

## **PERSONALIDAD Y SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD COMO FACTORES DE VULNERABILIDAD EN EL TRASTORNO DE PÁNICO**

Jorge Osma<sup>1,2</sup>, Azucena García-Palacios<sup>3</sup>, Cristina Botella<sup>3</sup> y Juan Ramón Barrada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Zaragoza; <sup>2</sup>Creos, Centro de Psicoterapia y Formación;

<sup>3</sup>Universidad Jaume I (España)

### **Resumen**

Se estudiaron las diferencias psicopatológicas y de personalidad entre una muestra clínica, 52 pacientes con trastorno de pánico (TP) con agorafobia (TPA) o sin agorafobia y dos muestras no clínicas, una con 45 participantes con alta sensibilidad a la ansiedad (SA) y otra con 55 participantes con baja SA. La muestra clínica fue evaluada siguiendo criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000). Los participantes fueron asignados a los grupos no clínicos en función de sus puntuaciones en el "Inventario de sensibilidad a la ansiedad" (ASI; Reiss, Peterson, Gursky y McNally, 1986). Los tres grupos fueron evaluados en psicopatología general utilizando el "Inventario breve de síntomas" (BSI; Derogatis y Melisaratos, 1983) y en personalidad con el "Inventario de personalidad NEO revisado (NEO-PI-R; Costa y McCrae, 1992). Los resultados muestran que únicamente existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas con puntuación alta en SA y los pacientes con TP/TPA en las escalas psicopatológicas, ansiedad fóbica e ideación paranoide, así como en la faceta de personalidad ansiedad social.

**PALABRAS CLAVE:** *trastorno de pánico, trastorno de pánico con agorafobia, sensibilidad a la ansiedad, psicopatología, cinco grandes.*

### **Abstract**

Personality and psychopathology differences were explored among a clinical sample of 52 patients with Panic Disorder (PD), with Agoraphobia (PDA) or without Agoraphobia, and two nonclinical samples, one with 45 participants with high anxiety sensitivity (AS) scores, and 55 with low AS scores. The clinical sample was evaluated according to DSM-IV-TR (APA, 2000) criteria. The participants in nonclinical samples were assigned depending on the "Anxiety sensitivity index" (ASI; Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986) scores. The "Brief symptom inventory" (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983) was used to assess general psychopathology and the "NEO personality inventory- revised" (NEO-PI-R; Costa

---

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (102/03).

*Correspondencia:* Jorge Osma, Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel, Dpto. de Psicología y Sociología, Ciudad Escolar, s/n, 44003 Teruel (España). E-mail: osma@unizar.es

& McCrae, 1992) was used to measure personality, both in the three samples. The results show that the only statistically significant differences between the participants with high AS scores and PD/PDA patients were in the psychopathological scales, phobic anxiety and paranoid ideation, and in the personality facet, social anxiety.

KEY WORDS: *panic disorder, panic disorder with agoraphobia, anxiety sensitivity, psychopathology, big five.*

## Introducción

Desde los modelos de personalidad normal (Eysenck y Eysenck, 1985; McCrae y Costa, 1995), se han llevado a cabo numerosos estudios con participantes diagnosticados con trastornos de ansiedad con el objetivo de: a) analizar las dimensiones o factores de primer orden, o b) analizar las facetas de segundo orden. Con respecto a los resultados obtenidos en las dimensiones de personalidad, el neuroticismo ha sido la más relacionada con los trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de pánico con agorafobia (TPA) o sin agorafobia (TP) y los trastornos del estado de ánimo (Bienvenu *et al.*, 2001, 2004; Bienvenu, Hetteema, Neale, Prescott y Kendler, 2007; Carrera *et al.*, 2006; Foot y Koszycki, 2004). Otros estudios encontraron en sus muestras con TP, además de alto neuroticismo, baja extraversión (Bienvenu *et al.*, 2004; Carrera *et al.*, 2006; Katon *et al.*, 1995; Osma, García-Palacios y Botella, 2014; Rosellini, Lawrence, Meyer y Brown, 2010). En un metaanálisis realizado por Kotov, Gamez, Schmidt y Watson (2010) se incluyeron 175 estudios publicados de 1980 al 2007, con participantes con trastornos de ansiedad, estado de ánimo y adicciones. Se concluyó que todos estos trastornos se relacionan significativamente con alguna dimensión de personalidad y con tamaños del efecto mayores a 2. Todas estas condiciones, incluyendo TP y agorafobia se definieron por altas puntuaciones en neuroticismo y bajas en responsabilidad.

En relación con las facetas de personalidad de segundo orden, los estudios de Bienvenu *et al.* (2001, 2004) concluyeron que los pacientes con TP obtienen puntuaciones bajas en las siguientes facetas: (a) emociones positivas, cordialidad y asertividad, de la dimensión extraversión; (b) confianza y actitud conciliadora, de la dimensión amabilidad; y (c) autodisciplina, de la dimensión responsabilidad. Los resultados mencionados parecen indicar la existencia de dimensiones y facetas de personalidad específicas en muestras de TP/TPA y, además, que algunas de estas características de personalidad son compartidas con los trastornos del estado de ánimo.

La presencia de niveles elevados de neuroticismo y bajos en extraversión en muestras de participantes con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, incluyendo TP/TPA, corrobora el modelo tripartito de vulnerabilidad para los trastornos de ansiedad de Brown y Barlow (2009). Según este modelo, existe un primer factor de vulnerabilidad denominado, vulnerabilidad biológica generalizada, para las dimensiones de orden superior en los trastornos emocionales. Esta teoría plantea que la comorbilidad observada entre los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo se debería a las dos dimensiones de temperamento

genéticamente establecidas que determinan la etiología y curso de los trastornos emocionales: el neuroticismo/afecto negativo y la extraversión/afecto positivo. Existen pruebas empíricas suficientes sobre el papel de estos constructos de vulnerabilidad en el inicio, comorbilidad y mantenimiento de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (p. ej., Barlow, 2002; Brown, 2007; Brown, Chorpita y Barlow, 1998; Kasch, Rottenberg, Arnow y Gotlib, 2002).

