 2 Estoy decepcionado (a) de mi mismo (a.)
 - 3 No me gusta.
- 8.
- 0 No me critico ni me culpo a mí mismo (a) más que de costumbre.
 - 1 Me critico a mí mismo (a) mas de lo que hacia anteriormente.
 - 2 Me critico a mí mismo (a) por todos mi defectos.
 - 3 Me critico a mí mismo (a) por todo lo malo que me sucede.
- 9.
- 0 No pienso en matarme.
 - 1 He pensado en matarme, pero no lo haría.
 - 2 Me gustaría matarme.
 - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10.
- 0 No lloro más antes.
 - 1 Lloro más que antes.
 - 2 Lloro por cualquier cosa.
 - 3 Siento que quiero llorar pero no puedo.
- 11.
- 0 No estoy más inquieto (a), ni tenso (a) que de costumbre.
 - 1 Me siento mas inquieto (a) o agitado (a) que de costumbre.
 - 2 Estoy tan tranquilo (a) o agitado (a) que me es difícil permanecer quieto (a).
 - 3 Estoy tan inquieto (a) o agitado (a) que tengo que estar moviéndome constantemente haciendo algo.
- 12.
- 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.
 - 1 Tengo menos interés por otras personas o actividades que anteriormente.
 - 2 He perdido la mayor parte de mi interés por otras personas o actividades.
 - 3 Me es difícil interesarme por algo.
- 13.
- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre.
 - 1 Se me hace más difícil que de costumbre tomar decisiones.
 - 2 Se me hace más difícil tomar decisiones que anteriormente.
 - 3 Me es difícil tomar cualquier decisión.

- 14.**
- 0 No siento como que yo no valgo nada.
 - 1 No considero que valga la pena ni que sea tan útil como antes.
 - 2 Siento que no valgo nada en comparación con otras personas.
 - 3 Siento que no valgo absolutamente nada.
- 15.**
- 0 Tengo tanta energía como siempre.
 - 1 Tengo menos energía que anteriormente.
 - 2 No tengo suficiente energía como para hacer muchas cosas.
 - 3 No tengo suficiente energía para hacer algo.
- 16.**
- 0 Mi patrón de sueño no ha cambiado en absoluto.
 - 1a Duermo un poco mas que de costumbre.
 - 1b Duermo un poco menos que de costumbre.
 - 2a Duermo mucho mas que de costumbre.
 - 2b Duermo mucho menos que de costumbre.
 - 3a Duermo la mayor parte del día.
 - 3b Despierto 1-2 horas mas temprano y no puedo volver adormir.
- 17.**
- 0 No estoy más irritable que de costumbre.
 - 1 Estoy más irritable que de costumbre.
 - 2 Estoy mucho más irritable que de costumbre.
 - 3 Estoy irritable todo el tiempo.
- 18.**
- 0 Mi apetito no ha cambiado en absoluto.
 - 1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.
 - 1b Tengo un poco mas de apetito que de costumbre.
 - 2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.
 - 2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.
 - 3a No tengo nada de apetito.
 - 3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo
- 19.**
- 0 Me puedo concentrar tan bien como siempre.
 - 1 No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.
 - 2 Es difícil mantener mi mente concentrada por mucho tiempo.
 - 3 Me doy cuenta de que no puedo concentrarme en nada.
- 20.**
- 0 No me canso ni me fatigo más que de costumbre.
 - 1 Me canso o me fatigo más fácilmente que de costumbre.
 - 2 Estoy muy cansado (a) o fatigado (a) para hacer muchas de las cosas que hacia anteriormente.
 - 3 Estoy muy cansado (a) o fatigado (a) para hacer la mayoría de cosas que hacia anteriormente.

21.

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi deseo sexual.
- 1 Tengo menos interés por el sexo que anteriormente.
- 2 Tengo mucho menos interés por el sexo que anteriormente.
- 3 He perdido totalmente el interés por el sexo.

8. Agradecimiento por colaborar. Castellano.



Muchas gracias por su participación

Su colaboración voluntaria permite la Investigación Transcultural.



culturansia@culturansia.com.ar

9. Explicación de objetivos de investigación inglés.

Research project about anxiety and depression



Doctoral program in Psychology.

University of Palermo, Buenos Aires, Argentina

Lic. Lidia Menijes de Libertun

Institutional Review Board approved



Dear student,

We highly appreciate your assistance in answering some questions.

This research project is part of a Doctoral Thesis whose objective is to evaluate the expression of anxiety and depression in people from different cultural backgrounds.

It will take you about fifteen minutes to complete it. There are no right or wrong answers, just choose whatever is closer to your actual feeling. The information is anonymous and confidential.

Thank you very much for your cooperation.

I hereby consent to participate as a subject in a research project cross-cultural entitled Anxiety, co morbidity with depression and culture. I understand that my participation is completely voluntary, and that I am free to withdraw from the study at any time I choose.

I understand that this project is not expected to involve risks of harm any greater than those ordinarily encountered in daily life. I also understand that it is not possible to identify all potential risks in any procedure, but that all reasonable safeguards have been taken to minimize the potential risks.

I understand that the results of this project will be coded in such a way that my identity will not be physically attached to the final data that I provide.

I understand that the results of this research may be published or reported to government agencies, funding agencies, or scientific groups, but that my name will not be associated in any way with any published results.

10. Datos Personales. Inglés.

Fill in the proper box or write your answer

A) Sex : 1 male 2 female

B) Age: 1 (18-24)

(years) 2 (25-30)

3 (31 or more)

C) Country where you were born:.....

D) Actual place of residence:

E) Name of the University where you are studying now:.....

F) Name of the course of study, or degree program you are doing:

G) Language (mother tongue): Most common language spoken at home when you were a child.

- 1 Spanish
- 2 English
- 3 Spanish -English
- 4 Other

11. Cuestionario I. Inglés.

Questionnaire I. To be used only for research purposes

For each question, please circle a number to indicate the degree to which you feel the statement is characteristic or true of you.

