

Validación Española del Cuestionario de Control de la Ansiedad-Revisado (ACQ-R)

Alejandra Aguilar Latorre

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Universidad de Zaragoza



Director: Jorge Osma

Teruel, 2014

## Índice

Introducción	4
Método	8
Muestra	8
Medidas	9
Procedimiento	10
Análisis estadísticos	11
Resultados	12
Discusión	14
Referencias	17

## Resumen

Presentamos la validación al castellano del cuestionario *Anxiety Control Questionnaire-Revised*. La elección de este instrumento se debe a la importancia del constructo percepción de control en el desarrollo de los trastornos emocionales (Barlow, 2000). Se examina su estructura interna mediante el Análisis Factorial Exploratorio y en una muestra de 382 estudiantes universitarios y 52 personas diagnosticadas con Trastorno de Pánico con o sin agorafobia. También se propone un punto de corte con el objetivo de darle utilidad clínica al instrumento. Los resultados indican que la estructura del ACQ-R se compone de dos factores, tal y como concluyeron en el estudio original Rapee, Craske, Brown y Barlow (1996) sobre el ACQ.

*Palabras clave:* validación, ACQ-R, percepción de control, trastornos emocionales, trastorno de pánico

## Abstract

We present the validation of the Anxiety Control Questionnaire-Revised. The choice of this instrument is due to the importance of perceived control construct in the development of Emotional Disorders (Barlow, 2000). Its internal structure is examined through Exploratory Factor Analysis and in sample of 382 college students and 52 people diagnosed with Panic Disorder with or without Agoraphobia. A cutoff is also proposed with aim to give the instrument a clinical utility. The results indicate that our structure of the ACQ-R consists of two factors, as concluded in the original study of Rapee, Craske, Brown and Barlow (1996) about the ACQ.

*Keywords:* validation, ACQ-R, perception of control, Emotional Disorders, Panic Disorder.

## Introducción

### 1. Percepción de Control

La percepción de control (PC) es una característica personal que contribuye al desarrollo personal y al ajuste psicológico ante diversas amenazas o eventos. Se definiría como una creencia personal de que el individuo tiene capacidad de control sobre uno mismo y sobre las amenazas o eventos externos (Mardiyono, Songwathana y Petpitchetchian, 2011).

A su vez, Chorpita y Barlow (1998) definen “control” como la capacidad de influir personalmente en los eventos y resultados del entorno de uno, principalmente aquellos relacionados con el refuerzo positivo o negativo. Esta definición coincide con la “predicción” en ese control, ya que puede permitir implícitamente la predicción de que algo va a suceder, por ejemplo, la terminación de un evento aversivo. Una sensación de disminución de control comúnmente se asocia con la expresión de ansiedad en ese momento determinado.

#### 1.1 Percepción de control y trastornos emocionales

Barlow (2002) describe la ansiedad como un proceso cognitivo-afectivo donde el individuo tiene un sentido de impredecibilidad e incontrolabilidad de los acontecimientos y emociones potencialmente negativas y perjudiciales. Este sentido se asocia con activación fisiológica, aprensión ansiosa e incertidumbre sobre la habilidad de manejar los miedos.

En sintonía con esta definición, Chorpita y Barlow (1998) establecen que las bajas percepciones de control tanto en eventos internos como externos se ven implicados constantemente en los trastornos emocionales.

La baja PC sería debida a experiencias tempranas con estímulos incontrolables o impredecibles, creando en la persona una “vulnerabilidad psicológica” caracterizada por una percepción crónica de los eventos como fuera del control del organismo.

En los resultados de su trabajo concluyen que la dimensión psicológica de la PC es, posiblemente, un mediador entre la experiencia estresante y la ansiedad, y con el tiempo este sentido se convierte en un moderador algo estable de la expresión de la ansiedad.

En este sentido, Rapee, Craske, Brown y Barlow (1996) sugieren que, en personas con vulnerabilidad, la experiencia inesperada de estallidos emocionales puede desembocar en trastornos emocionales, ya que ven sus emociones o reacciones corporales como si estuvieran fuera de control.

