

Evidencias de validez externa, discriminante y diagnóstica de la Escala Multidimensional de Ansiedad (EMA).

Díaz Kuaik Iliana¹

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar las evidencias de validez externa, discriminante y diagnóstica de la Escala Multidimensional de Ansiedad (EMA; Díaz Kuaik & de la Iglesia, 2017). Participó una muestra de 177 sujetos entre 18 y 78 años, de los cuales 68.9% pertenecían a población general y el 31.1% a población clínica. La validez externa se examinó a través de un estudio de tipo concurrente con el STAI-R y el ISRA y un estudio por grupos contrastados. Las correlaciones halladas entre las distintas escalas mencionadas permiten considerar a la EMA como un buen sustituto de éstas, que aporta información novedosa a la obtenida por dichos criterios externos ($r=.80$ y $.75$, $p<.001$). Las diferencias en los niveles de ansiedad hallados entre la muestra clínica y general ($p<.001$) ponen en evidencia la capacidad de la EMA para discriminar entre ambas poblaciones. La validez diagnóstica se determinó tomando como criterio de referencia el ISRA en tres puntos de corte que diferencian distintos niveles de ansiedad, reportándose una concordancia significativa entre estos ($p<.005$). La validez discriminante se examinó a través de un estudio correlacional con el BDI-II. Los resultados fueron coincidentes a los hallados en otras medidas de ansiedad ($r=.74$, $p<.001$) lo que plantea la necesidad de revisar la validez de estos constructos. La evidencia acumulada permite concluir que la EMA cuenta con adecuada evidencia de validez externa para ser utilizada como medida actualizada y multidimensional de ansiedad. Asimismo, ofrece puntos de corte tentativos para diferenciar distintos niveles de ansiedad.

Palabras clave: ansiedad, evaluación multidimensional, validez externa, validez discriminante.

Evidence of external, discriminating and diagnostic validity of Multidimensional Anxiety Scale (EMA).

Abstract

The objective of this study was to analyze the evidence of external, discriminant and diagnostic validity of the Multidimensional Anxiety Scale (EMA; Díaz Kuaik & de la Iglesia, 2017). A sample of 177 subjects between 18 and 78 years old participated, of which 68.9% belonged to the general population and 31.1% to the clinical population. External validity was examined through a concurrent study with STAI-R and ISRA and a study by contrasting groups. The correlations found between the different scales mentioned allow EMA to be considered as a good substitute for these, which provides new information to that obtained by said external criteria ($r=.80$ and $.75$, $p<.001$). The differences in anxiety levels found between the clinical and general sample ($p<.001$) show the EMA's ability to discriminate between both populations. The diagnostic validity was determined using the ISRA as a reference criterion at three cut-off points that differentiate different levels of anxiety, reporting a significant agreement between these ($p<.005$). The discriminant validity was examined through a correlational study with the BDI-II. The results were consistent with those found in other measures of anxiety ($r=.74$, $p<.001$), which raises the need to review the validity of these constructs. The accumulated evidence allows us to conclude that the EMA has adequate external validity evidence to be used as an updated and multidimensional measure of anxiety. It also offers tentative cut points to differentiate different levels of anxiety.

Keywords: anxiety, multidimensional evaluation, external validity, discriminant validity, diagnostic validity.

Introducción

El interés por la delimitación de la ansiedad y su discriminación sintomática de la depresión

¹ Universidad Nacional de Buenos Aires. E-mail: ilianadiazk@gmail.com

Evidencias de validez externa, discriminante y diagnóstica de la Escala Multidimensional de Ansiedad (EMA).

constituye uno de los mayores desafíos psicopatológicos por sus implicaciones clínicas para el diagnóstico y el tratamiento de estos trastornos (Agudelo, Buela Casal & Spielberger, 2007; Díaz Kuaik & de la Iglesia, 2017). De hecho, abordar el constructo ansiedad resulta un reto ineludible dada su complejidad y constante desarrollo, lo que se ha visto reflejado bajo el formato de test psicológicos (Díaz Kuaik & de la Iglesia, 2017, 2019a). Así, cada modelo teórico ha generado formas concretas de evaluación e instrumentos que operacionalizan la variable privilegiando ciertos aspectos del fenómeno sobre otros (Díaz Kuaik & de la Iglesia, 2019b; Fernández Ballesteros, 1980; Kirchner, Torres & Forns, 1998). En efecto, toda evaluación psicológica posee sesgos teóricos y procedimentales a la hora de medir la conducta humana (Agudelo, et al., 2007; Kirchner et al., 1998). De todas formas, los resultados arrojados por aquellos instrumentos contruidos para medir una misma variable poseen algún grado de asociación y sus discrepancias suelen responder a dichas diferencias teóricas y operacionales (Fernández Liporace, Cayssials, Pérez, 2013; Tornimbeni, Pérez & Olaz, 2008).

Localmente hay disponibles dos medidas específicas para evaluar ansiedad, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel Tobal & Cano Vindel, 1986, 2002) y el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI; Leibovich de Figueroa, 1991; Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1983). Ambas privilegian ciertas manifestaciones sintomáticas que son congruentes con el modelo que las sustenta, pero ofrecen una cobertura limitada del constructo teniendo en cuenta los criterios diagnósticos vigentes y los modelos teóricos modernos (Díaz Kuaik & de la Iglesia, 2017, 2019b). Por lo general dejan fuera síntomas patognomónicos pertenecientes a los dominios fisiológicos y conductuales, fundamentales para determinar el diagnóstico clínico y orientar las primeras intervenciones terapéuticas (Díaz Kuaik & de la Iglesia, 2017). En este sentido, los tratamientos eficaces requieren el diseño de intervenciones acordes a las manifestaciones de cada paciente y a los patrones conductuales desadaptativos que mantienen dicho trastorno, siendo estos los primeros síntomas a abocarse en el tratamiento de la ansiedad (Clark & Beck, 2012; Keegan 2007; Keegan & Holas, 2010). Por ello, la evaluación multidimensional de la ansiedad es un

recurso esencial que permite determinar tanto el perfil de respuesta del paciente como sus factores de mantenimiento (Díaz Kuaik & de la Iglesia, 2017, 2019b) guiando al terapeuta en la conducción de tratamientos eficaces (Clark & Beck, 2012; Keegan & Holas, 2010). Asimismo, permite evaluar la eficacia de los tratamientos, valorando la intensidad y remisión sintomática de cualquier categoría diagnóstica dentro de los trastornos de ansiedad, dado que incluye aquellos síntomas patognomónicos de cada dominio— fisiológico, conductual, cognitivo y afectivo - (Díaz Kuaik & de la Iglesia, 2007) formulado por la teoría cognitiva de la ansiedad (Clark & Beck, 2012).