0 = Not at all characteristic or true of me

1 = Slightly characteristic or true of me

2 = Moderately characteristic or true of me

3 = very characteristic or true of me

4 = Extremely characteristic or true of me

		Not at all	Slightly	Moderately	Very	Extremely
1.	I get nervous if I have to speak to someone in authority (Teacher, Boss).	0	1	2	3	4
2.	I have difficulty making eye contact with others.	0	1	2	3	4
3.	I become tense if I have to talk about myself or my feelings.	0	1	2	3	4
4.	I find it difficult mixing comfortably with the people I work with.	0	1	2	3	4
5.	I find it easy to make friends of my own age.	0	1	2	3	4
6.	I tense up if I meet an acquaintance in the street.	0	1	2	3	4
7.	When mixing socially, I am uncomfortable.	0	1	2	3	4
8.	I feel tense if I am alone with just one person.	0	1	2	3	4
9.	I am at ease meeting people at parties, groups or other social situations .	0	1	2	3	4
10.	I have difficulty talking with other people.	0	1	2	3	4
11.	I find it easy to think of things to talk about.	0	1	2	3	4
12.	I worry about expressing myself in case I	0	1	2	3	4

	appear awkward.					
13.	I find it difficult to disagree with another's point of view.	0	1	2	3	4
14.	I have difficulty talking to attractive persons of the opposite sex.	0	1	2	3	4
15.	I find myself worrying that I won't know what to say in social situations.	0	1	2	3	4
16.	I am nervous mixing with people I don't know well.	0	1	2	3	4
17.	I feel I'll say something embarrassing when talking.	0	1	2	3	4
18.	When mixing in a group I find myself worrying I will be ignored.	0	1	2	3	4
19.	I am tense mixing in a group.	0	1	2	3	4
20.	I am unsure whether to greet someone I know only slightly.	0	1	2	3	4

12. Cuestionario II. Inglés.

Questionnaire II. To be used only for research purposes

Below is a list of common symptoms. Please read carefully the list. Indicate how much you have been bother by each symptom during the *Past Week Including today* For each question, please circle a number

0 = Not at all 2 = Moderately

1 = Mildly 3 = Severely

		Not at all	Mildly	Moder- ately	Severe ly
1.	Numbness or tingling.	0	1	2	3
2.	Feeling hot.	0	1	2	3
3.	Wobbliness in legs.	0	1	2	3
4.	Unable to relax.	0	1	2	3
5.	Fear of the worst happening.	0	1	2	3

6.	Dizzy or lightheaded.	0	1	2	3
7.	Heart pounding or racing.	0	1	2	3
8.	Unsteady.	0	1	2	3
9.	Terrified.	0	1	2	3
10.	Nervous.	0	1	2	3
11.	Feelings of choking.	0	1	2	3
12.	Hands trembling.	0	1	2	3
13.	Shaky.	0	1	2	3
14.	Fear of losing control.	0	1	2	3
15.	Difficulty breathing.	0	1	2	3
16.	Fear of dying.	0	1	2	3
17.	Scared.	0	1	2	3
18.	Indigestion or discomfort in abdomen.	0	1	2	3
19.	Faint.	0	1	2	3
20.	Face flushed.	0	1	2	3
21.	Sweating (not due to heat).	0	1	2	3

13. Cuestionario III. Inglés.

Questionnaire III. To be used only for research purposes.

Please rate, on the following scale ,the **amount of fear** that you think you would experience in each of the situations listed below if they were to occur in **the next week**. Try to imagine yourself actually doing each activity and how you would feel.

Fear Scale

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8
no fear slight moderate marked extreme
fear fear fear fear

1. Talking to people _____
2. Going through a car wash _____
3. Playing vigorous sport on a hot day _____
4. Blowing up an airbed quickly _____
5. Eating in front of others _____
6. Hiking on a hot day _____
7. Getting gas at a dentist _____
8. Interrupting a meeting _____
9. Giving a speech _____
10. Exercising vigorously alone _____
11. Going long distances from home alone _____
12. Introducing yourself to groups _____
13. Walking alone in isolated areas _____
14. Driving on highways _____
15. Wearing striking clothes _____
16. Possibility of getting lost _____
17. Drinking a strong cup of coffee _____
18. Sitting in the center of cinema _____
19. Running up stairs _____
20. Riding on a subway _____
21. speaking on the telephone _____
22. Meeting strangers _____
23. Writing in front of others _____
24. Entering a room full of people _____
25. Staying overnight away from home _____
26. Feeling the effects of alcohol _____
27. Going over a long, low bridge _____

14. Cuestionario IV. Inglés.

Questionnaire IV. To be used only for research purposes

Instructions: This questionnaire consists of 21 groups of statements. Pick out the one statement in each group that best describes the way you have been feeling during the past two weeks, including today; circle the highest number for the group.

1.
 - 0 I do not feel sad.
 - 1 I feel sad much of the time.
 - 2 I am sad all the time.
 - 3 I am so sad or unhappy that I can't stand it.
2.
 - 0 I am not discouraged about my future.
 - 1 I feel more discouraged about my future than I used to be.
 - 2 I do not expect things to work out for me.
 - 3 I feel my future is hopeless and will only get worse.
3.
 - 0 I do not feel like a failure.
 - 1 I have failure more than I should have.
 - 2 As I look back, I see a lot of failures.
 - 3 I feel I am a total failure as a person.
4.
 - 0 I get as much pleasure as I ever did from the things I enjoy.
 - 1 I don't enjoy things as much as I used to.
 - 2 I get very little pleasure from the things I used to enjoy.
 - 3 I can't get any pleasure from the things I used to enjoy.
5.
 - 0 I don't feel particularly guilty.
 - 1 I feel guilty over many things I have done or should have done.
 - 2 I feel quite guilty most of the time.
 - 3 I feel guilty all of the time.
6.
 - 0 I don't feel I am being punished.
 - 1 I feel I may be punished.
 - 2 I expect to be punished.
 - 3 I feel I am being punished.
7.
 - 0 I feel the same about myself as ever.
 - 1 I have lost confidence in myself.
 - 2 I am disappointed in myself.
 - 3 I dislike myself.
8.
 - 0 I don't criticize or blame myself more than usual.
 - 1 I am more critical of myself than I used to be.
 - 2 I criticize myself for all of my faults.
 - 3 I blame myself for everything bad that happens.