Por otra parte, Chapman, Kertz y Woodruff-Borden (2009) enuncian que las teorías actuales sobre desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales hacen especial hincapié en el control percibido; y que algunos investigadores han propuesto que la percepción de que los eventos indeseables son impredecibles e incontrolables es una característica central de la ansiedad y de los trastornos del estado de ánimo, representado por las altas tasas de comorbilidad entre ellos (Barlow, 2002; Zvolensky, Lejuez y Eifert, 2000).

En otro estudio, White, Brown, Somers y Barlow (2006) obtienen en sus resultados que la sensibilidad a la ansiedad y las percepciones de control (tanto el control sobre eventos amenazantes como sobre las propias emociones) están asociados con la agorafobia; pacientes que temían a los síntomas físicos de la ansiedad y que se percibían con poco control (en sus dos dimensiones) exhibían más evitación fóbica.

Según Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Ellard y Bullis (2013), los trastornos emocionales se caracterizan por compartir una serie de alteraciones emocionales, que parecen estar estrechamente relacionados con el neuroticismo. Los individuos con trastornos emocionales, en comparación con los individuos sanos, tienen niveles más altos de afecto negativo e informan de experimentar emociones negativas más frecuentes e intensas, también presentan sesgos de procesamiento de información hacia lo negativo. Además, muestran una mayor intolerancia a la incertidumbre, a la ambigüedad, o a situaciones que se perciben como incontrolables, lo que conlleva a un elevado afecto negativo. El aumento de la percepción de las emociones como incontrolables e intolerables, así como el aumento de los intentos para controlar las emociones también son características en estos trastornos. Una gran parte de la investigación ha sugerido que estas formas de interpretar y responder a las emociones negativas sirven, paradójicamente, para aumentar y mantener dichas emociones negativas y la sintomatología específica del trastorno emocional. Por lo tanto, consideramos que esta reacción patológica a la experiencia emocional es como la base fenotípica de los trastornos emocionales.

Barlow, Allen y Choate (2004) han definido la teoría de la “triple vulnerabilidad”, -basada en el modelo de diátesis-estrés del desarrollo de la ansiedad generalizada y depresión (Barlow, 2000)- para explicar el set de vulnerabilidades comunes que afectan a los trastornos emocionales, enunciando así la existencia de: una vulnerabilidad biológica generalizada, que implica unas contribuciones inespecíficas de genética al desarrollo, de la ansiedad y el afecto negativo; una vulnerabilidad psicológica generalizada, creada a partir de experiencias tempranas de la vida que contribuyen a la vulnerabilidad para experimentar ansiedad y sus afectos negativos (Chorpita y Barlow, 1998); y una vulnerabilidad psicológica específica que surge del aprendizaje temprano. Es este conjunto de experiencias el que produce una sensación de falta de control que parece ser el núcleo del afecto negativo y de los estados de ansiedad y depresión, ya que si estas dos vulnerabilidades se alinean y el estrés de la vida diaria las potencia, pueden aparecer los trastornos emocionales.

## **2. Evaluación de la percepción de control**

La PC ha sido evaluada con diversos instrumentos basados en diferentes teorías (véase el estudio de Mardiyono, Songwathana y Petpitchetian, 2011). De entre estos, es el *Anxiety Control Questionnaire* (ACQ; Rapee et al., 1996) el creado según la propia teoría de Barlow sobre la adquisición de los trastornos emocionales (Barlow, 2002). Estos autores consideraron que las escalas existentes hasta el momento no medían los aspectos específicos del control y vieron importante desarrollar una medida de control percibido sobre las reacciones emocionales y sobre las amenazas externas, ya que era más relevante para los trastornos de ansiedad (Rapee et al., 1996).