El segundo factor de vulnerabilidad del modelo, denominado vulnerabilidad psicológica generalizada, hace referencia a la baja percepción de control sobre los eventos aversivos y experiencias emocionales. El tercer factor, la vulnerabilidad psicológica específica, se propone como un elemento importante en el inicio, curso y mantenimiento de los trastornos emocionales, incluyéndose el TP/TPA. Entre las variables de vulnerabilidad estudiadas en este tercer factor destaca la sensibilidad a la ansiedad (SA) (Brown, Smits, Powers y Telch, 2003; Plehn y Peterson, 2002; Schmidt, Zvolensky y Manera, 2006; Schmidt *et al.*, 2010; Weems, Hayward, Killen y Taylor, 2002; Weems, Costa, Watts, Taylor y Cannon, 2007). La SA se ha considerado un factor de vulnerabilidad para distintos trastornos emocionales además del TP/TPA, como en el caso de la depresión (p. ej., Cox, Enns, Walker, Kjernisted y Pidlubny, 2001) o las fobias específicas (p. ej., Fullana y Tortella-Feliu, 2000). Asimismo, esta relación se ha evidenciado tanto en muestras de adultos como en muestras infantiles, como por ejemplo en el caso de los miedos infantiles (Sandín, Chorot, Valiente y Santed, 2002).

La SA hace referencia al miedo hacia las sensaciones relacionadas con la ansiedad (Reiss, Peterson, Gursky y McNally, 1986). De acuerdo con McNally (2002), la SA se considera un factor de vulnerabilidad en el caso de que se observe en personas sin historia de pánico. De acuerdo con la literatura existen pruebas de que la SA puede presentarse sin una experiencia previa de pánico. Asmundson y Norton (1993) administraron el "Índice de sensibilidad a la ansiedad" (*Anxiety Sensitivity Index*, ASI; Reiss, *et al.*, 1986) a una muestra numerosa de estudiantes de secundaria y encontraron que el 70% de estudiantes con puntuaciones elevadas en SA nunca había experimentado un ataque de pánico inesperado y el 45% un ataque de pánico situacional. La pregunta que se plantearon los autores tras los hallazgos fue si las personas con alta SA se encontraban en riesgo de desarrollar un TP. A este respecto, en un estudio longitudinal de Maller y Reiss (1992), realizado con una muestra de 151 estudiantes sin historia de TP, encontraron que las puntuaciones obtenidas en SA en la línea base predecían la frecuencia e intensidad del TP en seguimientos posteriores. Además, los participantes con puntuaciones elevadas en SA tuvieron una probabilidad cinco veces mayor de desarrollar un trastorno de ansiedad. El trabajo de Schmidt, Lereu y Jackson (1997) evaluó a 1.172 cadetes de la Academia Americana de la Aviación durante las primeras y últimas semanas de su entrenamiento. La SA predijo el desarrollo de ataques de pánico espontáneos incluso controlando la historia de TP y la ansiedad rasgo. Los ataques de pánico espontáneos se produjeron en el 20% de personas con niveles altos de SA y en un 6% en el resto de la muestra. Por su parte, Plehn y Peterson (2002) en un estudio longitudinal llevado a cabo de 1986 a 1999, encontraron que tanto la ansiedad rasgo como la SA fueron los mejores predictores para el desarrollo de síntomas de pánico y que la SA fue el mejor

predictor de la ocurrencia del TP. Los autores subrayaron que considerar la SA como factor de riesgo para desarrollar síntomas de pánico o un TP es muy importante para la identificación de personas vulnerables y la intervención preventiva con programas cognitivo conductuales.

Como hemos descrito previamente, los estudios han puesto de manifiesto que las personas con puntuaciones elevadas en SA están en riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad y pánico (Brown *et al.*, 2003; Plehn y Peterson, 2002; Rapee, Brown, Antony y Barlow, 1992), y además, hay bastante unanimidad con respecto a la existencia de un perfil de personalidad característico en personas con TP/TPA (Bienvenu *et al.*, 2001, 2004, 2007; Carrera *et al.*, 2006; Foot y Koszycki, 2004; Rosellini *et al.*, 2010). Por ello, el objetivo de este trabajo es analizar las similitudes y diferencias en personalidad y variables psicopatológicas en tres grupos de participantes: (a) uno con diagnóstico de TP/TPA (grupo clínico), (b) uno compuesto por personas sin psicopatología previa ni actual y con puntuaciones elevadas en SA (no clínico con alta SA) y (c) otro compuesto por personas sin psicopatología previa ni actual y con puntuaciones bajas en SA (no clínico con baja SA).

En la revisión de la literatura, no hemos encontrado trabajos que hayan estudiado a personas con alta SA y sin patología para compararlas con personas con TP/TPA en variables psicopatológicas y de personalidad. Este tipo de estudios son importantes para ofrecer mayor conocimiento sobre la relación entre factores de vulnerabilidad o riesgo y el TP/TPA y para obtener una imagen más clara y amplia sobre la fenomenología del TP/TPA.

## Método

### *Participantes*

El número total de participantes en el estudio fue de 152, distribuidos en tres grupos: (a) 52 en el grupo clínico, con diagnóstico de TP/TPA, (b) 45 en el grupo no clínico, sin psicopatología previa ni actual pero con altas puntuaciones en SA, y (c) 55 en el grupo no clínico, sin psicopatología previa ni actual y con bajas puntuaciones en SA. La tabla 1 muestra la composición de los tres grupos y la descripción de las variables sociodemográficas.