- 9.
- 0 I don't have any thoughts of killing myself.
 - 1 I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out.
 - 2 I would like to kill myself.
 - 3 I would kill myself if I had the chance.
- 10.
- 0 I don't cry anymore than I used to.
 - 1 I cry more than I used to.
 - 2 I cry over every little thing.
 - 3 I feel like crying, but I can't.
- 11.
- 0 I am no more restless or wound up than usual.
 - 1 I feel more restless or wound up than usual.
 - 2 I am so restless or agitated that it's hard to stay still.
 - 3 I am restless or agitated that I have to keep moving or doing something.
- 12.
- 0 I have not lost interest in other people or activities.
 - 1 I am less interested in other people or things than before.
 - 2 I have lost most of my interest in other people or things.
 - 3 It's hard to get interested in anything.
- 13.
- 0 I make decisions about as well as ever.
 - 1 I find it more difficult to make decisions than usual.
 - 2 I have much greater difficulty in making decisions than I used to.
 - 3 I have trouble making any decisions.
- 14.
- 0 I do not feel I am worthless.
 - 1 I don't consider myself as worthwhile and useful as I used to.
 - 2 I feel more worthless as compared to other people.
 - 3 I feel utterly worthless.
- 15.
- 0 I have as much energy as ever.
 - 1 I have less energy than I used to have.
 - 2 I don't have enough energy to do very much.
 - 3 I don't have enough energy to do anything.
- 16.
- 0 I have not experienced any change in my sleeping pattern.
 - 1a I sleep somewhat more than usual.
 - 1b I sleep somewhat less than usual.
 - 2a I sleep a lot more than usual.
 - 2b I sleep a lot less than usual.
 - 3a I sleep most of the day.
 - 3b I wake up 1-2 hours early and can't get back to sleep.
- 17.
- 0 I am no more irritable than usual.
 - 1 I am more irritable than usual.

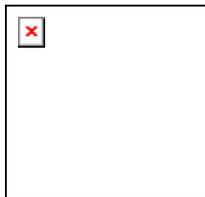
- 2 I am much more irritable than usual.
3 I am irritable all the time.
- 18.**
- 0 I have not experienced any change in my appetite.
1a My appetite is somewhat less than usual.
1b My appetite is somewhat greater than usual.
2a My appetite is much less than before.
2b My appetite is much greater than usual.
3a I have no appetite at all.
3b I crave food all the time.
- 19.**
- 0 I can concentrate as well as ever.
1 I can't concentrate as well as usual.
2 It's hard to keep my mind on anything for very long.
3 I find I can't concentrate on anything.
- 20.**
- 0 I am no more tired or fatigued than usual.
1 I get more tired or fatigued more easily than usual.
2 I am too tired or fatigued to do a lot of the things I used to do.
3 I am too tired or fatigued to do most of the things I used to do.
- 21.**
- 0 I have not noticed any recent change in my interest in sex.
1 I am less interested in sex than I used to be.
2 I am much less interested in sex now.
3 I have lost interest in sex completely.

15. Agradecimiento por colaborar inglés.



Thank you very much for your cooperation

Your voluntary participation will help in transcultural research.



culturansia@culturansia.com.ar

16. Publicidad de la investigación en sitios de investigaciones *on line* en inglés.

16.1 Psychological Research on the NET.

Psychological Research on the Net

Table of Contents Below you will find links to known experiments on the internet that are psychologically related. They are organized by general topic area with the topic areas listed chronologically with the most recently added at the top. If you know of other data collection efforts please send [me a note](#).

New Section:

[Environmental Psychology](#)

[Biological Psychology](#)

[Clinical Psychology](#)

[Cognition](#)

[Consumer Psychology](#)

[Developmental](#)

[Environmental Psychology](#)

[Emotions](#)

[Forensic Psychology](#)

[General](#)

[Health Psychology](#)

[Industrial/Organizational](#)

[Linguistics](#)

[Methodology](#)

[Personality](#)

[Psycholinguistics](#)

[Psychology and Religion](#)

[Sensation and Perception](#)

[September 11](#)

[Social Psychology](#)

[Research Results](#)

[Other Resources](#)

[Submit a Study](#)

Recently Added Studies

(This list will hold studies added in the past ~30 days)

- ***In Social: Cross-cultural research about anxiety and depression (12/16/03) (In English and Spanish)***
- In Psychology and Religion: Science and Religion (12/12/03) (In German)
- In Social: Relationships and Depression (12/10/03)
- In Cognitive: How do you Envision Cyberspace (12/09/03)
- In Health Psychology: Stanford Patient Research Center Studies (12/09/03)
- In Social: Mindfulness and Anger Study (12/01/03)
- In Cognitive: Rule-Learning Experiment (12/01/03)
- In Social: Self-esteem and Body Image (12/01/03)
- In Clinical/Developmental: Survey to study Nighttime Bedwetting and ADHD/ADD (12/01/03)
- In Social: Recycling, Attitudes, and Behavior (11/25/03)
- In Personality: Personality Variables and Interpersonal Attitudes (11/21/03)
- In Social: Values Survey (11/18/03)
- In Social: Self-Standards and Self-Esteem (11/17/03)

...

16.2 Online Social Psychology Studies.

[Career Center](#)[PhD Program Rankings](#)[Social Topics](#)[Forums](#)[Organizations](#)[Clinical Degree Programs](#)[Psychologist Pages](#)[Search](#)

Online Social Psychology Studies

<http://www.socialpsychology.org/expts.htm>



This page contains links to web-based experiments, surveys, and other social psychology studies. To participate in a study, simply click on one of the titles listed below. If you wish to request the addition of a link to your own study, click [here](#).

Please note that Social Psychology Network does not endorse the content or quality of the studies that appear below. Any use of this page indicates acceptance of the [SPN User Policy](#).

► Online Studies

- [Values and Life Experience](#) (University of Michigan)
- Psychology of the Internet:
 - [Internet Behavior Study](#) (York University, Canada)
 - [Understanding Internet Users](#) (University of South Australia)
- Other Social Psychology Topics:
 - [Anxiety, Depression, and Culture](#) (Univ. of Palermo, Argentina)
 - [Health Behaviours](#) (University of Leeds, England)
 - [Technology Use in Public Areas](#) (Northumbria University, England)
 - [Women and Outdoor Spaces](#) (University of Nevada--Reno)
 - ...