## **3. Características psicométricas y validación del ACQ**

El cuestionario original es el *Anxiety Control Questionnaire* (ACQ; Rapee et al., 1996), compuesto por 30 ítems valorados en una escala de 0 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), con 18 de ellos en forma invertida para evitar los sesgos de respuesta. Respecto a sus propiedades psicométricas, el ACQ presenta una buena fiabilidad para la escala completa (alfa de Cronbach de .82 a .88) y una buena validez discriminante y convergente, ya que correlaciona con otras medidas de ansiedad y de control. En su estudio obtienen que el cuestionario está compuesto por dos factores: PC

sobre las reacciones emocionales internas y PC sobre los eventos externos. Como no hay una clara evidencia de esta composición por dos factores, sugieren que se requiere otra exploración de la estructura factorial del ACQ.

En el 2004, Brown, White, Forsyth y Barlow realizan una reevaluación psicométrica con el ACQ original, creando el *Anxiety Control Questionnaire-Revised* (ACQ-R), el cual se analiza en este trabajo. Es un cuestionario formado por 15 ítems, con una buena fiabilidad (alfa de Cronbach mayor de .80) y compuesto por tres factores. El primer factor, denominado “control emocional” (5 ítems), pertenece a la subescala de “reacciones internas” etiquetada por Rapee et al. (1996); los ítems que la componen parecen reflejar la capacidad de uno mismo para controlar eficazmente sus emociones (p. ej., “Soy capaz de controlar mi nivel de ansiedad”). El segundo factor, “control de amenazas” (6 ítems), se relaciona con la subescala de “eventos externos” (Rapee et al., 1996), cuyo contenido se basa en la creencia de que la aparición de los eventos amenazantes o el escape de los mismos está fuera de nuestro control (p. ej., “Cuando estoy asustado por algo, generalmente no hay nada que yo pueda hacer”). El tercer factor, “control del estrés” (4 ítems), se reparte entre las dos subcalas de “reacciones internas” y “acontecimientos externos”, midiendo la dificultad percibida en el afrontamiento y regulación de las emociones en situaciones de estrés (p. ej., “En momento de estrés es probable que pierda el control ”).

En la Tabla 1, se recogen los estudios de validación realizados del ACQ y el ACQ-R para resumir los diferentes resultados obtenidos respecto a la composición factorial, siempre de dos o tres factores.

Tabla 1

*Validaciones del ACQ y ACQ-R*

Trabajo	País	Versión	Tipo de población	Resultados	Análisis Estadísticos
Rapee et al. (1996)	Australia	ACQ	250 pacientes con trastornos de ansiedad y 236 estudiantes.	2 factores: - PC externo (eventos): 16 ítems. - PC interno (reacciones emocionales): 14 ítems.	ACP
Zebb y Moore (1999)	EEUU	ACQ	303 estudiantes.	3 factores: - Ausencia PC (compuesto por dos factores). - Presencia PC.	ACP

Bronw et al. (2004)	EEUU	ACQ-R	1550 pacientes con trastornos emocionales y 360 participantes no clínicos.	3 factores: - Control emocional: 5 ítems. - Control de las amenazas: 6 ítems. - Control del estrés: 4 ítems.	AFE y AFC
Shujuan et al. (2009)	China	ACQ	212 estudiantes adolescentes.	3 factores: - Presencia PC externa e interna. - Ausencia PC interna. - Ausencia PC externa.	AFC

Nota: ACQ = Anxiety Control Questionnaire (Rapee et al., 1996); ACQ-R = Anxiety Control Questionnaire Revised (Bronw et al., 2004); PC = Percepción de Control; ACP = Análisis de Componentes Principales; AFE = Análisis Factorial Exploratorio; AFC = Análisis Factorial Confirmatorio.

El objetivo primordial de este estudio es validar al castellano y en población comunitaria el ACQ-R, analizando sus propiedades para determinar su estructura interna y su grado de validez clínica para su uso en el diagnóstico de los trastornos emocionales, determinando un punto de corte específico. Este objetivo es propuesto al considerar que el instrumento aún no está definido en su totalidad, ya que las diferentes validaciones han sido realizadas con diferentes tipos de muestra y con diferentes análisis; obteniendo así resultados distintos.