Por otro lado, la capacidad de estos instrumentos para discriminar síntomas de ansiedad y depresión es uno de los puntos más débiles y controvertidos. El STAI incluye un elevado porcentaje de ítems con sintomatología propia del episodio depresivo mayor y carece de reactivos que valoren aquellos síntomas específicos que discriminan ansiedad de depresión (Sanz, 2014; Sanz García Vera & Fortún, 2012; Sanz & Navarro, 2003), como son los síntomas conductuales de evitación y los fisiológicos de activación, característicos de la ansiedad. Ambas escalas reportan correlaciones moderadas con medidas de ansiedad y depresión (Bados, Gómez Benito & Balaguera, 2010; Bieling, Antony & Swinson, 1998; Caci, Baylé, Dossios, Robert & Boyer, 2003; Miguel Tobal & Cano Vindel, 2002; Williams et al., 1991).

No obstante, si bien la ansiedad y la depresión se han conceptualizado en categorías diagnósticas claramente diferenciadas (Watson et al., 1995), numerosos estudios han señalado la dificultad que significa distinguirlas de forma empírica ya sea a través de los criterios diagnósticos clínicos como a través de medidas de autoinforme (Brown & Barlow, 1998; Clark & Watson, 1991; Joiner, 1996; Kendall & Watson, 1989; Maser & Cloninger, 1990; Lovibond & Lovibond, 1995). Esto podría explicarse a través de diferentes elementos. Uno de ellos se relaciona con el solapamiento sintomático de ambos trastornos sobre todo a nivel de los dominios cognitivo y afectivo, descritos por el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y la teoría cognitiva (Clark & Beck, 2012), lo que ha dificultado establecer las características propias de cada cuadro clínico

Evidencias de validez externa, discriminante y diagnóstica de la Escala Multidimensional de Ansiedad (EMA).

(Agudelo et al., 2007; González, Herrero, Viña, Ibáñez & Peñate, 2004). En este aspecto, aunque la teoría cognitiva ha procurado establecer la especificidad cognitiva de la ansiedad y la depresión, ha logrado aportar evidencia de esta solamente a nivel de contenidos cognitivos (Clark & Beck, 2012; Sanz, 1993) y no así a nivel de operaciones cognitivas, dado que ambos trastornos parecen compartir los mismos mecanismos.

Por lo antedicho, en las últimas décadas se ha comenzado a pensar en un diagnóstico dimensional de los trastornos emocionales y las investigaciones actuales enfatizan la necesidad de identificar aquellos aspectos comunes entre ambos trastornos más que establecer la especificidad sintomática de cada uno de ellos (Barlow et al., 2017). Dicha perspectiva de gran relevancia teórica y práctica ha dado lugar a modelos y tratamientos novedosos e integrativos que derribaron las fronteras inequívocas entre trastornos (Hernández Guzmán, del Palacio, Freyre & Alcázar Olán, 2011; Sandín, Chorot & Valiente, 2012; Sandín, 2014). La misma se origina en los estudios realizados por Clark y Watson (1991) sobre múltiples medidas psicométricas y clínicas de depresión y ansiedad, a partir de los cuales extrajeron factores específicos y compartidos entre ambos trastornos. Los factores específicos fueron: *activación fisiológica* en la ansiedad y *anhedonia* en la depresión; y el factor compartido entre ambos fue la *angustia afectiva* o *afecto negativo*. Barlow (2002, 2004) en un intento por explicar dicho factor general identificó como mecanismo subyacente en el desarrollo y mantenimiento de ambos trastornos la utilización de estrategias desadaptativas de *regulación emocional*, tales como la evitación y supresión emocional, bajo un origen etiológico común. A partir de este *modelo transdiagnóstico* desarrolló un tratamiento unificado de los trastornos emocionales, centrado en el manejo de la emoción, que ha impulsado una fructífera línea de investigación e instaurando un enfoque clínico novedoso de gran desarrollo actual.

Otro elemento que podría explicar la dificultad para diferenciar ansiedad y depresión es la elevada comorbilidad existente entre ambos trastornos, lo cual fundamenta la idea de que ambos fenómenos deberían pensarse en términos dimensionales (Sandín et al., 2012; Sandín, 2014; Barlow, 2002, 2004, Barlow et al., 2017). En este sentido, Sanz y Navarro (2003) concluyeron que la

elevada correlación existente entre las medidas de ansiedad y depresión no necesariamente estaba determinada por la falta de validez discriminante entre las escalas, sino por la elevada comorbilidad entre ambos trastornos. Dicha afirmación fue sustentada a través del análisis factorial conjunto de los ítems que componen ambas escalas, al obtenerse dos factores claramente diferenciables en los cuales saturaban en un mismo factor los ítems respectivos de cada escala. Por ello, sería esperable que las medidas de ansiedad obtengan correlaciones moderadas con medidas de depresión, siendo de magnitud inferior en aquellas subescalas que valoran síntomas no compartidos en ambos trastornos.

Dada las limitaciones mencionadas se hace necesario contar con instrumentos más actualizados respecto a los criterios diagnósticos vigentes y a los modelos teóricos de la ansiedad. Recientemente se ha construido la Escala Multidimensional de Ansiedad (EMA; Díaz Kuaik & de la Iglesia, 2017) con el fin de cubrir dicha vacante instrumental. La misma fue elaborada a partir de las conceptualizaciones teóricas más modernas de la ansiedad como la teoría cognitiva de la ansiedad (Clark y Beck, 2012) y los últimos criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad (DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). La EMA permite la valoración multidimensional de los síntomas clínicos de ansiedad de modo congruente con la conceptualización cognitiva de la ansiedad (Díaz Kuaik & de la Iglesia, 2017, 2019b). La cual define a la ansiedad como una respuesta emocional compleja que agrupa un conjunto de manifestaciones fisiológicas, cognitivas, afectivas y conductuales (Clark y Beck, 2012). La EMA a diferencia del STAI y el ISRA logra una cobertura mayor de los distintos sistemas de respuesta, sobre todo en aquellos síntomas fisiológicas y conductuales patognomónicos del trastorno (Díaz Kuaik & de la Iglesia, 2017) y que permitirían diferenciarlo de la depresión.