**Tabla 1**  
Variables sociodemográficas en los diferentes grupos estudiados

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Grupo clínico (n= 52)	Grupo no clínico con alta SA (n= 45)	Grupo no clínico con baja SA (n= 55)
Sexo <sup>a</sup>			
Hombre	26 (50,0%)	15 (33,3%)	21 (38,2%)
Mujer	26 (50,0%)	30 (66,7%)	34 (61,8%)
Edad <sup>b</sup> * M (DT)	32 (10,4)	26,9 (9,4)	31,8 (8,2)
Estado civil <sup>a</sup>			
Soltero	31 (59,6%)	35 (77,8%)	28 (50,9%)
Casado o pareja de hecho	18 (34,6%)	10 (22,2%)	23 (41,8%)
Divorciado o separado	3 (5,8%)	0 (0%)	4 (7,3%)
Nivel académico <sup>a</sup>			
Estudios primarios	3 (5,8%)	3 (6,67%)	6 (10,9%)
Estudios secundarios	20 (38,5%)	9 (20%)	11 (20,0%)
Estudios universitarios	29 (55,8%)	33 (73,33%)	38 (69,1%)
Situación laboral <sup>a*</sup>			
Desempleado	4 (7,7%)	1 (2,22%)	2 (3,6%)
Estudiante	14 (26,9%)	27 (60,0%)	14 (25,5%)
Trabajador no cualificado	20 (38,5%)	8 (17,8%)	19 (34,5%)
Trabajador cualificado	14 (26,9%)	9 (20,0%)	20 (36,4%)

Notas: <sup>a</sup>contraste de hipótesis de independencia mediante el test  $\chi^2$ ; <sup>b</sup>contraste de hipótesis de igualdad de medias mediante un ANOVA unifactorial. \* $p < 0,05$ . SA= sensibilidad a la ansiedad.

### Instrumentos

- “Entrevista estructurada para los trastornos de ansiedad” (*Anxiety Disorders Interview Schedule, Lifetime Version for DSM-IV*, ADIS-IV-L; Brown, DiNardo y Barlow, 1994) traducida al español por Botella y Ballester (1997). Es una entrevista diagnóstica estructurada diseñada para evaluar los trastornos de ansiedad según los criterios del DSM-IV (*American Psychiatric Association [APA], 1994*). Se han obtenido distintos resultados sobre su fiabilidad test-retest, en un rango que va desde 0,68 a 1,00. La ADIS-IV es una entrevista muy utilizada para evaluar exhaustivamente los síntomas de ansiedad y es sensible a los cambios después del tratamiento (Antony y Swinson, 2000).
- “Índice de sensibilidad a la ansiedad” (*Anxiety sensitivity index*, ASI; Reiss et al., 1986) versión española de Sandín, Chorot y McNally (1996). Es un cuestionario de 16 ítems que evalúan el miedo a los síntomas de ansiedad que una persona puede experimentar, utilizando una escala Likert de cinco puntos, desde 0= *Nada en absoluto* a 4= *Muchísimo*. Según el trabajo de Peterson y Reiss (1993), el ASI tiene buena consistencia interna, con correlaciones que varían entre 0,82 y 0,91. La fiabilidad test-retest es satisfactoria, con correlaciones que oscilan entre 0,71 y 0,75. Finalmente, ha mostrado tener una validez de criterio y de constructo satisfactoria y es uno de los

cuestionarios más utilizados en investigación sobre el TP y condiciones asociadas.

- “Inventario breve de síntomas” (*Brief symptom inventory*, BSI; Derogatis y Melisaratos, 1983) validado en población española por Ruipérez, Ibáñez, Lorente, Moro y Ortet (2001). Es un inventario con 49 ítems que evalúan psicopatología general. Ofrece información de seis subescalas: depresión, ansiedad fóbica, ideación paranoide, obsesión-compulsión, somatización, y hostilidad/agresividad. Las respuestas se dan en una escala Likert de 5 puntos, desde 0= *Nada* a 4= *Muchísimo*. La versión en español tiene niveles de fiabilidad de moderados a altos (alfas de Cronbach desde 0,70 a 0,91) en todas las subescalas, en muestras no clínicas (Ruipepérez, *et al.*, 2001)
- “Inventario de personalidad NEO revisado” (*NEO Personality Inventory-Revised*, NEO-PI-R; Costa y McCrae, 1992) validado en población española por Cordero, Pamos y Seisdedos (2008). Es un inventario que evalúa personalidad desde una aproximación dimensional a través de 240 ítems. La persona responde al inventario mediante una escala Likert que va de 1= *En total desacuerdo* a 5= *Totalmente de acuerdo*. El NEO-PI-R ofrece un perfil de personalidad basado en cinco grandes dimensiones o factores y seis facetas por factor. Las dimensiones son: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad. Respecto a la fiabilidad, los coeficientes alfa van de 0,86 a 0,92, la fiabilidad test-retest de las dimensiones va de 0,86 a 0,91 y la de las facetas de 0,69 a 0,92. Presenta una adecuada validez convergente y discriminante (Cordero, Pamos, y Seisdedos, 2008).