17. Resumen de esta Tesis Doctoral en la Web.

Psychological Research on the Net

Table of Contents

[Biological Psychology](#)
[Cognition](#)
[Consumer Psychology](#)
[Developmental](#)
[Educational Psychology](#)
[Emotions](#)
[Forensic Psychology](#)
[General](#)
[Health Psychology](#)
[Human Factors](#)
[Industrial/Organizational](#)
[Linguistics](#)
[Mental Health](#)
[Personality](#)
[Psychology and Religion](#)
[Sensation and Perception](#)
[Social Psychology](#)

[Research Results](#)

[Other Resources](#)

[Submit a Study](#)

Research Findings from Studies Posted On this Site

- ***Cross-cultural research about anxiety and depression.***
Researcher: Lidia Libertun, University of Palermo Argentina
- **Leadership in Organizations.** **Researcher: Clara Kulich, University of Exeter**
- **Family Resiliency, Uncertainty, Optimism, And The Quality of Life of Individuals with HIV/AIDS.** **Researcher: Michael Patrick Frain, University of Wisconsin-Madison**
- **Kentucky Behavioral Oncology Research Group Completed Studies**
- **Impact of Christian Attitudes on Behavior.** **Researcher: Mark Vincent, Augustana College.**
- **Accuracy of Memory.** **Researcher: Tracy Romano, Long Island University, C. W. Post Campus**
- **Science and Religion.** **Researchers: J. Gowert Masche, Carolin Meseth, & Sonja Georgescu, Darmstadt University of Technology**
- **Response to Alcohol Related Stimuli.** **Researcher: Tania Perich, University of New England, Armidale**

...

Capítulo 8. BIBLIOGRAFIA.

American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-I.* (1a ed.) Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-II.* (2a ed.) Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-III.* (3a ed.) Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV.* (4a ed.) Barcelona: Masson, S.A.

American Psychological Association (2000). *Ethical principles of psychologist and code of conduct*, Report 7. Washington, DC: American Psychological Association.

Andrade, L., Eaton, W. W. y Chilcoat, H. (1994). Lifetime comorbidity of panic attacks and major depression in a population-based study. Symptom profiles. *British Journal of Psychiatry*, 165 (3), 363-369.

Antony, M. M., Orsillo, S. y Roemer, L. (2001). *Practitioner's Guide to Empirically Based Measures of Anxiety.* New York: Plenum Pub.Co.

Avila, M. y Vazques, C. (1998). *Optimismo inteligente.* Madrid: Alianza Editorial.

Ayuso, J. L. y Salvador, L. (1992). *Manual de Psiquiatría.* Madrid: Interamericana McGraw-Hill.

- Ballenger, J. C., Davidson, J. R., Lecrubier, Y., Nutt, D.J., Kirmayer, L. J., Lepine, J. P., Lin, K. M.; Tajima, O. y Ono, Y. (2001). Consensus statement on transcultural issues in depression and anxiety from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Supl 13), 47-55.
- Barlow, D. H. (1991). The Nature of Anxiety: Anxiety, Depression, and Emotional Disorders. En Rapee, R. M y Barlow, D. H. (Eds.) *Chronic Anxiety, Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-Depression* (pp. 95-116). New York: Guilford Publications.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and Its Disorders; The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. (2a ed.) New York: Guilford Publications.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Guilford, CT: International Universities Press.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Publications.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the revised Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K., Eidelson, J. L. y Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96 (3), 179-183.
- Beck, A., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety-psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 893-897.
- Beck, U. (1998). *¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización*. Barcelona: Paidós.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. (vols. 1 y 2) Madrid: McGraw-Hill.
- Berry, J. W. y Dasen, P. R. (1974). Introduction. En Berry, J. W. y Dasen, P. R. (Eds.), *Culture and cognition* (pp. 1-20). London: Methuen.
- Berry, J. W., Trimble, J. E. y Olmedo, E. L. (1986). Assessment of acculturation. En Lonner, W. J. y Berry, J. W. (Eds.) *Field methods in cross cultural research* (pp. 291-324). Beverly Hills, CA: Sage.
- Betancourt H. y Lopez S. R (1993). The study of culture, race and ethnicity in American psychology. *American Psychologist*, 48 (6), 629-637.
- Birnbaum, M. H. (2000). Introduction to psychological experiments on the internet in validity of Web-based psychological research. En Birnbaum, M. H. (Ed.) *Psychological experiments on the internet* (pp. 15-20). New York: Academic Press.

- Bittner, A., Goodwin, R. D., Wittchen, H. U., Beesdo, K., Hofler, M. y Lieb, R. (2004).
What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive
disorder?. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (5), 618-626.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: a prospective study. *Journal of
Personality and Social Psychology*, 59 (3), 525-537.
- Bower, G. H. (1983). Affect and cognition. *Philosophical Transactions of the Royal Society
of London*, 302 (Series B), 387-402.
- Bowman, E. S. y Nurnberger, J. I. (1993). Genetics of psychiatric diagnosis and treatment.
En Dunner, D.L. (Ed.) *Current Psychiatric Therapy*. Philadelphia: W.B. Saunders
Company.
- Bramness, J. G., Fixdal, T. C. y Vaglum, P. (1991). Effect of medical school stress on the
mental health of medical students in early and late clinical curriculum. *Acta
Psychiatrica Scandinavica*, 84 (4), 340-345.
- Brenner, V. (1997). Psychology of computer use: XLVII. Parameters of internet use, abuse
and addiction: the first 90 days of the Internet Usage Survey. *Psychological Report*, 80
(3), 879-882.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P. y Peterson, E. (1991). Traumatic events and
posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of
General Psychiatry*, 48 (3), 216-222.

- Brown, E. J., Turovsky, J., Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1997). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale Across the anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 9 (1), 21-27.
- Brunner, J. (1994). *Educación superior en América Latina. Una agenda de problemas, políticas y debates en el umbral del año 2000*. CEDES DC/108/E.S, Proyecto de políticas comparadas en educación superior. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Casullo, M. M. (1996). *Evaluación Psicológica y Psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Catálogos-UBA.
- Casullo, M. M. (1998). *Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica*. Buenos Aires: Paidós.
- Chamey, D. (1998). *The neurobiological basis of anxiety and fear. Circuits, mechanisms and neurochemical interactions*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Charney, D. S., Woods, S. W., Goodman, W. K. y Heninger, G. R. (1987). Serotonin function in anxiety. II. Effects of the serotonin agonist MCPP in panic disorder patients and healthy subjects. *Psychopharmacology*, 92 (1), 14-24.
- Chorot, P. (1991). Teoría de incubación de la ansiedad: evidencia empírica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 44 (4), 435-445.
- CIE 10. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud. Madrid: Mediator.