Las propiedades psicométricas de la EMA respecto a su validez de constructo, aparente, diferencial y de contenido han resultado satisfactorias (Díaz Kuaik, 2018, 2020; Díaz Kuaik & de la Iglesia, 2017). Con la finalidad de aportar nuevas evidencias al instrumento, el presente estudio se propone: (1) indagar acerca de las evidencias de validez externa de la EMA a través

Evidencias de validez externa, discriminante y diagnóstica de la Escala Multidimensional de Ansiedad (EMA).

del estudio de su asociación con medidas de ansiedad, (2) indagar acerca de las evidencias de validez discriminante de la EMA a través de su asociación con una medida de depresión, (3) analizar la validez diagnóstica de la EMA, tomando como criterio de referencia el ISRA.

Método

Participantes

El muestreo fue no probabilístico de carácter intencional. Se trabajó con una muestra compuesta por 177 sujetos, de los cuales el 68.9% pertenecía a población general y el 31.1% pertenecían a población consultante. Estos últimos derivados a tratamiento psicológico en el ámbito privado con un diagnóstico presuntivo de trastorno de ansiedad y/o depresión. El 52.5% de los participantes eran mujeres y el 47.5% varones. La mayoría residían en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (74.0%) y en la Provincia de Buenos Aires (24.9%), el 1.2% restante en otra provincia. El promedio de edad fue de 37.02 ($DE = 13.37$, $Min=18$, $Max=78$) y el de estudios fue de 13.37 ($DE = 2.70$, $Min=3$, $Max=18$).

Cabe destacar que sólo una proporción de los participantes contestaron al ISRA debido a las limitaciones temporales que insumía su aplicación, la complejidad del sistema de respuesta y el nivel educativo requerido para realizar la misma. Por ende, para los análisis de validez externa con el ISRA se trabajó con una submuestra de 96 sujetos. La misma se compuso en un 52% de población general y un 47.9% de población consultante, de los cuales el 80.2% residía en la Ciudad de Buenos Aires y el 19.8% en la Provincia de Buenos Aires. El 52% eran mujeres y el 47.5% varones. El promedio de edad fue de 33.76 ($DE=12.27$, $Min=18$, $Max=66$) y el de estudios de 14.04 ($DE=1.86$, $Min=10$, $Max=18$).

Materiales

Escala Multidimensional de Ansiedad (EMA; Díaz Kuaik & de la Iglesia, 2017). Esta escala se construyó a partir de los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) y la teoría cognitiva de la ansiedad (Clark & Beck, 2012). Proporciona una medida de la presencia e intensidad de síntomas de ansiedad. Para este estudio se trabajó con la versión

definitiva de la escala (Díaz Kuaik, 2020) compuesta por 27 ítems indicativos de síntomas clínicos de ansiedad, con un formato de respuesta likert cuyo rango de clasificación van de 0 (*nunca*) a 4 (*siempre*). La misma ofrece una puntuación total y tres medidas dimensionales (*cognitivo/afectiva, fisiológica y conductual*). La escala ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en cuanto a su validez de constructo, diferencial, de contenido y fiabilidad para su uso como una medida multidimensional de ansiedad tanto en población general como clínica (Díaz Kuaik, 2008, 2020; Díaz Kuaik & de la Iglesia, 2007).

Inventario de Depresión de Beck- Segunda edición, Beck Depression Inventory- Second edition (BDI- II; Beck, Steer, & Brown, 1996, 2006). Se utilizó para buscar evidencias de validez discriminante. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas según los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994) con un formato de respuesta de opción múltiple cuyos rangos de clasificación van de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Ofrece una media total de depresión. La versión argentina (Brenlla & Rodríguez, 2006) demostró poseer adecuada consistencia interna, validez factorial, diferencial y criterial para su uso tanto en población clínica, como en estudiantes universitarios. En el presente estudio la escala obtuvo buena consistencia interna ($\alpha=.930$) y una estructura bifactorial congruente con la escala original ($KMO=.921$; $Barlett\ x^2=1773.929$; $gl=210$; $p=.000$; $Varianza=49.55\%$).

Escala de Ansiedad Rasgo (STAI-R; Leibovich de Figueroa, 1991; Spielberger et al., 1983). Se utilizó para buscar evidencias de validez convergente. Es un inventario autoaplicado, compuesto por 20 ítems, con un formato de respuesta likert cuyo rango van de 1 (*casi nunca*) a 4 (*casi siempre*). Otorga una medida general de ansiedad. La versión argentina (Leibovich de Figueroa, 1991) demostró poseer las propiedades psicométricas adecuadas para su uso tanto en la clínica como en investigación: elevada consistencia interna, adecuada validez concurrente, convergente, divergente y de constructo. En el presente estudio la escala obtuvo buena consistencia interna ($\alpha=.939$) y una estructura unifactorial congruente con la escala

Evidencias de validez externa, discriminante y diagnóstica de la Escala Multidimensional de Ansiedad (EMA).

original ($KMO = .939$; $Barlett\ x^2 = 2059.116$; $gl = 190$; $p = .000$; $Varianza = 48.09\%$).

Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA; Miguel Tobal & Cano Vindel, 1986, 2002). Se utilizó para buscar evidencias de validez convergente y diagnóstica. Valora por separado distintas respuestas de ansiedad: 10 fisiológicas, 7 cognitivas y 7 motoras, ante 23 situaciones de la vida cotidiana susceptibles a generarlas. La escala posee un formato de respuesta interactivo cuyo rango de clasificación van de 0 (*casi nunca*) a 4 (*casi siempre*). La versión original demostró poseer propiedades psicométricas adecuadas discriminación entre grupos con distintos niveles de ansiedad, adecuada estabilidad test, re-test, adecuada validez factorial, elevada validez empírica. La adaptación argentina (Miguel Tobal & Cano Videl, 2002) obtuvo propiedades psicométricas similares a las halladas en la versión original. En el presente estudio se obtuvo buena consistencia interna para cada una de sus medidas ($\alpha\ Total = .986$; $\alpha\ Cognitiva = .962$; $\alpha\ Fisiológica = .983$; $\alpha\ Motora = .959$).

Ficha de registro de datos sociodemográficos. Mediante la misma se recabó información sociodemográfica básica de los participantes (e.g., sexo, edad, lugar de residencia, nivel educativo).

Procedimiento

Recolección de datos

La recogida de datos se realizó en diversos ámbitos educativos, laborales, recreativos y clínicos. Los protocolos fueron administrados de manera presencial y en formato lápiz y papel. El estudio contó con los respectivos avales institucionales. Se solicitó a todos los participantes la firma de un consentimiento informado y se evaluó la historia clínica del paciente -en el caso de la muestra clínica- previo a la administración del protocolo de recolección de datos que se especifica en el apartado de materiales. Se cumplieron las normas éticas internacionales pautadas por la American Psychological Association.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados a través del programa estadístico SPSS 20. Se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio y se evaluó la normalidad y homogeneidad de varianzas, utilizando la prueba de Kolmogórov-Simirnov y

Levene respectivamente. Las variables de estudio no lograron la distribución normal, presentando una asimetría positiva al tratarse de sintomatología clínica. Dada la potencia estadística de las pruebas paramétricas, se optó por aplicarlas en todos los casos realizándose un Bootstrap de 500 muestras, comparándose la variación de las estimaciones obtenidas con pruebas no paramétricas, a fin de dotar de mayor fundamentación estadística a los resultados encontrados.

Para determinar la validez externa y discriminante se realizaron distintos análisis estadísticos. La evidencia de validez convergente se estableció correlacionando el EMA con el STAI-R y el ISRA, a través del cálculo de la r de Pearson con Bootstrap de 500 muestras y Rho de Spearman. La validez discriminante se realizó correlacionando el EMA con el BDI-II, a través del cálculo de la r de Pearson con Bootstrap de 500 muestras y Rho de Spearman. La validez a través de grupos contrastados se determinó a través de las pruebas t de Student y U de Mann-Whitney. Para determinar la validez diagnóstica de la EMA, se calculó y analizó la curva ROC del instrumento tomando como criterio de referencia el diagnóstico o *Gold Standard* (GS) el ISRA en tres puntos de corte: cantil 25, 75 y 90 a fin de diferenciar entre niveles de ansiedad mínimo, moderado, severos y extremos. Se seleccionaron para cada una de las medidas de la EMA-puntuación total, cognitivo/afectivo, fisiológico y conductual- las puntuaciones que lograban mayor sensibilidad y especificidad diagnóstica de acuerdo con el Índice de Youden. A partir de tablas de contingencia, se analizó grado de concordancia - a través del estadístico Kappa - entre el criterio diagnóstico obtenido a través de la EMA y el obtenido a través del ISRA para cada una de las medidas: puntaje total, cognitivo/afectivo, fisiológico y conductual. Finalmente se calcularon para cada punto de corte los parámetros de rendimiento diagnóstico: Sensibilidad (S), Especificidad (E), Valor Predictivo Positivo (VPP), Valor Predictivo Negativo (VPN).

Resultados

Evidencias de validez concurrente

Se observaron correlaciones significativas entre las distintas escalas y subescalas analizadas. La asociación fue considerable entre los puntajes totales de las escalas analizadas, y entre el puntaje

Evidencias de validez externa, discriminante y diagnóstica de la Escala Multidimensional de Ansiedad (EMA).

total del STAI-R con la subescala cognitivo/afectiva de la EMA. El puntaje total del STAI-R correlacionó de forma más débil con la subescala conductual del EMA y de forma media con la subescala fisiológica de la misma escala. Por su

parte, el puntaje total del ISRA correlacionó de forma media con cada una de las subescalas de la EMA. Por otro lado, las subescalas del ISRA y de la EMA obtuvieron una correlación media entre sí (Tabla 1 y 2).

Tabla 1

EMA, Correlaciones con medidas de ansiedad.

Medidas externas Puntaje total	EMA Subescalas	Datos estadísticos		
		R	Rho	Bootstrap 95%IC
STAI-R n=177	Cognitivo/afectivo	.867**	.839**	[.82,.90]
	Conductual	.449**	.414**	[.30,.57]
	Fisiológico	.587**	.542**	[.47,.69]
	Puntaje total	.797**	.791**	[.30,.58]
ISRA n=96	Cognitivo/afectivo	.666**	.679**	[.50,.79]
	Conductual	.614**	.472**	[.41,.75]
	Fisiológico	.653**	.606**	[.45,.80]
	Puntaje total	.750**	.731**	[.60,.86]

Nota: *indica $p < .05$, ** indica $p < .01$; IC=Índice de Confianza

Tabla 2

EMA, Correlaciones con dimensiones del ISRA (n=96).

EMA	ISRA	Datos estadísticos		
		R	Rho	Bootstrap 95%IC
Cognitivo/afectivo	Cognitivo	.639**	.615**	[.47,.78]
Conductual	Conductual	.538**	.415**	[.30,.70]
Fisiológico	Fisiológico	.662**	.633**	[.45,.81]

Nota: *indica $p < .05$, ** indica $p < .01$; IC=Índice de Confianza

Evidencia de validez discriminante

Se halló una correspondencia media entre el puntaje total obtenido en el BDI-II y el puntaje total obtenido en la EMA. Con respecto a la asociación del puntaje total del BDI-II con las diferentes

subescalas de la EMA, se constató una asociación media con la subescala cognitivo/afectiva y con la fisiológica de la EMA, hallándose una asociación más débil con la subescala conductual (Tabla 3).

Tabla 3

Evidencias de validez externa, discriminante y diagnóstica de la Escala Multidimensional de Ansiedad (EMA).