## Método

### Muestra

La muestra de nuestra investigación está formada por un grupo control compuesto por 382 participantes. Todos ellos son estudiantes de grados de la Universidad de Zaragoza y de la Universidad Jaime I de Castellón. También, un grupo clínico con 52 pacientes diagnosticados de Trastorno de Pánico con o sin agorafobia.

El rango de edad del grupo control se sitúa de 18 a 50 años, siendo la media 21'6 años (Desviación Típica = 4.48). Respecto al sexo, 271 son mujeres (70'9%) y 111 hombres (29'1%). La edad del grupo clínico comprendía de 18 a 57 años, siendo la media 32'1 años (DT = 10.4); el 50 % eran mujeres y el 50% hombres.

El muestreo fue aleatorio, asegurando que los participantes fueran estudiantes universitarios. El cuestionario se realizó de forma anónima y no recibieron compensación.

## Medidas

- Cuestionario Ansiedad-Rasgo (STAI-R; Spielberger, Gorusch y Lushen, 1970; adaptado para población española por Seidedos, 1990): Es una subescala del STAI (compuesta por 20 ítems), un autoinforme que evalúa el “estado” y el “rasgo” de ansiedad como escalas dimensionales separadas. El STAI consta de 40 ítems a los que se contesta según una escala de tipo Likert, pudiendo variar entre “casi nunca” (0) a “casi siempre” (3). Los coeficientes de consistencia interna tienen un rango de .86 a .95 y los de la fiabilidad test-retest de .65 a .75, también posee una adecuada validez concurrente (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1983).

- Escala de Afecto Negativo y Positivo (PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988; adaptado para población española por Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente, 1999): es un cuestionario de autoinforme que consta de 20 ítems a los que se contesta según una escala de tipo Likert, pudiendo variar entre “nada o casi nada” (1) a “muchísimo” (5). Está compuesto por dos grandes dimensiones diferenciadas del afecto que permiten valorar las experiencias emocionales positivas y negativas vividas recientemente. La consistencia interna presenta valores alfa de Cronbach de .88 para el afecto positivo y de .87 para el afecto negativo. Las correlaciones test-retest para el afecto positivo indicaron una estabilidad de .68 y .71 para el negativo. También se evidencia una buena validez.

- Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI; Peterson y Reiss, 1987; adaptado para población española por Sandín, Valiente, Chorot y Santed, 2005): consta de 16 ítems a los que se contesta según una escala tipo Likert, pudiendo variar entre “nada en absoluto” (0) a “muchísimo” (4). A parte de la puntuación general, se pueden derivar tres subescalas: ASI-somática, ASI-cognitiva y ASI-social. Posee buena consistencia interna de las subescalas y una buena validez convergente y discriminante.

- Inventario de Depresión de Beck - II (BDI-II; Beck Steer y Brown, 1996; adaptado para población española por Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003): El BDI-II es una medida muy utilizada que evalúa la sintomatología depresiva en la última semana. El BDI-II consiste en 21 ítems valorados en una escala de 0 (afirmación que indica falta

de gravedad, nula intensidad del síntoma) a 3 (afirmación que indica la mayor gravedad, mayor intensidad del síntoma) con una puntuación total que varía de 0 a 63 (Beck y Steer, 1990). Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de .87) y una buena validez factorial.

- *Anxiety Control Questionnaire- Revised* (ACQ-R; Brown et al., 2004): el cuestionario consta de 15 ítems que describen las creencias particulares relacionadas con la percepción de control sobre la ansiedad. La escala de respuesta es de 6 puntos que van desde “0 = totalmente en desacuerdo” a “5 = totalmente de acuerdo”. Aunque el uso de la escala total como una sola medida de la percepción de control se ha recomendado (Rapee et al., 1996), la estructura de la ACQ se compone de tres dimensiones: control emocional, control de las amenazas y control del estrés. El cuestionario tiene una buena fiabilidad para la escala completa (alfa de Cronbach de .80).

### Procedimiento

El ACQ-R aún no ha sido validado en la población española, por lo que para usarlo en este estudio fue traducido al español por García-Palacios y Osma y retrotraducido al Inglés por un psicólogo bilingüe, obteniendo una versión casi idéntica al original.