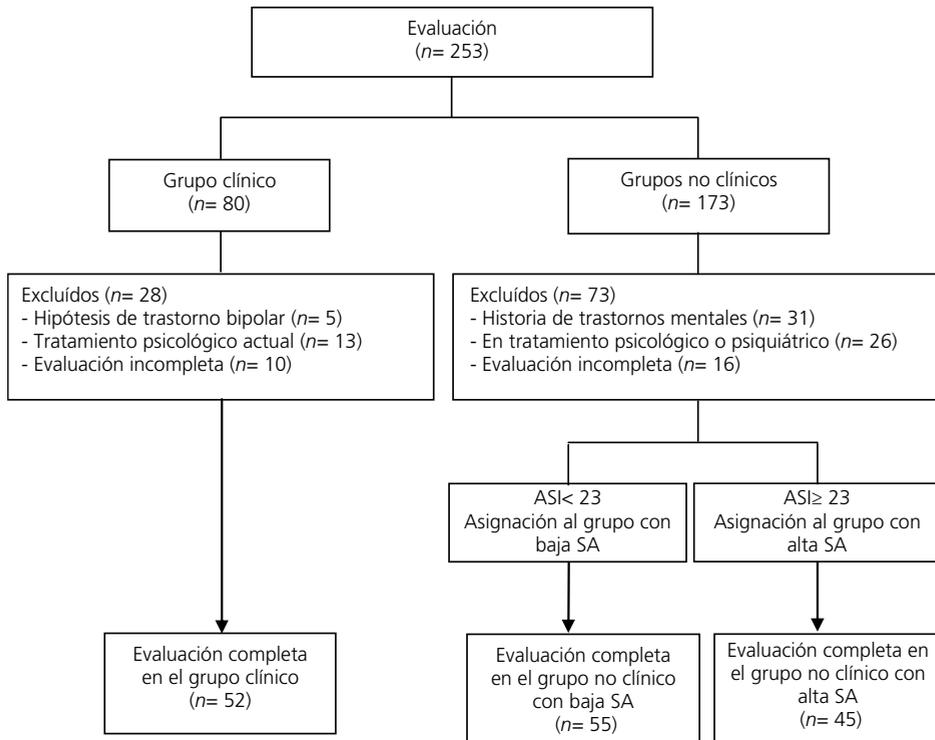
### Procedimiento

Para todos los participantes en los tres grupos se estableció como criterio de exclusión ser menor de 18 años. Adicionalmente, y en función del grupo, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de exclusión: en el grupo clínico, estar recibiendo en la actualidad tratamiento psicológico para el TP/TPA o el tener diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar I, enfermedades orgánicas graves, retraso mental o diagnóstico actual o historia de dependencia de sustancias. En los grupos no clínicos, historia previa o actual de trastornos mentales y/o tratamiento psicológico o psiquiátrico, evaluado a través de dos preguntas en el protocolo de evaluación: “¿En algún momento de su vida, o en la actualidad, ha sufrido o está sufriendo algún trastorno psicológico/mental?” y “¿En algún momento de su vida, o en la actualidad, ha recibido o está recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico?”

En la figura 1 se muestra el diagrama de flujo que resume el proceso de selección de los participantes. Los participantes del grupo clínico ( $n= 80$ ) fueron invitados a participar en el estudio cuando estaban en la fase de evaluación en su centro clínico (Servicio de Asistencia Psicológica de la Universidad Jaime I de Castellón, Centro Clínico PREVI en Valencia y CREOS, Centro de Psicoterapia y Formación en Castellón). El estudio contó con la aprobación de los comités éticos de los centros clínicos colaboradores. Los participantes en este grupo fueron evaluados con una entrevista diagnóstica estructurada según criterios del DSM-IV,

la ADIS-IV (Brown *et al.*, 1994) y se obtuvieron 44 diagnósticos de TPA y 8 de TP. La duración media del trastorno fue de 5,0 años ( $DT= 5,0$  años, rango desde 4 meses a 17 años). Además de los datos sociodemográficos rellenaron el NEO-PI-R, BSI y ASI. En todos los casos, el tratamiento psicológico no había comenzado. La muestra final fue de 52 participantes y todos ellos firmaron voluntariamente el consentimiento informado.

**Figura 1**  
Diagrama de flujo de los participantes en el estudio



Nota: ASI= Inventario de sensibilidad a la ansiedad.

Respecto a los grupos no clínicos, estuvieron formados por estudiantes de la Universidad Jaime I de Castellón y de trabajadores de fábricas de cerámica de la provincia de Castellón. Todos ellos participaron voluntariamente, firmaron el consentimiento informado ( $n= 173$ ) y rellenaron los datos sociodemográficos, NEO-PI-R, BSI y ASI en una única sesión. En la misma sesión fueron consultados sobre si habían sufrido algún trastorno mental y/o recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico con anterioridad o en la actualidad. Los participantes que respondieron negativamente a ambas preguntas fueron asignados a los dos grupos no clínicos en función de su puntuación en el "Índice de sensibilidad a la ansiedad" (ASI; Reiss *et al.*, 1986). Puntuaciones por debajo de 23 se asignaron al grupo no clínico con baja SA y puntuaciones de 23 o superiores al grupo no clínico

con alta SA. El punto de corte se fijó siguiendo la indicación de Peterson y Reiss (1992), según la cual el rango de puntuación esperable para población no clínica se sitúa entre 14,2 y 22,5. Cabe mencionar que el trabajo de Sandín, Chorot y McNally (2001) y Sandín *et al.* (2005) con muestras españolas no clínicas sitúan las medias del ASI dentro del rango referido previamente por Peterson y Reiss (1992). La muestra final en el grupo no clínico con alta SA fue de 45 participantes y el no clínico con baja SA de 55.

### *Análisis estadísticos*

Para el análisis de los datos se utilizó el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) en su versión 19.0 (SPSS 19.0; IBM, 2010). Para la comparación de muestras en las variables categóricas se calculó el  $\chi^2$  y su nivel de significación. Para las comparaciones de medias de los tres grupos bajo estudio se realizaron ANOVAs. Como prueba *post hoc* se seleccionó la prueba de Tukey. Los efectos fueron considerados significativos cuando  $p < 0,05$ . Finalmente, se utilizó la *d* de Cohen para obtener el tamaño del efecto.