EMA, Correlaciones con medidas de depresión (n=177).

Medidas externas Puntaje total	EMA Subescalas	Datos estadísticos		
		R	Rho	Bootstrap 95%IC
BDI-II	Cognitivo/afectivo	.730**	.736**	[.64,.81]
	Conductual	.436**	.389**	[.28,.59]
	Fisiológico	.624**	.593**	[.47,.75]
	Puntaje total	.735**	.727**	[.64,.82]

Nota: *indica $p < .05$, ** indica $p < .01$; IC=Índice de Confianza

Evidencia de validez externa por grupos contrastados

En todos los casos la muestra clínica obtuvo puntuaciones significativamente mayores respecto a

las halladas en la muestra de población general (Tabla 4).

Tabla 4

EMA, Diferencias según submuestra (N=543).

Subescalas	Mc	Mg	t	p-valor	p-valor		
					Levene	NP	Bootstrap
Cognitivo/Afectiva	22.28	14.56	7.718	.000	.028	.001	.002
Fisiológica	12.26	6.45	6.258	.000	.000	.000	.002
Conductual	4.04	2.74	4.056	.000	.000	.000	.002
Total	37.22	22.62	7.125	.000	.005	.000	.002

Nota: NP=U de Mann-Whitney; Mc= Media submuestra clínica; Mg= Media submuestra población general.

Evidencias de validez externa como método diagnóstico.

La tabla 5 expresa la capacidad de la EMA para discriminar diferentes niveles de ansiedad utilizándose como criterio de comparación diagnóstica el ISRA en los centiles 25, 75 y 90. Los resultados reportan las puntuaciones que obtuvieron el mayor índice de Youden en cada una de las medidas de la EMA - puntaje total, cognitiva/afectiva, fisiológica y conductual – para la muestra total participante y diferenciado por sexo. Se obtuvieron para cada caso puntos de corte distintos, que se informan con sus respectivos índices de sensibilidad y especificidad.

Al compararse los dos criterios diagnósticos se halló una concordancia significativa para cada uno de los puntos de corte analizados, obteniéndose un rango de acuerdo entre regular a sustancial variando en la muestra femenina y masculina. Con respecto a la primera, los puntos de corte con mayor nivel de acuerdo se encontraron en la subescala

cognitivo/afectiva y en el puntaje total de la escala. Los puntos de corte de la escala conductual obtuvieron un grado de acuerdo moderado, y los de la escala fisiológica regulares.

En lo que respecta a la capacidad de estos puntos de corte para identificar correctamente aquellos que poseen ansiedad –Sensibilidad– y los que no poseen ansiedad –Especificidad– se halló que los puntos propuestos para la subescala cognitivo/afectiva, lograban identificar entre un 85.0% a un 91.3% de los sujetos con ansiedad, y entre un 72.7% a un 85.7% de sujetos sin ansiedad. Respecto a la probabilidad de que un individuo con resultado positivo en la EMA tenga ansiedad y la probabilidad de que un sujeto con resultado negativo en la EMA no tenga ansiedad, se halló que del 65.4% al 97.7% de los sujetos que eran identificados como ansiosos por el EMA, tenían ansiedad, mientras que entre el 53.8% al 88.9% de los sujetos identificados por el EMA como no ansiosos, efectivamente no tenían

Evidencias de validez externa, discriminante y diagnóstica de la Escala Multidimensional de Ansiedad (EMA).

ansiedad. Los resultados anteriores se expresan en la Tabla 6.

Tabla 5

EMA, Análisis curva ROC para determinar puntos de corte (n=96)

EMA Subescalas	GS-ISRA	AUC	p-valor	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
Femenino						
Cognitivo/ afectivo	Percentil 25	.835	.000	16.5	.727	.850
	Percentil 75	.884	.000	23.5	.778	.864
	Percentil 90	.907	.001	27.5	.857	.913
Fisiológico	Percentil 25	.813	.000	5.5	.676	.833
	Percentil 75	.749	.035	7.5	.714	.756
	Percentil 90	.867	.015	9.5	.750	.854
Conductual	Percentil 25	.649	.069	2.5	.563	.714
	Percentil 75	.874	.003	4.5	.833	.851
	Percentil 90	.969	.002	4.5	1.000	.837
Total	Percentil 25	.897	.000	26.5	.710	.952
	Percentil 75	.926	.000	30.0	1.000	.795
	Percentil 90	.940	.001	33.0	1.000	.809
Masculino						
Cognitivo/ afectivo	Percentil 25	.783	.002	8.5	.840	.611
	Percentil 75	.756	.034	18.5	.571	.889
	Percentil 90	.729	.099	18.5	.600	.868
Fisiológico	Percentil 25	.832	.000	2.5	.762	.864
	Percentil 75	.862	.018	10.5	.750	.897
	Percentil 90	.890	.065	10.5	1.000	.878
Conductual	Percentil 25	.651	.092	1.5	.789	.458
	Percentil 75	.872	.015	2.5	1.000	.615
	Percentil 90	.929	.014	3.5	1.000	.800
Total	Percentil 25	.828	.000	14.5	.773	.762
	Percentil 75	.779	.045	23.5	.800	.737
	Percentil 90	.971	.007	35.0	1.000	.925
Total						
Cognitivo/ afectivo	Percentil 25	.788	.000	9.5	.912	.513
	Percentil 75	.827	.000	17.5	.857	.732
	Percentil 90	.905	.000	17.5	1.000	.721
Fisiológico	Percentil 25	.840	.000	2.5	.815	.732
	Percentil 75	.795	.001	9.5	.636	.869
	Percentil 90	.882	.002	9.5	.833	.854
Conductual	Percentil 25	.631	.027	2.5	.571	.681
	Percentil 75	.888	.000	3.5	.889	.793
	Percentil 90	.926	.001	3.5	1.000	.769
Total	Percentil 25	.858	.000	18.0	.837	.696
	Percentil 75	.879	.000	30.5	.923	.841
	Percentil 90	.948	.000	33.0	1.000	.839

Nota: GS-ISRA= Gold standard ISRA; AUC=Área bajo la curva.