Por un lado, el cuestionario fue suministrado en formato papel a los estudiantes universitarios de forma voluntaria. Se realizó durante los primeros minutos de las clases, con el correspondiente permiso del profesor, el tiempo de realización fue de 10-15 minutos. Todos los cuestionarios se administraron entre semana.

Por otro lado, la muestra clínica estuvo compuesta por 52 personas que acudieron al servicio de asistencia clínica de la Universitat Jaume I y a dos centros de salud mental de las ciudades de Castellón y Valencia, y que fueron diagnosticadas de Trastorno de Pánico con o sin agorafobia. Posteriormente, estos fueron informados del estudio y se solicitó su consentimiento y la participación en él. El estudio contó con la aprobación de los comités éticos de todos los centros que participaron en la investigación.

En el momento de la recogida de los datos, todos los participantes de la muestra clínica se encontraban en el proceso de evaluación o no habían iniciado tratamiento psicológico.

Las instrucciones que seguían los sujetos y los cuestionarios en sí aparecen en el Anexo I.

### Análisis estadísticos

En primer lugar, con los datos de los 382 sujetos universitarios se procede a analizar la estructura del ACQ-R se empleando la metodología correlacional del análisis factorial exploratorio (AFE). La validez de los resultados de un AFE viene condicionada por obtener valores significativos (próximos a la unidad) del índice de “adecuación muestral” de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Bartlett ( $p < .05$ ) que se obtienen de la matriz de correlaciones. En nuestro caso, ambos valores son favorables ( $KMO = .894$ ; Bartlett,  $p < .0000$ ), y por tanto, hacen plausible y factible la aplicación del AFE al ACQ-R. Se usa la rotación oblicua de Oblimin ( $\delta = 0$ ), ya que se asume que los factores resultantes guarden un mínimo de relación.

En segundo lugar, se procede a analizar las posibles correlaciones existentes entre las distintas subescalas del ACQ-R (percepción del control emocional, de la amenaza y del estrés) con los otros cuestionarios administrados, para ello se usará el coeficiente de correlación de Pearson, ideado para medir el grado de covaración entre las distintas variables cuantitativas relacionadas linealmente. Sus valores oscilan entre -1 y 1, indicando la correlación de 1 una relación perfecta positiva y la de -1, negativa.

Para saber si es posible darle un uso clínico e ir más allá de la investigación, se realiza un análisis ROC. Este procedimiento es útil para optimizar la decisión de establecer un determinado punto de corte que proporcionará un diagnóstico o no a alguien, ya que los resultados de una prueba no tienen por qué ser dicotómicos, sino que pueden ser continuos. El área bajo la curva ROC se puede emplear como un índice conveniente de la exactitud global de la prueba: la exactitud máxima correspondería a un valor de 1 y la mínima a 0'5. El análisis de la curva de ROC se hace mediante la determinación de la sensibilidad y especificidad: la sensibilidad es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo cuyo estado real sea el definido como positivo respecto a la condición que estudió la prueba y la especificidad es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo cuyo estado real sea el definido como negativo. Se considera que los números ascendentes de la escala del evaluador representan la creciente convicción de que el sujeto pertenece a una categoría. Por el contrario, los números descendentes representan la creciente convicción de que el sujeto pertenece a la otra categoría (Zweig y Campbell, 1993).

## Resultados

El análisis factorial exploratorio (AFE) indica la existencia de dos factores, que correlacionan entre sí (.375). Por un lado se colapsa en uno sólo el factor de percepción de las amenazas (ítems 3, 4, 7, 8, 9 y 12) con el factor de percepción del estrés (ítems 1, 2, 11 y 14), quedando por otro lado el factor de percepción de las emociones (ítems 5, 6, 10, 13 y 15) del estudio de Barlow et al. (2004). El primer factor (control del estrés y de las amenazas) estaría compuesto por los ítems 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11, 12 y 14; y el segundo factor (control emocional) por los ítems 5, 6, 10, 13 y 15 -ver Tabla 2-.