## **Resultados**

La tabla 1 describe los datos sociodemográficos recogidos en los tres grupos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en edad,  $F(2, 149) = 4,412$ ;  $p = 0,014$ ;  $R^2$  corregida = 0,043, y situación laboral,  $\chi^2(6, N = 152) = 17,88$ ;  $p = 0,007$ . La media (y desviación típica) del ASI en el grupo clínico fue de 30,67 (11,06), en el grupo no clínico con alta SA fue de 25,56 (2,17) y en el grupo no clínico con baja SA fue de 10,49 (4,47). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la comparación de medias entre los tres grupos en esta variable,  $F(2, 149) = 116,56$ ;  $p < 0,001$ . Estas diferencias siguen lo que cabía esperar, puesto que los dos grupos no clínicos están contruidos sin solapamiento en su puntuación en el ASI. Los dos grupos no clínicos presentaron diferencias estadísticamente significativas en su puntuación media en el ASI con respecto al grupo clínico ( $p = 0,001$  para el grupo no clínico con alta SA y  $p < 0,001$  para el grupo no clínico con baja SA).

En la tabla 2 se observan las medias de los factores y facetas de personalidad evaluadas a través del NEO-PI-R de los tres grupos. Las puntuaciones menores de 36 equivalen a puntuaciones muy bajas, entre 36 y 45 a puntuaciones bajas, entre 46 y 55 a puntuaciones en la media, entre 56 y 65 a puntuaciones altas y superiores a 65 a puntuaciones muy altas. Si se consideran las cinco grandes dimensiones o factores de personalidad se encuentra que, el grupo con TP/TPA obtiene un perfil de personalidad caracterizado por muy alto neuroticismo, baja extraversión, apertura en la media y amabilidad y responsabilidad bajas. El grupo no clínico con alta SA obtiene el mismo perfil de personalidad que la muestra con TP/TPA salvo en el factor responsabilidad donde obtiene puntuaciones muy bajas. El grupo no clínico con baja SA obtiene un perfil caracterizado por puntuaciones medias en neuroticismo, amabilidad y apertura y bajas en extraversión y responsabilidad.

**Tabla 2**  
Medias, desviaciones típicas, diferencias de medias (test de Tukey), significación y tamaño del efecto con el NEO-PI-R en las diferentes muestras estudiadas

Variables	TP/TPA	No clínico con alta SA	No clínico con baja SA	F	TP/TPA – No clínico con alta SA		TP/TPA – No clínico con baja SA		d
	M (DT)	M (DT)	M (DT)		Diferencia	d	Diferencia	d	
Neuroticismo	68,32 (10,81)	69,59 (10,25)	55,11 (10,45)	30,34***	-1,27	13,20***	1,24	14,48***	1,40
Ansiedad	68,65 (10,82)	63,06 (12,05)	50,03 (17,64)	24,97***	5,59	18,63***	1,77	13,03***	0,86
Hostilidad	62,81 (10,88)	62,98 (10,61)	56,39 (16,05)	3,77*	-0,16	5,92	0,48	6,09	0,45
Depresión	64,74 (12,96)	67,86 (12,62)	55,57 (18,02)	9,43***	-3,12	9,17**	0,53	12,29***	0,79
Ansiedad social	60,06 (10,30)	66,26 (10,21)	56,89 (15,74)	7,04***	-6,19*	3,18	0,24	9,37*	0,71
Impulsividad	58,85 (9,38)	59,46 (10,58)	56,32 (16,40)	0,88	-0,610	2,52	0,19	3,14	0,23
Vulnerabilidad	70,45 (14,49)	70,69 (12,26)	59,45 (18,02)	9,25***	-0,245	10,99***	0,67	11,24*	0,73
Extraversión	39,64 (13,00)	40,56 (14,41)	44,37 (13,46)	1,82	-0,93	-4,74	-0,36	-3,81	-0,27
Cordialidad	40,70 (12,24)	39,33 (13,99)	44,17 (13,61)	1,80	1,37	-3,47	-0,27	-4,84	-0,35
Gregarismo	39,93 (10,66)	44,82 (12,58)	46,26 (15,20)	3,41*	-4,89	-6,33	-0,48	-1,44*	-0,10
Asertividad	44,06 (12,89)	38,87 (12,33)	44,25 (16,99)	2,15	5,19	-0,19	-0,01	-5,38	-0,36
Actividad	45,30 (11,69)	44,39 (12,98)	49,54 (16,98)	1,95	0,91	0,07	-0,24	-5,15	-0,34
Buscueda de emociones	49,50 (11,81)	54,14 (12,36)	55,68 (16,75)	2,79	-4,64	-6,18	-0,43	-1,54	-0,10
Emociones positivas	39,36 (13,41)	40,38 (14,47)	48,75 (16,30)	6,40***	-1,02	-9,39*	-0,63	-8,37*	-0,54
Apertura a la experiencia	47,32 (9,74)	47,91 (11,48)	46,76 (11,61)	0,14	-0,59	0,55	0,05	1,15	0,01
Fantasia	55,29 (10,08)	53,91 (10,31)	54,77 (12,55)	0,19	1,38	0,52	0,04	-0,86	-0,07
Estética	45,93 (10,45)	49,16 (10,38)	46,53 (12,44)	1,11	-3,22	-0,60	-0,05	2,63	0,23
Sentimientos	51,59 (11,66)	48,24 (12,50)	52,23 (12,99)	1,43	3,35	0,27	-0,64	-3,99	-0,31
Acciones	46,42 (11,47)	47,29 (10,29)	48,80 (13,14)	0,56**	-0,87	-2,38*	-0,19	-1,51*	-0,13
Ideas	41,67 (10,09)	45,20 (9,67)	48,98 (14,13)	5,30	-3,53	-7,31	-0,59	-3,78	-0,31
Valores	47,27 (11,05)	46,64 (12,34)	46,40 (11,80)	0,08	0,63	0,05	0,87	0,24	0,02
Amabilidad	42,81 (8,75)	43,88 (10,88)	46,38 (10,24)	2,02	-1,07	-3,77	-0,39	-2,7	-0,25
Confianza	42,81 (12,65)	42,97 (12,87)	46,82 (11,95)	1,75	-0,16	-4,01	-0,32	-3,85	-0,31
Franqueza	45,08 (11,65)	49,03 (9,66)	52,18 (11,71)	5,45***	-3,95	-7,10*	-0,61	-3,15*	-0,29
Altruismo	45,28 (11,82)	43,56 (11,80)	48,00 (15,56)	1,43	1,73	0,15	-0,23	-4,44	-0,26
Actitud conciliadora	42,69 (9,99)	43,63 (11,08)	47,16 (15,24)	1,92	-0,94	-4,47	-0,35	-3,53	-0,26
Modestia	50,53 (9,01)	52,14 (10,47)	54,92 (13,65)	2,18	-1,61	-4,39	-0,38	-2,78	-0,23
Sensibilidad	44,64 (9,09)	42,79 (11,14)	47,03 (10,38)	1,79	4,48	-2,38	-0,24	-4,24	-0,39
Responsabilidad	36,61 (13,26)	33,52 (9,55)	36,28 (11,62)	1,00	3,09	0,32	0,02	-2,76	-0,26
Competencia	40,34 (12,89)	35,86 (10,27)	40,54 (16,77)	1,79	4,48	-0,30	-0,02	-4,78	-0,34
Orden	44,27 (12,45)	42,09 (9,57)	45,89 (18,78)	0,86	2,18	-1,61	-0,10	-3,8	-0,25
Sentido del deber	41,64 (12,51)	40,48 (10,31)	46,15 (13,01)	3,17*	1,17	0,10	-0,35	-5,67	-0,48
Necesidad de logro	34,91 (14,51)	33,91 (12,67)	35,05 (17,54)	0,08	1,00	-0,14	-0,14	-1,14	-0,07
Autodisciplina	36,91 (13,80)	31,53 (13,16)	39,55 (17,61)	3,55*	5,39	-2,64	-0,17	-8,02	-0,51
Deliberación	40,83 (11,82)	40,19 (11,55)	40,58 (14,40)	0,03	0,64	0,25	0,02	-0,39	-0,03