- Clark, L. A. (1987). Mutual relevance of mainstream and cross-cultural psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (4), 461-470.
- Clark, L. A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3), 316-336.
- Cloitre, M., Yonkers, K. A., Pearlstein, T., Altemus, M., Davidson, K. W., Pigott, T. A., Shear, M.K., Pine, D., Ross, J., Howell, H., Brogan, K., Rieckmann, N. y Clemow, L. (2004). Women and anxiety disorders: implications for diagnosis and treatment. *CNS Spectrum*, 9 (Supl 8), 1-16.
- Cohen, A. (1992). Prognosis for schizophrenia in the Third World: A reevaluation of cross-cultural research. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16 (2), 53-75.
- Coles, C. (1994). Medicine and stress. *Medical Education*, 28 (1), 3-4.
- Cortada de Kohan , N. (1999). *Teorías psicométricas y construcción de tests*. Buenos Aires: Lugar.
- Creamer, M., Foran, J. y Bell, R. (1995). The Beck Anxiety Inventory in a non-clinical sample. *Behaviour Research and therapy*, 33 (4), 477-485.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.

- Cuenca E, Almirón L, Czernik G y Marder G (2005). Evaluación de rasgos de depresión en estudiantes de Veterinaria de la ciudad de Corrientes. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 12 (2), 1-6.
- Cummings, J.L. (1995). Neuropsychiatry: clinical assessment and approach to diagnosis. En Kaplan, H. I. y Sadock, B. (Eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (6a ed., Baltimore: Williams & Wilkins.
- Cummings, J. N. y Kraut, R. (2002). Domesticating computers and the Internet. *The Information Society*, 18 (3), 1-18.
- Curtis, G. C. y Glitz, D. A. (1988). Neuroendocrine findings in anxiety disorders. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 17 (1), 131-148.
- Davidson, J. R., Hughes, D. L., George, L. K y Blazer, D. G. (1993). The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, 23 (3), 709-718.
- de Beurs, E., Wilson, K. A., Chambless, D. L., Goldstein, A. J. y Feskke, U. (1997). Convergent and divergent validity of the Beck Anxiety Inventory for patients with panic disorder and agoraphobia. *Depress Anxiety*, 6 (4), 140-146.
- Desjarlais, R., Eisenberg L, Good B y Kleinman, A. (1995). *World mental health: problems and priorities in low-income countries*. New York: Oxford University Press.

- Dietrich Reips U. (2000). The web experiment method: advantages, disadvantages, and solutions in validity of Web-based psychological research. En Birnbaum, M. H. (Ed.), *Psychological experiments on the internet* (pp. 89-117). New York: Academic Press.
- Dilthey, W. (1960). *Historia de la Pedagogia*. Buenos Aires: Losada.
- Draguns, J. G. y Tanaka-Matsumi, J. (2003). Assessment of psychopathology across and within cultures: issues and findings. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (7), 755-776.
- Duker, A. P. (1997). *The equivalency of internet research to conventional testing: An experiment on the effects of managed care on trust in the physician-patient relationship*. Unpublished senior thesis College of Wooster.OH.
- Eaton, W. W., Kessler, R. C., Wittchen, H. U. y Magee, W. J. (1994). Panic and panic disorder in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 151 (3), 413-420.
- Engler, B. (1996). *Introducción a las teorías de la personalidad*. Mexico: Mc Graw-Hill/ Interamericana.
- Epstein, S. (1972). The nature of anxiety with emphasis upon its relation to expectancy. En Spielberg, C.D. (Ed.) *Anxiety: current trends in theory and research* (291-337). New York: Academic Press.
- Escobar, J. I., Karno, M., Burnam, A., Hough, R. L. y Golding, J. (1988). Distribution of major mental disorders in an US metropolis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 344 (Supl), 45-53.

- Eysenk, H. J. (1985). Incubation theory of fear/anxiety. En Reiss, S. y Bootzin, R. R. (Eds.) *Theoretical issues in behavioral therapy* (pp. 83-106). New York: Academic Press.
- Fava, M., Rankin, M. A., Wright, E. C., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A. y Pava, J. (2000). Anxiety disorders in major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 97-102.
- Fernández-Abascal, E. G. (1997). El estrés. En Fernández-Abascal, E.G. (Ed.), *Psicología general: Motivación y emoción* (pp. 250-283). Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces.
- Freud, S. (1948). *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fydrich, T., Dowdall, D. y Chambless, D. C. (1992). Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Anxiety Disorders*, 6 (1), 55-61.
- Gillis, M. M., Haaga, D. A. F. y Ford, G. T. (1995). Normative values for the Beck Anxiety Inventory, Fear Questionnaire, Penn State Worry Questionnaire, and Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 7 (4), 450-455.
- Goldman, H. H. (1992). *Review of General Psychiatry*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall International Inc.
- Gorman, J. M. (1996). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depress Anxiety*, 4 (4), 160-168.
- Gorman, J. M., Papp, L. A., Coplan, J. D., Martinez, J. M., Lennon, S., Goetz, R. R. Ross, D. y Klein, D. F. (1994). Anxiogenic effects of CO₂ and hyperventilation in patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151 (4), 547-553.

- Gorsuch, R.L. (1983). *Factor analysis*. (2a ed.) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gossop, M. (1981). *Theories of neurosis*. New York: Springer-Verlag.
- Guthrie, E. A., Black, D., Shaw, C. M., Hamilton, J., Creed, F. H. y Tomenson, B. (1995). Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first year medical students. *Medical Education*, 29 (5), 337-341.
- Gutiérrez Calvo, M. y García González, M. (2000). Ansiedad y cognición: un marco integrador. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 3, (4). Revista en línea. Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/agutim660131299/>.
- Hamilton, M. y Shapiro, C. M. (1990). Depression. En Peck D.F. y Shapiro C. M. (Eds.) *Measuring human problems* (pp. 27-37). New York: Wiley.
- Heimberg, R. G. (1989). Social phobia: no longer neglected. *Clinical Psychology Review*, 9 (1), 1-2.
- Heimberg, R. G., Mueller, G. P., Holt, C. S., Hoppe, D. A. y Liebowitz, M. R. (1992). Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The Social interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behavior Therapy*, 23 (1), 53-75.
- Heins, M., Fahey, S. N. y Leiden, L. I. (1984). Perceived stress in medical, law, and graduate students. *Journal of Medical Education*, 59 (3), 169-179.