Tabla 2

*Cargas Factoriales del Análisis Factorial Exploratorio con Rotación Oblimin del ACQ-R.*

	1	2
ACQ_1_INV	<b>.426</b>	.170
ACQ_2_INV	<b>.369</b>	.365
ACQ_3_INV	<b>.569</b>	.157
ACQ_4_INV	<b>.571</b>	-.046
ACQ_5	-.075	<b>.419</b>
ACQ_6	-.021	<b>.739</b>
ACQ_7_INV	<b>.648</b>	.010
ACQ_8_INV	<b>.741</b>	-.177
ACQ_9_INV	<b>.555</b>	-.122
ACQ_10	.008	<b>.660</b>
ACQ_11_INV	<b>.405</b>	.171
ACQ_12_INV	<b>.606</b>	.024
ACQ_13	.058	<b>.617</b>
ACQ_14_INV	<b>.541</b>	.312
ACQ_15_INV	.248	<b>.576</b>

*Nota.* Cargas factoriales >.368 están en negrita. INV=ítem desinvertido.

El análisis de las correlaciones -ver Tabla 3- muestra como las dos subescalas obtenidas del ACQ-R (control del estrés y amenazas y control emocional) correlacionan positivamente con la subescala positiva del PANAS y negativamente con el resto: subescala negativa del PANAS, BDI, STAI-R y ASI. Todas las correlaciones son significativas.

Tabla 3

*Resultados de las Correlaciones entre los Cuestionarios (Correlación de Pearson).*

	ACQ_Estres	ACQ_	STAIR_	ASI_	BDI_	PANAS_	PANAS_
	Amenaza	Emocional	TOTAL	TOTAL	TOTAL	NEG	POSI
ACQ_EstresAmenaza	1	,445**	-,481**	-,441**	-,395**	-,398**	,261**
ACQ_Emocional		1	-,662**	-,410**	-,382**	-,462**	,391**
STAIR_TOTAL			1	,453**	,689**	,658**	-,561**
ASI_TOTAL				1	,338**	,314**	-,086
BDI_TOTAL					1	,516**	-,392**
PANAS_NEG						1	-,297**
PANAS_POSI							1

Nota: ACQ\_EstresAmenaza= Factor de percepción de control del estrés y la amenaza del Inventory de Control de la Ansiedad. ACQ\_Emocional= Factor de percepción de control emocional del Inventory de Control de la Ansiedad.

STAIR\_TOTAL= puntuación total del Cuestionario Ansiedad-Rasgo. ASI\_TOTAL = puntuación total del Inventory de Control de la Ansiedad. BDI\_TOTAL = puntuación total del Inventory de Depresión. PANAS\_NEG = Subescala Negativa de la Escala de Afecto Negativo y Positivo. PANAS\_POS = Subescala Positiva de la Escala de Afecto Negativo y Positivo.

\*\* p < .01.

El análisis de la curva ROC muestra un .8 del área bajo la curva, un resultado aceptable sabiendo que el rango varía de .5 a 1. Un punto de corte que consideramos adecuado para la utilizar la escala como método de evaluación diagnostica sería el de 36 puntos (puntuación total obtenida en el ACQ-R). Si utilizamos esa puntuación como referencia para discriminar entre personas con o sin trastorno, diagnosticaríamos correctamente a las personas con trastorno con una probabilidad del 83% (todos los que obtuvieran una puntuación mayor o igual a 36), pero diagnosticaríamos con un trastorno a personas sanas con una probabilidad del 33% (todos los que obtuvieran una puntuación menor a 36).

## Discusión

El objetivo principal de este trabajo era validar al castellano y en población comunitaria el ACQ-R. Para ello, se comenzó determinando su estructura interna, realizando un AFE que señaló la existencia de dos factores con una correlación igual a .375. Percepción del control del estrés y de las amenazas colapsaban en un solo factor, separado de la PC emocional. Los resultados obtenidos no coinciden con los resultados de los análisis de la estructura interna de estudios previos (Brown et al., 2004; Shujuan et al., 2009; Zebb y Moore, 1999). En estos estudios, el resultado indicaba que el cuestionario estaba compuesto por tres factores aunque fueron nombrados de maneras diferentes en cada uno, como se muestra en la Tabla 1.