Nota: \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001. SA= sensibilidad a la ansiedad.

En cuanto a las facetas de segundo orden encontramos que, el grupo TP/TPA obtiene puntuaciones muy altas en las facetas ansiedad y vulnerabilidad y puntuaciones altas en hostilidad, depresión, ansiedad social e impulsividad, todas ellas del factor neuroticismo. La única faceta que alcanza puntuaciones muy bajas es la necesidad de logro y puntuaciones bajas en cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, emociones positivas, estética, ideas, confianza, franqueza, altruismo, actitud conciliadora, sensibilidad y todas las del factor responsabilidad a excepción de la necesidad de logro. El resto de facetas obtienen puntuaciones en la media. El grupo no clínico con alta SA obtiene puntuaciones muy altas en depresión, ansiedad social y vulnerabilidad y puntuaciones altas en ansiedad, hostilidad e impulsividad del factor neuroticismo. Las facetas competencia, necesidad de logro y autodisciplina alcanzaron puntuaciones muy bajas. Puntuaciones bajas se obtienen en cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, emociones positivas, ideas, confianza, altruismo, actitud conciliadora, sensibilidad, orden, sentido del deber y deliberación. El resto de facetas consiguieron puntuaciones en la media. El grupo no clínico con baja SA obtiene puntuaciones altas en hostilidad, ansiedad social, impulsividad y vulnerabilidad. Puntuaciones muy bajas en necesidad de logro y bajas en cordialidad, asertividad, competencia, orden, autodisciplina y deliberación. El resto de facetas consiguen puntuaciones en la media.

En la tabla 2 los resultados de la ANOVA muestran diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre los tres grupos del estudio en neuroticismo y todas sus facetas a excepción de la impulsividad, las facetas gregarismo y emociones positivas del factor extraversión, en la faceta acciones del factor apertura, en la faceta franqueza del factor amabilidad y en las facetas sentido del deber y autodisciplina del factor responsabilidad.

Se llevó a cabo la prueba *post hoc* de Tukey que arrojó que la única diferencia estadísticamente significativa en la comparación entre el grupo TP/TPA y el grupo no clínico con alta SA se produce en la faceta ansiedad social del factor neuroticismo ( $M= 66,26$ ;  $DT= 10,21$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ningún otro factor o faceta de personalidad. Las personas con TP/TPA en comparación con las personas del grupo no clínico con baja SA y, el grupo no clínico con alta SA en comparación con el grupo no clínico con baja SA, muestran diferencias estadísticamente significativas con tamaños del efecto medios y altos, entre 0,58 y 1,40, en el factor de personalidad neuroticismo ( $M= 69,59$ ;  $DT= 10,25$ ) y sus facetas ansiedad ( $M= 68,65$ ;  $DT= 10,82$ ), depresión ( $M= 67,86$ ;  $DT= 12,62$ ) y vulnerabilidad ( $M= 70,69$ ;  $DT= 12,26$ ). También se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las facetas emociones positivas ( $M= 48,75$ ;  $DT= 16,30$ ), acciones ( $M= 48,80$ ;  $DT= 13,14$ ) y la faceta franqueza ( $M= 52,18$ ;  $DT= 11,71$ ). El grupo no clínico con alta SA en comparación con el no clínico con baja SA mostró también diferencias estadísticamente significativas en las facetas ansiedad social ( $M= 66,26$ ;  $DT= 10,21$ ) y gregarismo ( $M= 46,26$ ;  $DT= 15,20$ ).