- Helmers, K. F., Danoff, D., Steinert, Y., Lyton, M. y Young, S. N. (1997). Stress and depressed mood in medical students, law students, and graduate students at McGill University. *Academic Medicine*, 72 (8), 708-714.
- Herskovits M.J. (1948). *Man and his works*. New York: Knopf.
- Hinds, P. y Kiesler, S. (2002). *Distributed work*. Cambridge MA: MIT Press.
- Hogan, T. P. (2003). *Pruebas Psicológicas*. México: Manual Moderno.
- Hugdahl, K. y Karker, A. C. (1981). Biological vs experiential factors in phobic conditioning. *Behavior Research and Therapy*, 19 (2), 109-115.
- International Technology Education Association (ITEA). (1996). *Technology for All Americans: A Rationale and Structure for the Study of Technology*. Reston, VA: International Technology Education Association Publications Department.
- Jarrell, P. y Ballenger, J. C. (1993). Psychiatric comorbidity in patient with generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150 (11), 1707-1711.
- Jeffrey, J. A. (2002). The psychology of globalization. *American Psychologist*, 57 (10), 774-783.
- Joiner, T. E. (1996). A confirmatory factor-analytic investigation of the tripartite model of depression and anxiety in college students. *Cognitive Therapy and Research*, 30 (5), 521-539.

- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. y Eaves, L. J. (1992). Major depression and generalized anxiety disorder. Same genes, (partly) different environments?. *Archives of General Psychiatry*, 49 (9), 716-722.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S. Wittchen, H. U. y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51 (1), 8-19.
- <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth>, 2004
- Kessler, R. C. (2000). The epidemiology of pure and comorbid generalized anxiety disorder: a review and evaluation of recent research. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (Supl), 7-13.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M. y Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *British Journals of Psychiatry*, (Supl), 17-30.
- Kiesler, S. y Sproull, L. S. (1986). Response effects in the electronic survey. *Public Opinion Quarterly*, 50 (4), 402-413.
- Klein, D. F. (1993). False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions. An integrative hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, 50 (4), 306-317.

- Krantz, J. H. y Dalal, R. (2000). Validity of Web-Based Psychological Research. En Birnbaum M.H. (Ed.) *Psychological experiments on the internet* (pp. 35-60). New York: Academic Press.
- Krantz, J. H., Ballard, J. y Scher, J. (1997). Comparing the results of laboratory and World-Wide Web Samples on the determinants of female attractiveness. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers*, 29 (1), 264-269.
- Kraut, R., Olson, J., Banaji, M., Bruckman, A., Cohen, J. y Couper, M. P. (2004). Psychological Research Online. *American Psychologist*, 59 (2), 105-117.
- Kroeber A.L. y Kluckhohn, C. (1952). Cultura: una revisión crítica de conceptos y definiciones. *Papers of the Peabody Museum of American Archeology and Ethnology*, 47 (1), 283.
- Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. En Tuma, A.H y Masser, J. (Eds.), *Anxiety and the Anxiety Disorders* (pp. 131-170). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lasa, L., Ayuso-Mateos, J., Vázquez-Barquero, J. L., Díez-Manrique, F. J. y Dowrick, C. (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal of Affective Disorders*, 57 (1-3), 261-265.
- Lazarus, R. S. (1994). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.

Leavy, M. R. (1983). Social Anxiousness: The construct and its measurement. *Journal of Personality Assessments*, 47 (1), 66-75.

Lecrubier, Y. (2001). Prescribing patterns for depression and anxiety worldwide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Supl 13), 31-36.

Lepine, J. P. (2001). Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Supl 13), 4-10.

Lewinsohn, P. M., Shankman, S. A., Gau, J. M. y Klein, D. N. (2004). The prevalence and comorbidity of subthreshold psychiatric conditions. *Psychological Medicine*, 34 (4), 613-622.

Libertun, A. (2000). Internet tiene su historia. *Exactamente*, 18, 14-16. Editada por la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, UBA.

Liebowitz, M. R. (1992). Assessment of Anxiety in Social Interaction and Being Observed by Others: The Social Interaction Anxiety Scale and the Phobia Scale. *Behavior Therapy*, 23 (1), 53-73.

Liebowitz, M. R., Fyer, A. J., Gorman, J. M., Dillon, D., Appleby, I. L., Levy, G.

Anderson, S., Levitt, M., Palij, M. y Davies, S.O. (1984). Lactate provocation of panic attacks. I. Clinical and behavioral findings. *Archives of General Psychiatry*, 41 (8), 764-770.

Lonner, W. J. (1989). The introductory psychology text and cross-cultural psychology: beyond Ekman, Whorf and biased I.Q test. En Kyats, D. M., Munro, D. y Mann, L.