El único estudio que coincide con nuestros resultados es el de Rapee et al. (1996) que obtuvo también dos factores, nombrados como: PC de eventos externos y PC de emociones internas. Respectivamente, dentro del primer factor se encontraban los ítems: 1, 2, 5, 7, 8, 12, 14, 15, 16, 19, 20, 23, 24, 25, 29 y 30; y dentro del segundo: 3, 4, 6, 9, 10, 11, 13, 17, 18, 21, 22, 26, 27 y 28. Aunque en nuestro estudio se haya trabajado con el ACQ-R y no con el ACQ original como en el estudio de Rapee et al. (1996), todos los ítems estaban contenidos en el original, por lo tanto podemos comprobar cómo los 15 ítems de nuestro estudio se reparten de forma similar en los dos factores ya enunciados, exceptuando el ítem 2 (ítem 3 en el ACQ: “En momentos de estrés es probable que pierda el control”) y 11 (ítem 18 en el ACQ: “En momentos de estrés no siempre estoy seguro de cómo voy a reaccionar”) los cuales saturaban en el factor de percepción de control de emociones internas. Aún así, cabe añadir como el ítem 2 presenta una carga casi totalmente similar para ambos factores y cómo, en general, todos los ítems sobre el control del estrés tienen las cargas más bajas dentro del factor de control de las amenazas y del estrés (ver Tabla 2). Una posible explicación de estas diferencias puede ser el hecho de que se hayan utilizado muestras diferentes (ej.: clínicas vs. comunitaria) y se hayan realizado análisis estadísticos diferentes (ej.: Análisis de Componentes Principales vs. AFE).

Nuestros resultados informan de la existencia de dos factores que formarían el constructo PC. Al igual que en el estudio original de Rapee et al. (1996), podríamos denominar los factores como: PC de eventos externos y PC de emociones internas.

Según esta perspectiva, el control de las amenazas y el control del estrés estarían implicados en la PC de eventos externos; ya que miden la creencia de control sobre la aparición (y escape) de los eventos amenazantes y la capacidad de afrontamiento y regulación de las emociones en situaciones de estrés. Por otro lado se situaría el segundo factor, PC de emociones internas, que refleja la capacidad de uno mismo para controlar eficazmente sus emociones.

El primer objetivo de este estudio se ha visto satisfecho al poder realizar la validación del ACQ-R con una muestra española, algo que no ha sido realizado hasta el momento. Cabe mencionar que los autores Barrada, Osma, García-Palacios, Crespo, Fermoselle y Castellano (2012) realizaron un primer estudio exploratorio sobre el análisis factorial del ACQ-R con una muestra de 268 estudiantes llegando a los mismos resultados que los encontrados en este trabajo. Estos autores aconsejaban aumentar la muestra para replicar los resultados, algo que se ha realizado en este trabajo.

Otro de los objetivos era determinar un punto de corte para poder darle un uso clínico, más allá del de la investigación. Realizando la Curva ROC podemos establecer el más conveniente. En este caso, obtener una puntuación menor o igual que 36 podría considerarse como un criterio para diagnosticar al paciente, sin embargo no es del todo fiable debido al porcentaje de error que sustenta, por lo tanto concluimos que posee relativamente poca utilidad para diagnosticar.

Contar con un instrumento validado en castellano y en población comunitaria que pueda ofrecer información sobre el constructo PC es relevante desde una perspectiva de investigación y, aunque no tanto desde una perspectiva diagnóstica, también lo es desde una perspectiva clínica y de salud general.