**Tabla 3**  
Medias y desviaciones típicas de los datos normativos del "Inventario breve de síntomas" (Ruipérez et al., 2001) y medias, desviaciones típicas, diferencia de medias (Estadístico Tukey), significación y tamaño del efecto en el "inventario breve de síntomas" en los tres grupos del estudio

Variables	Datos normativos		TP/TPA M (DT)	No clínico con alta SA		F	TP/TPA – No clínico con alta SA		TP/TPA – No clínico con baja SA		No clínico con alta SA – No clínico con baja SA	
	Hombres M (DT)	Mujeres M (DT)		M (DT)	M (DT)		Diferencia	d	Diferencia	d	Diferencia	d
Depresión	6,04 (6,53)	7,68 (6,88)	10,55 (6,88)	11,69 (7,11)	4,67 (4,77)	17,98***	-1,14	-0,16	5,88***	0,99	7,02***	1,16
Ansiedad fóbica	1,37 (2,55)	2,47 (3,55)	10,57 (6,26)	4,08 (3,34)	0,69 (1,47)	74,32***	6,49***	1,29	9,89***	2,17	3,39***	1,31
Ideaación paranoide	6,98 (6,16)	7,82 (6,52)	7,13 (5,08)	9,66 (6,37)	3,61 (3,41)	17,39***	-2,53*	-0,44	3,52***	0,81	6,05***	1,18
Obsesión-compulsión	6,56 (6,00)	7,83 (6,52)	12,19 (6,46)	12,00 (6,76)	4,69 (4,05)	28,23***	0,19	0,03	7,50***	1,39	7,31***	1,31
Somatización	3,79 (3,64)	5,32 (4,02)	10,01 (5,48)	8,30 (4,51)	2,76 (2,41)	41,39***	1,71	0,34	7,25***	1,71	5,54***	1,53
Hostilidad/ Agresividad	2,77 (2,89)	2,71 (3,04)	2,88 (3,31)	3,05 (3,34)	0,94 (1,64)	8,72***	-0,17	-0,05	1,94***	0,74	2,11***	0,8

Notas: SA= sensibilidad a la ansiedad. \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001.

Finalmente, la tabla 3 muestra las medias obtenidas en las escalas del BSI (Derogatis y Melisaratos, 1983) y los resultados de las comparaciones en los tres grupos bajo estudio. Como se ha mencionado anteriormente, las puntuaciones del grupo no clínico con baja SA fueron inferiores a las puntuaciones de los grupos normativos ofrecidas por los autores de la validación española (Ruipérez, *et al.*, 2001), confirmándose así, que los participantes en este grupo no presentan síntomas psicopatológicos del eje I según los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000). Las puntuaciones medias en los grupos TP/TPA y no clínico con alta SA fueron muy similares (no se encontraron diferencias estadísticamente significativas) excepto en las escalas ansiedad fóbica ( $M= 10,57$ ;  $DT= 6,26$ ) e ideación paranoide ( $M= 9,66$ ;  $DT= 6,37$ ) donde se produjeron diferencias significativas. Las puntuaciones en el grupo TP/TPA fueron superiores en ansiedad fóbica e inferiores en ideación paranoide, respecto al grupo no clínico con alta SA. La comparación entre los grupos TP/TPA y no clínico con alta SA con el grupo no clínico con baja SA mostró diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas del BSI con un tamaño del efecto grande (entre 0,74 y 2,17).

## Discusión

Nuestra muestra con TP/TPA presenta puntuaciones en SA superiores al resto de grupos no clínicos ( $M= 30,67$ ;  $DT= 11,06$ ). Estos resultados van en la línea de los obtenidos por Sandín *et al.* (1996) con muestras de pacientes con TP, con o sin agorafobia ( $M= 32,8$ ;  $DT= 11,3$ ), en comparación con pacientes con otros trastornos de ansiedad y un grupo control. Este dato subraya el papel crucial del temor a los síntomas de ansiedad en la fenomenología del TP/TPA (Reiss *et al.*, 1986).

Los resultados obtenidos en los factores de personalidad de primer orden en nuestra muestra con TP/TPA coinciden con los descritos por la mayoría de las investigaciones previas, puntuaciones altas en neuroticismo y bajas en extraversión (Bienvenu *et al.*, 2001, 2004, 2007; Carrera *et al.*, 2006; Foot y Koszycki, 2004; Rosellini *et al.*, 2010) y responsabilidad (Kotov *et al.*, 2010). A este respecto, el grupo con TP/TPA se caracteriza por una gran inestabilidad emocional (alto afecto negativo), baja vivencia de emociones positivas (bajo afecto positivo), apertura a nuevas experiencias, dificultad en las habilidades que facilitan las relaciones personales y resolución de conflictos (baja amabilidad) y poca responsabilidad. El análisis de varianza (ANOVA) sólo ofreció diferencias estadísticamente significativas en el factor neuroticismo, obteniéndose medias mayores en los grupos no clínico con alta SA y TP/TPA. Este resultado indica que las personas con TP/TPA y las personas sin patología pero con puntuaciones altas en SA comparten variables relacionadas con el afecto negativo.