- (Eds.) *Heterogeneity in cross-cultural psychology : selected papers from the Ninth International Conference of the International Association for Cross-Cultural Psychology, held at Newcastle, Australia* (pp. 4-22). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Lopez, S. R. y Guarnaccia, P. J. (2000). Cultural psychopathology: uncovering the social world of mental illness. *Annual Review of Psychology*, 51, 571-598.
- Manelic, R. H. y Ortega-Soto, H. A. (1995). La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón. *Salud Mental*, 18 (2), 31-34.
- Manisses Communications Group (2001). Anxiety increased substantially since 1950s. *Mental Health Weekly.*, 1 (11), 1-8.
- Marks, I.M. (1969). *Fears and Fobias*. New York: Academic Press.
- Marks, I.M. (1970). The classification of phobic disorders. *British Journals of Psychiatry*, 116 (533), 373-387.
- Martinsen, E.W., Friis, S. y Hoffart, A. (1995). Assessment of depression: comparison between Beck Depression Inventory and subscales of Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92 (6), 460-463.
- Maser, J. y Cloninger, C. R. (1990). *Comorbidity of anxiety and mood disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Mattick, R. P. y Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia, scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and therapy*, 36 (4), 455-470.
- Mattick, R.P. y Clarke, J.C. (2001). Social interaction anxiety scale [SIAS] (1988). En Antony, M.M., Orsillo, S.M. y Roemer, L. (Eds.) *Practitioner's Guide to Empirically Based Measures of Anxiety*. New York: Plenum.
- McInerney, V., McInerney D.M. y Marsh, H. W. (1998). Effects of metacognitive strategy training within a cooperative group learning context on computer achievement and anxiety: An aptitude-treatment interaction study. *Journal of Educational Psychology*, 89 (4), 686-695.
- Meng-Jung Tsai, Bethel, L. y Huntsberger J.P. (1999). Cooperative strategic learning for more computer achievement, better computer attitude, and less computer anxiety. En *Proceedings of the Annual Meeting of the National Association for Research in Science Teaching*. (March 18-31, 1999: Boston, MA).
- Miller, P. M. y Surtees, P. G. (1991). Psychological symptoms and their course in first-year medical students as assessed by the Interval General Health Questionnaire (I-GHQ). *British Journal of Psychiatry*, 159 (8), 199-207.
- Mischel, W. (1990). *Teorías de la personalidad*. México: Mc Graw-Hill.
- Moscovici, S. (1986). *Psicología Social II, Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Buenos Aires: Paidós.

- Mosley, T. H., Perrin, S. G., Neral, S. M., Dubbert, P. M., Grothues, C. A. y Pinto, B. M. (1994). Stress, coping, and well-being among third-year medical students. *Academic Medicine*, 69 (9), 765-767.
- Mowrer, O. H. (1956). Two-factor learning theory reconsidered, with special reference to secondary reinforcement and the concept of habit. *Psychological Review*, 63 (2), 114-128.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. Nueva York: John Wiley-Arnold.
- Murphy, R.T., Wismar, K. y Freeman, K. (2003). Stress symptoms among African-American college students after the September 11, 2001 terrorist attacks. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191 (2), 108-114.
- Murray, C. J. y López, A.D. (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Musch, J. y Reips, U. D. (2000). Validity of Web-based psychological research. En Birnbaum M.H. (Ed.) *Psychological experiments on the internet* (pp. 61-67). New York: Academic Press.
- Nathan, T y Hounkpatin, L. (1998). *La guérison yoruba (Yoruba healing)*. Paris: Jacob.
- National Institute of Mental Health (2005). *Real Men, Real Depression*. National Institutes of Health. Disponible en: <http://menanddepression.nimh.nih.gov>.

- Navas, J. (1989). Ansiedad en la toma de exámenes: Algunas explicaciones cognoscitivas-conductuales. *Revista de Aprendizaje y Comportamiento*, 7 (1).
- Novy, D., Stanley, M., Averill, P. y Daza, P. (2001). Psychometric comparability of English and Spanish-Language measures of anxiety and related affective symptoms. *Psychological Assessment*, 13 (3), 347-355.
- Noyes, R., Clarkson, C., Crowe, R. R., Yates, W. R. y McChesney, C. M. (1987). A family study of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144 (8), 1019-1024.
- Osman, A., Kopper, B. A., Barrios F.X., Osman, J. R. y Wade, T. (1997). The Beck Anxiety Inventory: reexamination of factor structure and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology*, 53 (1), 7-14.
- Papalia, D. E. (1994). *Psicología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Parker, G. y Hadzi-Pavlovic, D. (2004). Is the female preponderance in major depression secondary to a gender difference in specific anxiety disorders? *Psychological Medicine*, 34 (3), 461-470.
- Patel, V. (2001). Cultural factors and international epidemiology. *British Medical Bulletin*, 57 (1), 33-45.
- Peabody Museum of American Archeology and Ethnology. Publicacion Catálogo: Cultura: Una revisión Crítica de Conceptos y Definiciones 47 (1), 283. 1952
- Pérez Lindo, A. (1985). *Universidad, Política y Sociedad*. Buenos Aires: Eudeba.

- Pigott, T. A. (2003). Anxiety disorders in women. *Psychiatric Clinic of North America*, 26 (3), 621-627.
- Pike, K. L. (1967). *Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior*. (2a ed.) The Haye, Holland: Mouton.
- Putnam, R. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster.
- Pyszczynski, T. A., Solomon, S. y Greenberg, J.G. (2003). *In the wake of 9/11: the psychology of terror*. Washington, DC.: American Psychological Association.
- Rapee, R.M., Craske, M.G. y Barlow, D. (1995). Assessment instrument for panic disorder that includes fear of sensation-producing activities: the Albany Panic and Phobia Questionnaire. *Anxiety*, 1 (3), 114-122.
- Regier, D. A., Narrow, W. E. y Rae, D. S. (1990). The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *Journal of Psychiatric Research*, 24 (Supl 2), 3-14.
- Regier, D.A. y Kaelber, C.T. (1995). The Epidemiologic Catchment Area (ECA) program: studying the prevalence and incidence of psychopathology. En Tsuang Ming, T., Tohen, M. y Zahner Gwendolyn, E. P. (Eds.) *Textbook in psychiatric epidemiology* (pp. 135-155). New York: Wiley-Liss.
- Richaud de Minzi, M. C. y Sacchi, C. (2000). Variables moderadoras del estrés. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31 (2), 355-365.

- Richaud de Minzi, M. y Lemos, V. (2004). *Psicometría*. Buenos Aires: Ediciones CIIPME-CONICET, Publicaciones Docentes.
- Roberts, R.E. (1992). Manifestation of depressive symptoms among adolescents. A comparison of Mexican Americans with the majority and other minority populations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (10), 627-633.
- Rogler, L. H. (1999). Methodological sources of cultural insensitivity in mental health research. *American Psychologist*, 54 (6) , 424-433.
- Rosenhan, D. L. y Seligman, D. L. (2005). *Abnormal Psychology*. New York: Norton.
- Sampieri, R. H., Collado, C.F. y Baptista, P. (1994). *Metodología de la Investigación*. Bogota: Mc.Graw Hill.
- Sandín, B. (1995). Teorías sobre los trastornos de ansiedad. En Sandin, B. y Ramos Belloch, A. (Eds.) *Manual de Psicopatología* (pp. 114-167). Madrid: McGraw-Hill.
- Santisteban Requena, C. (1990). *Psicometría : teoría y práctica en la construcción de tests*. Madrid: Norma.
- Sarason, I. G. y Sarason, B.R. (2004). *Abnormal Psychology : The Problem of Maladaptive Behavior*. (11a ed.). Upper Saddle River, NJ.: Prentice Hall.
- Schimdt, M. A. y Leigh, B. (1997). Virtual subjects using the Internet as an alternative source of subjects and research environment. *Behavior Research Methods, Instruments and Computers*, 29 (4), 496-505.