Evidencias de validez externa, discriminante y diagnóstica de la Escala Multidimensional de Ansiedad (EMA).

Tabla 6Validez diagnóstica de puntos de corte ($n=96$).

<i>Subescalas</i>	<i>GS-ISRA</i>	<i>EMA-PC</i>	<i>S</i>	<i>E</i>	<i>VPP</i>	<i>VPN</i>	<i>Kappa</i>	<i>p-valor</i>
Femenino								
Cognitivo/ afectivo	<i>Percentil 25</i>	16.5	.850	.727	.654	.889	.545	.000
	<i>Percentil 75</i>	23.5	.864	.778	.950	.538	.545	.000
	<i>Percentil 90</i>	27.5	.913	.857	.977	.600	.652	.000
Fisiológico	<i>Percentil 25</i>	5.5	.842	.676	.593	.885	.475	.000
	<i>Percentil 75</i>	7.5	.761	.714	.946	.313	.308	.011
	<i>Percentil 90</i>	9.5	.857	.750	.977	.300	.360	.003
Conductual	<i>Percentil 25</i>	<i>ns</i>	-	-	-	-	-	-
	<i>Percentil 75</i>	4.5	.851	.833	.976	.417	.477	.000
	<i>Percentil 90</i>	4.5	.837	1.000	1.000	.333	.436	.000
Total	<i>Percentil 25</i>	26.5	.955	.710	.700	.957	.631	.000
	<i>Percentil 75</i>	30.0	.800	1.000	1.000	.471	.547	.000
	<i>Percentil 90</i>	33.0	.813	1.000	1.000	.357	.450	.000
Masculino								
Cognitivo/ Afectivo	<i>Percentil 25</i>	8.5	.611	.656	.733	.750	.462	.002
	<i>Percentil 75</i>	18.5	.889	.111	.914	.500	.435	.004
	<i>Percentil 90</i>	<i>ns</i>	-	-	-	-	-	-
Fisiológico	<i>Percentil 25</i>	2.5	.864	.457	.792	.842	.627	.000
	<i>Percentil 75</i>	10.5	.897	.079	.972	.429	.484	.001
	<i>Percentil 90</i>	<i>ns</i>	-	-	-	-	-	-
Conductual	<i>Percentil 25</i>	<i>ns</i>	-	-	-	-	-	-
	<i>Percentil 75</i>	2.5	.615	.143	1.000	.211	.229	.018
	<i>Percentil 90</i>	3.5	.800	.086	1.000	.273	.358	.002
Total	<i>Percentil 25</i>	14.5	.762	.515	.762	.773	.535	.000
	<i>Percentil 75</i>	23.5	.737	.123	.966	.286	.301	.016
	<i>Percentil 90</i>	35.0	.925	.075	1.000	.500	.632	.000
Total								
Cognitivo/ afectivo	<i>Percentil 25</i>	9.5	.513	.912	.800	.268	.451	.000
	<i>Percentil 75</i>	17.5	.732	.857	.968	.647	.370	.000
	<i>Percentil 90</i>	17.5	.721	1.000	1.000	.706	.350	.000
Fisiológico	<i>Percentil 25</i>	2.5	.738	.815	.756	.200	.554	.000
	<i>Percentil 75</i>	9.5	.871	.636	.949	.611	.397	.000
	<i>Percentil 90</i>	9.5	.856	.833	.987	.722	.356	.000
Conductual	<i>Percentil 25</i>	2.5	.681	.571	.604	.349	.252	.013
	<i>Percentil 75</i>	3.5	.793	.889	.986	.692	.369	.000
	<i>Percentil 90</i>	3.5	.769	1.000	1.000	.808	.258	.000
Total	<i>Percentil 25</i>	18.0	.702	.837	.805	.255	.540	.000
	<i>Percentil 75</i>	30.5	.843	.923	.986	.520	.552	.000
	<i>Percentil 90</i>	33.0	.841	1.000	1.000	.636	.468	.000

Evidencias de validez externa, discriminante y diagnóstica de la Escala Multidimensional de Ansiedad (EMA).

Nota: GS-ISRA= Gold Standard ISRA; EMA-PC=EMA punto de corte; S= Sensibilidad; E=Especificidad; VPP=Valor predictivo positivo; VPN= Valor predictivo negativo.

Discusión

En primer lugar, la asociación hallada entre la puntuación total de la EMA y la obtenida con otras medidas locales de ansiedad, como el STAI-R y el ISRA, permiten afirmar que las tres escalas mencionadas arrojan resultados similares. Por lo tanto, puede considerarse a la EMA como un buen sustituto de la información aportada por éstas. Lo antedicho, resulta beneficioso si se retoman las limitaciones anteriormente mencionadas respecto a la desactualización de dichas escalas, en cuenta a los estándares diagnósticos vigentes y los últimos modelos teóricos de la ansiedad. En este sentido, la EMA permite la detección de los síntomas patognomónicos según ambos criterios, y proporciona información sobre el perfil de respuesta del paciente, lo cual como se mencionó con anterioridad, orienta al terapeuta en la conducción de tratamientos eficaces (Clark & Beck, 2012; Keegan & Holas, 2010). La EMA incluye síntomas comunes atribuidas a los trastornos de ansiedad, más allá de las situaciones temidas o evitadas, por lo que puede ser utilizada como medida de la intensidad o remisión sintomática de cualquier categoría diagnóstica dentro de los trastornos de ansiedad. Aspecto que las escalas disponibles no ofrecen al omitir síntomas pertenecientes a los dominios fisiológicos y conductuales, resultando insuficiente para evaluar aquellos trastornos con predominancia de dichos síntomas como el trastorno de pánico, agorafobia y fobias.