Conocer la presencia de baja PC sobre los acontecimientos internos o externos en personas sin diagnóstico de trastornos mentales puede suponer la identificación de un factor de riesgo que, según el modelo de triple vulnerabilidad de Barlow, Allen y Choate (2004), junto a situaciones ambientales estresantes puede activar un trastorno emocional. Por ello, los programas de prevención centrados en la regulación de las emociones podrían servir como medida para la reducción eficaz de este factor de riesgo.

En esta misma línea, si como indican distintos autores (Barlow, Allen y Choate, 2004; Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Ellard y Bullis, 2013; Chapman, Kertz y Woodruff-Borden, 2009; Chorpita y Barlow, 1998), la baja PC está relacionada con el inicio y

mantenimiento de los trastornos emocionales, contar con una medida válida para la evaluación de este constructo puede ayudar en el proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento de personas con problemas emocionales. Los resultados en el ACQ-R podrían ayudar al clínico en la elección de otros instrumentos de evaluación y diagnóstico, así como resultar útil en la elección de los elementos terapéuticos que debería incluir el plan de tratamiento.

Nuestra contribución en esta línea de investigación arroja resultados contradictorios respecto a la estructura interna del ACQ-R por lo que recomendamos futuros análisis con muestras clínicas y comunitarias más amplias, así como el uso de otros análisis estadísticos para seguir investigando sobre la composición factorial del cuestionario.

## Referencias

- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist, 55*, 1247-1263.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Brown, T. A., Somers, T. J. y White, K. S. (2006). Avoidance behavior in panic disorder: The moderating influence of perceived control. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 147-157. doi: 10.1016/j.brat.2005.07.009.
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Ellard K. E., Bullis J. R. (2013). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*. Doi: 10.1177/2167702613505532.
- Barrada, J. R., Osma, J., García-Palacios, A., Crespo, E., Fermoselle, E. y Castellano, C. (2012). *Validación española del cuestionario de percepción de control de la ansiedad-revisado*. Documento presentado en el V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica, Santander, España.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory* Second Edition. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Brown, T. A., White, K. S., Forsyth, J. P. y Barlow, D. H. (2004). The structure of perceived emotional control: Psychometric properties of a revised anxiety control questionnaire. *Behavior Therapy, 35*, 75-99.
- Chapman, L. K., Kertz, S. J. y Woodruff-Borden, J. (2009). A structural equation model analysis of perceived control and psychological distress on worry among African American and European American young adults. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 69-76.
- Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin, 124* (1), 3-21. doi: 10.1037/0033-2909.124.1.3.

- Jianxin, Z., Meihua, Q. y Shujuan, W. (2009). Factorial structure of the Anxiety Control Questionnaire in chinese adolescents. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 27 (4), 334-344. doi: 10.1177/0734282908329830.
- Mardiyono, M., Songwathana, P., y Petpitchetian, W. (2011). Concept analysis of perceived control. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1 (2), 225-243.
- Peterson, R.A. y Heilbronner, R. (1987). The Anxiety Sensitivity Index: construct validity and factor analytic structure. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 123-131.
- Peterson, R.A. y Reiss, S. (1992). *Anxiety Sensitivity Index Manual* (2nd edn). Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
- Rapee, R. M., Craske, M. G., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety-related events. *Behavior Therapy*, 27, 279-293.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37 – 51.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P. y Santed, M. A. (2005). Propiedades psicométricas del índice de sensibilidad a la ansiedad. *Psicothema*, 17 (3), 478-483.
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14 (3), 249-280.
- Seisdedos, N. (1990). STAIC, Cuestionario de autoevaluación. Madrid: TEA Ediciones S.A
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y). Palo Alto, CA: Mind Garden.
- Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988a). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

- Zebb, B. J. y Moore, M. C. (1999). Another look at the psychometric properties of the Anxiety Control Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1091-1103.
- Zvolensky, M. J., Lejuez, C. W. y Eifert, G. H. (2000). Prediction and control: operational definitions of the experimental analysis of anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 38, 653-663.
- Zweig, M. H. y Campbell, G. (1993). Receiver-operating characteristic (ROC) plots: a fundamental evaluation tool in clinical medicine. *Clin Chem*, 39, 561-577.