- Schmitt, M., Nader, M. y Casullo, M. (2003). Patrones y peculiaridades del apego romántico en adultos de 62 regiones culturales. ¿Son los modelos de Si Mismo y otros constructos panculturales?. En *Psicodebate* 4. (pp. 105-129). Buenos Aires: Universidad de Palermo.
- Segall, M. H., Lonner, W. J. y Berry, J. W. (1998). Cross-cultural psychology as a scholarly discipline; on the flowering of culture in behavioral research. *American Psychologist*, 53 (10), 1101-1110.
- Segall, M.H. (1984). More than we need to know about culture, but are afraid not to ask. *Journal Cross-Cultural Psychology*, 15 (1), 153-162.
- Segall, M. H. (1979). *Cross-cultural psychology: human behavior in global perspective*. Monterey, CA: Brooks/Cole Pub.Co.
- Seligman, M. E. P. (2003). *La autentica felicidad*. Barcelona: Javier Vergara.
- Silver, R. C., Holman, E. A., McIntosh, D. N., Poulin, M. y Gil-Rivas, V. (2002). Nation wide longitudinal study of psychological responses to September 11th. *Journal of the American Medical Association*, 288 (10), 1235-1244.
- Sindzingre N. (1989). *La noción de la transferencia de representaciones: el ejemplo de los aspectos culturales del infortunio original: La notion de transfert de représentations : l'exemple des aspects culturels de l'infortune*. *Anthropologia medica* 5-6.
- Spielberger, C. D. (1984). *State-trait anxiety inventory : a comprehensive bibliography*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

SPSS® 12.5 (2004), SPSS Inc Headquarters, 233 S. Wacker Drive, 11th floor
Chicago, Illinois 60606, USA.

Stahl, S. (1993). Mixed anxiety and depression: clinical implications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54 (supl), 33-38.

Stein, M. B. y Uhde, T. W. (1988). Panic disorder and major depression. A tale of two syndromes. *Psychiatric Clinic of North America*, 11 (2), 441-461.

Stewart, M., Betson, C., Marshall, I. B., Wong, C. M., Lee, P. W. H. y Lam, T. H. (1995). Stress and vulnerability in medical students. *Medical Education*, 29 (1), 119-127.

Storch, E., Roberti, J. y Roth, DA. (2004). Factor structure, concurrent validity, and internal consistency of the Beck Depression Inventory-Second Edition in a sample of college students. *Depress Anxiety*, 19 (3), 187-189.

Tabachnick, B. G. y Fidel, L. S. (1989). *Using Multivariate Statistics*. (2a ed.) New York: Harper Collins.

The Belmont Report (1979). *Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research* (Rep. No. 78-0012). The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Washington DC: Department of Health, Education, and Welfare. Disponible en <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.htm> or <http://www.nihtraining.com/ohrsite/guidelines/belmont.html>

- The CIRP Freshman Survey (2002). *Cooperative Institutional Research Program (CIRP)* Higher Education Research Institute, UCLA, Graduate School of Education & Information Studies, Mailbox 951521 Los Angeles, CA 90095-1521. USA. Disponible en <http://www.gseis.ucla.edu/heri/heri.html>.
- Torgersen, S. (1983). Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40 (19), 1085-1089.
- Triandis, H., Lambert, W., Berry, J., Lonner, W., Heron, A., Brislin, R. y Draguns, J. (1980) *Handbook of Cross-Cultural Psychology*, Boston: Allyn & Bacon.
- Turk, J. y Wiley, S. J. (1997). Teaching social and ethical issues in the literacy course. *ACM SIGCSE Bulletin*, 29 (1), 10-14.
- Turner, G. M., Sweany, N. W. y Husman, J. (1998). Redefining and measuring computer literacy for the 21st century. Poster presentation at the 24th International Congress of Applied Psychology. San Francisco, CA.
- Vallejo, J. (1991). Trastornos de angustia. En Vallejo, J. (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (3^a ed., pp. 340-354). Madrid: Salvat.
- Vallejo, J. (1992). *Árboles de decisión en Psiquiatría*. Barcelona: JIMS.
- Vallejo, J., Gastó, C., Cardoner, N. y Catalán, R. (2002). *Comorbilidad de los trastornos afectivos*. Barcelona: Ars Médica.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clinica y Salud*, 8 (3), 403-422.

- Vitaliano, P. P., Maiuro, R. D., Russo, J. y Mitchell, E. S. (1989). Medical student distress. A longitudinal study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177 (2), 70-76.
- Watson, J. B. y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reaction. *Journal of Experimental Psychology*, 3 (1), 1-14.
- Weissman, M. M., Myers, J. K. y Harding, P. S. (1978). Psychiatric disorders in a U.S. urban community: 1975-1976. *American Journal of Psychiatry*, 135 (4), 459-462.
- Welch, N. y Krantz, J. H. (1996). The World-Wide Web as a medium for psychoacoustical demonstrations and experiments: Experience and results. *Behavior Research Methods, Instruments and Computers*, 28 (2), 192-196.
- Whisman, M., Perez, J. y Ramel, W. (2000). Factor structure of the Beck Depression Inventory - Second Edition (BDI-II) in a student sample. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (3), 545-551.
- Wolf, T. M. (1994). Stress, coping and health: enhancing well-being during medical school. *Medical Education*, 28 (1), 8-17.
- Wolpe, J. (1977). *Práctica de la terapia de conducta*. Mexico: Trillas.
- Wolpe, J. (1990). *The Practice of Behavior Therapy*. (4a ed.) New York: Pergamon Press.
- Yehuda, R. y McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 152 (12), 1705-1713.

Zhang, Y. (2002). Comparison of internet attitudes between industrial employees and college students. *Cyberpsychology and Behaviour*. 5 (2), 143-149.