Con respecto a distintas subescalas de la EMA, la asociación hallada con el STAI-R, resulta concordante con la sintomatología que evalúan dicha escala. Su contenido se asocia casi en su totalidad a la sintomatología afectiva y cognitiva, con una proporción mínima de reactivos pertenecientes a otro dominio -uno para del dominio fisiológico: *fatiga*, y uno para el dominio conductual: *inquietud*-. Por su parte, la EMA incluye reactivos de los siguientes síntomas no valorados por el STAI-R: palpitaciones, opresión torácica, hiperventilación, sudoración, escalofríos o sofocos, temblores, parestesias, mareo inestabilidad o desmayo, tensión muscular, sequedad de boca, sensación de atragantamiento, miedo a la evaluación negativa, sobrestimación del peligro, sensación de

vulnerabilidad, subvaloración de las propias capacidades, conducta evitativa, conducta de huida, comportamiento desadaptativo. En cambio, no considera los siguientes síntomas incluidos en el STAI-R: fatiga, pensamientos o imágenes aterradoras, inquietud e indecisión.

Por otro lado, las asociaciones medias encontradas entre las subescalas del ISRA y de la EMA podrían explicarse también a la luz del contenido de cada subescala. En este caso la EMA incluye reactivos de los siguientes síntomas no valorados por el ISRA: opresión en el pecho, temblores, inestabilidad/desmayo, sobreestimación del peligro, dificultades para controlar la preocupación, conducta de huida, comportamiento desadaptativo, sentimiento de estar al límite, miedo sin gatillos situacionales, impaciencia, irritabilidad, angustia. Pero no considera los siguientes síntomas incorporados por el ISRA: fumar o beber demasiado, inquietud, dificultades para hablar, paralización, malestar abdominal, dolor de cabeza y dificultades para concentrarse.

Cabe mencionar que en estudios previos (Díaz Kuaik, 2020) los síntomas del STAI-R e ISRA desestimados por la EMA mostraron escasa relevancia estadística para valorar el constructo, por lo que no fueron considerados para conformar la escala definitiva.

Dadas las siguientes consideraciones, se concluyó que la EMA contaba con suficiente evidencia de validez externa de tipo concurrente con medidas dimensionales de ansiedad. Las correlaciones halladas reflejan las diferencias teóricas y operacionales del constructo, lo que permite confirmar que la EMA aporta información novedosa a la obtenida por los criterios externos, corroborada al analizarse el contenido de cada uno de estos instrumentos.

En segundo lugar, respecto a la medida de depresión no se halló suficiente evidencia de validez discriminante de la EMA con medidas de depresión. Sin embargo, dicho resultado fue coincidente con los reportados en otras medidas de ansiedad (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988; Clark y Watson, 1991; Sanz, et al., 2012; Sanz & Navarro, 2003), y al igual que en estos estudios podría explicarse por

Evidencias de validez externa, discriminante y diagnóstica de la Escala Multidimensional de Ansiedad (EMA).

el solapamiento sintomático entre ambos trastornos y la elevada comorbilidad (Agudelo et al., 2007; Barlow, 2002, 2004; González et al., 2004; Sandín et al., 2012, Sandín, 2014). Asimismo, la asociación encontrada entre el BDI y la subescala cognitiva/afectiva de la EMA es concordante con los hallazgos obtenidos por Clark y Watson (1991) quienes identificaron como factor compartido de ambos trastornos la angustia afectiva, y con el modelo transdiagnóstico de Barlow (2002, 2004) el cual se focaliza en los mecanismos subyacentes de regulación emocional. La asociación de menor magnitud hallada entre el BDI y la subescala conductual y fisiológica apoyan los hallazgos que señalan a éstos como factores específicos de la ansiedad. De acuerdo a los resultados reportados la validez discriminante entre medidas de ansiedad y depresión resulta controversial dada su elevada frecuencia conjunta en la realidad, condición ésta que afecta la discriminación aún entre constructos diferentes relacionados teóricamente (Cohen & Swerdlink, 2001). Los aspectos antes mencionados sugieren la necesidad de revisar la validez de estos constructos como categorías diagnósticas independientes (Agudelo et al., 2007).

En tercer lugar, en lo que respecta a la pertenencia de los sujetos a la condición de *pacientes clínicos* o *población general*, se halló que le EMA permitía discriminar entre ambas muestras, observándose niveles más elevados de ansiedad en los primeros respecto a los segundos. Esto resulta de importancia si se considera que la escala permite discriminar los sujetos con ansiedad normal o

desadaptativa que requieren de atención clínica. De esta forma la escala puede ser utilizada como una medida válida de cribado.

Por último, los puntos establecidos en mujeres para diferenciar entre distintos niveles de ansiedad son medidas sensibles y específicas a tales fines. Puede concluirse que la EMA posee evidencia de validez diagnóstica permitiendo discriminar sujetos con alta y baja ansiedad al ser comparada con puntajes de corte y baremos locales del ISRA. De todas formas, cabe considerar que los puntos de cortes mencionados deben tomarse de forma tentativa dado el número de sujetos que componía la muestra con la que se calcularon los mismos.

Dentro de las limitaciones del presente estudio puede señalarse la inferioridad de casos en la muestra clínica, la complejidad del protocolo de recolección que requería para la aplicación del ISRA de un nivel educativo equivalente a secundario completo e insumía para su respuesta de un tiempo elevado, la utilización del ISRA como Gold Standard, y el número muestral utilizado para la estimación de los puntos de corte. Futuras líneas de investigación deberán por un lado verificar la utilidad de la escala en diversas muestras locales y distintas categorías diagnósticas dentro de trastornos de ansiedad, y por otro, estimar puntos de corte con una muestra más amplia tomando como criterio diagnóstico de referencia instrumentos clínicos de diagnóstico con bases en los criterios del DSM-5. Asimismo, el presente estudio deja abierta algunas interrogantes que apoyan la necesidad de poner a prueba el sistema diagnóstico categorial de los

adaptativa de aquellos con ansiedad patológica o

trastornos emocionales.

Referencias

- Agudelo, D., Buela-Casal, G., & Spielberger, C. D. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición*. Madrid: Panamericana.
- Bados, A., Gómez Benito, J., & Balaguera, G. (2010). The State-Trait Anxiety Inventory, Trait Version: does It really measure anxiety? *Journal of Personality Assessment*, 96(2), 560-567. <https://doi.org/10.1080/00223891.2010.513295>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior therapy*, 35(2), 205-230. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80036-4).

Evidencias de validez externa, discriminante y diagnóstica de la Escala Multidimensional de Ansiedad (EMA).

- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., & Ehrenreich-May, J. (2017). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Madrid: Alianza.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-498.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2006). *BDI-II: Inventario de Depresión de Beck: manual*. Buenos Aires: Paidós.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893-897.
- Bieling, P. J., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1998). The State-Trait Anxiety Inventory, trait version: structure and content re-examined. *Behaviour Research and Therapy*, 36(7-8), 777-788. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00023-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00023-0)
- Brenlla, M. E., & Rodríguez, C. M. (2006). Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). En A.T. Beck (Ed.), *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck: manual* (pp. 11-37). Buenos Aires: Paidós.
- Brown, T. A. & Barlow, D.H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 835-844. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.60.6.835>
- Brown, T.A, Chorpita, R.F., & Barlow, D.H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of Negative Affect, Positive Affect, and Autonomic Arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 179-192. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.107.2.179>
- Caci, H., Baylé, F., Dossios, C., Robert, P., & Boyer, P. (2003). The Spielberger Trait Anxiety Inventory measures more than anxiety. *European Psychiatry*, 18(8), 394-400. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.05.003>
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: ciencia y práctica*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.3.316>
- Cohen, R. J., & Swerdlink, M.E. (2001). *Pruebas y evaluación psicológica. Introducción a las pruebas y a la medición*. México: Mc Graw Hill.
- Díaz Kuaik, I. (2018). *Validez diferencial y baremización de la Escala Multidimensional de Ansiedad (EMA)*. Poster presentado en X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Díaz Kuaik, I. (2020). Evidencias de validez estructural y fiabilidad de la Escala Multidimensional de Ansiedad (EMA). *Revista de Psicología*, 19(2), 148-166. <http://doi.org/10.24215/2422572Xe064>
- Díaz Kuaik, I. & de la Iglesia, G. (2017). Construcción preliminar de una escala multidimensional para evaluar síntomas clínicos de ansiedad. Evidencias de validez de contenido y aparente. *Psicodebate*, 17(1), 71-100. <http://doi.org/10.18682/pd.v17i1.658>
- Díaz Kuaik, I. & de la Iglesia, G. (2019a). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica*, 16(1), 42-50.

Evidencias de validez externa, discriminante y diagnóstica de la Escala Multidimensional de Ansiedad (EMA).

- Díaz Kuaik, I. & de la Iglesia, G. (2019b). La evaluación multidimensional de la ansiedad: Técnicas, aplicaciones y alcances. *Revista Evaluar*, 19(1), 43-58.
- Fernández Ballesteros, R. (1980). *Psicodiagnóstico. Concepto y metodología*. Madrid: Cincel.
- Fernández Liporace, M. M., Cayssials, A., & Pérez, M. (2013). *Curso básico de Psicometría*. Buenos Aires: Lugar.
- González, M., Herrero, M., Viña, C.M., Ibáñez, I. & Peñate, W. (2004). El modelo tripartito: relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto negativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), 289-404.
- Hernández Guzmán, L., del Palacio, A., Freyre, M., & Alcázar-Olán, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), 111-120.
- Joiner, T.E. (1996). A confirmatory factor-analytic investigation of the tripartite model of depression and anxiety in college students. *Cognitive Therapy and Research*, 20(5), 521-539. <https://doi.org/10.1007/bf02227911>
- Keegan, E. & Holas, P. (2010). Cognitive-behavior therapy. Theory and practice. En: Carlstedt, R. (Ed.) *Handbook of integrative clinical psychology, psychiatry and behavioral medicine. Perspectives, practices and research*. New York, Springer.
- Kendall, P.E. & Watson, D. (1989). *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. San Diego: Academic Press.
- Kirchner, T.; Torres, M. & Forns, M. (1998). *Evaluación psicológica, modelos y técnicas*. Barcelona: Paidós.
- Leibovich de Figueroa, N.B (1991). Ansiedad: algunas concepciones teóricas y su evaluación. En M. M. Casullo, N. B. Leibovich de Figueroa & M. Askenazi (Eds.), *Teoría y técnicas de evaluación psicológica* (pp. 123-155). Buenos Aires: Psicoteca.
- Lovibond, P.F. & Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DAS S) with de Beck depression and anxiety inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Maser, J. & Cloninger, E.R. (1990). *Comorbidity in anxiety and mood disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Miguel Tobal, J. J. & Cano Vindel, A. C. (1986). *ISRA Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad*. Madrid: Tea Ediciones.
- Miguel Tobal, J. J. & Cano Vindel, A. C. (2002). *ISRA Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad*. Madrid: Tea Ediciones.
- Sandín, B. (2014). El transdiagnóstico como nuevo enfoque en la psicología clínica y psiquiatría. *C. Médicas Psicosomáticas*, III, 9-13.
- Sandín, B., Chorot, P. & Valiente, R.M. (2014). Transdiagnóstico, nueva frontera en la psicología clínica. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 17(3), 185-203.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48. [https://doi.org/10.1016/s1130-5274\(14\)70025-8](https://doi.org/10.1016/s1130-5274(14)70025-8)
- Sanz, J., & Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59-84.

Evidencias de validez externa, discriminante y diagnóstica de la Escala Multidimensional de Ansiedad (EMA).

- Sanz, J., García Vera, M., & Fortún, M. (2012). El inventario de ansiedad de Beck (BAI) propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral Psychology*, 20(3), 563-583.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. STAI (Form Y), Self evaluation questionnaire*. Palo Alto: CA: Consulting Psychologists Press.
- Tornimbeni, S., Pérez, E., & Olaz, F. (2008). *Introducción a la psicometría*. Buenos Aires: Paidós.
- Watson, D., Weber, K., Clark, L.A, Assenheimer, J.S., Strauss, M.E. & McCormick, RA (1995). Testing a tripartite model: 1. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1),3-14. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.104.1.3>
- Williams, S. J., Puente, A. E., Miguel Tobal, J. J. & Cano Vindel, A. (1991). Validity and reliability of the Inventory of Situations and Responses of Anxiety. *Annual Meeting of the North Carolina Psychological Association*. Atlantic Beach, North Carolina.

Fecha Recepción: 06-04-2020

Fecha Aceptación: 12-04-2021