Respecto a las facetas de personalidad de segundo orden, los resultados coinciden con los obtenidos por Bienvenu *et al.* (2001, 2004) para las facetas cordialidad, asertividad, emociones positivas, confianza, actitud conciliadora y autodisciplina, consiguiendo todas ellas bajas puntuaciones. El perfil que se encontró en los pacientes con TP/TPA al utilizar el NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992) es muy parecido al perfil obtenido por el grupo no clínico con alta SA

excepto en dos facetas, búsqueda de emociones y franqueza. Las personas del grupo no clínico con alta SA serían personas con tendencia a la búsqueda de emociones y claras, espontáneas y honradas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con TP/TPA y el grupo no clínico con alta SA salvo en la faceta de personalidad ansiedad social del factor neuroticismo. El resto de grupos obtuvieron también puntuaciones altas en esta faceta por lo que, todas las personas que han participado en el estudio experimentarían malestar en situaciones que requieran la interacción social, en mayor medida, el grupo no clínico con alta SA.

Los tres grupos bajo estudio obtuvieron puntuaciones altas o muy altas en todas las facetas del factor neuroticismo, salvo el grupo no clínico con alta SA, que obtuvo puntuaciones medias en las facetas ansiedad y depresión. Además de estas dos facetas, la faceta vulnerabilidad consiguió diferencias estadísticamente significativas, por lo que parece que estas tres facetas pueden tener una mayor vinculación al perfil de personalidad de las personas con TP/TPA o las personas sin patología y alta SA. Según los resultados del análisis de varianza (ANOVA), las personas sin patología y baja SA en comparación con las personas con TP/TPA o con alta SA son, menos vulnerables a la ansiedad (faceta vulnerabilidad), se sienten a gusto en entornos sociales (faceta gregarismo), viven más emociones positivas (faceta emociones positivas), realizan más acciones en busca de experiencias nuevas y diferentes (faceta de acciones) y son claros y honrados (faceta franqueza). El hecho de que les gusta pertenecer a grupos sociales e interactuar con otras personas (faceta gregarismo) explicaría también que obtengan puntuaciones más bajas en la faceta ansiedad social.

Estos datos irían en la línea de nuestra primera hipótesis, es decir, las personas sin patología y con puntuaciones altas en SA obtienen un perfil de personalidad muy similar al de los participantes del grupo con TP/TPA. Estos datos subrayan la importancia del análisis de los perfiles de personalidad en muestras con altas puntuaciones en el ASI (Reiss *et al.*, 1986) y apoyan a los obtenidos en otras investigaciones que, mediante estudios longitudinales centrados en las puntuaciones en el ASI (Reiss *et al.*, 1986), han identificado la SA como factor de riesgo para el desarrollo de un TP/TPA o ataques de pánico inesperados o predispuestos situacionalmente (Maller y Reiss, 1992; Plehn y Peterson, 2002; Schmidt *et al.*, 1997).

En relación con los resultados obtenidos en la comparación de medias en el BSI (Derogatis y Melisaratos, 1983) entre la muestra clínica y no clínica con alta SA, podemos decir que apoyan la segunda de nuestras hipótesis dado que existe una gran similitud en variables psicopatológicas entre ambas muestras. Por otra parte, resulta comprensible que la media en la variable ansiedad fóbica sea significativamente mayor en el grupo TP/TPA, dado que la ansiedad fóbica hace referencia a aspectos como los ataques de pánico o miedo intenso asociado a situaciones agorafóbicas, síntomas específicamente vinculados al TP/TPA (APA, 1994). Por su parte, la ideación paranoide hace referencia a sentimientos de desconfianza, suspicacia, irritabilidad e ideación delirante. Aunque la media obtenida por el grupo no clínico con alta SA sea mayor que la del grupo TP/TPA, la media no llega a una desviación típica por encima de los datos normativos

ofrecidos por los autores del instrumento. Por tanto, estos datos no indicarían la presencia de psicopatología en esta variable del BSI (Derogatis y Melisaratos, 1983). No obstante, que el grupo no clínico con alta SA obtuviera una puntuación media mayor en esta variable podría relacionarse con la puntuación muy alta alcanzada en la faceta ansiedad social. En ocasiones, las personas que experimentan malestar en situaciones de interacción social llegan a tener pensamientos de tipo paranoide en relación a lo que los demás pensarán de ellos y, como consecuencia, se pueden volver más desconfiados y evitadores.

En vista de estos resultados, se puede sugerir que, puntuaciones moderadas en el ASI (Reiss *et al.*, 1986) no influyen en las puntuaciones de la escala ansiedad fóbica, por lo que corroboran que, la SA es un factor de vulnerabilidad pero también que existen otras variables, como la ansiedad fóbica, que podrían ser elementos clave en el desarrollo de la ansiedad patológica. Esto es acorde con la nueva conceptualización de los trastornos de ansiedad propuesta por Brown y Barlow (2009).

La utilización de muestras sin patología y alta SA en el estudio de las características de personalidad en pacientes con TP/TPA no se ha incluido en ningún otro trabajo, por lo que no fue posible realizar una comparación de los resultados del presente estudio con los obtenidos por otros autores. Este trabajo representa una modesta contribución en este aspecto.

Las personas pertenecientes al grupo no clínico con alta SA comparten con el grupo clínico la vulnerabilidad de padecer ansiedad. Si las características de personalidad y SA son similares en ambos grupos, hemos evaluado a los participantes del grupo no clínico con alta SA en un momento en el que todavía no se ha manifestado el trastorno. La identificación de individuos en riesgo (a través de la evaluación y detección precoz en distintos contextos), permite la implementación de programas preventivos cuyo objetivo es aumentar los recursos emocionales. Por otra parte, los resultados obtenidos permiten mejorar los protocolos de evaluación y tratamiento, incorporando, por ejemplo, cuestionarios sobre regulación emocional y estrategias de afrontamiento o incluyendo técnicas específicas para tratar la patología de personalidad. Finalmente, para mejorar la eficacia de las intervenciones clínicas para el TP/TPA.

En resumen, este trabajo presenta los resultados preliminares obtenidos al comparar variables clínicas (BSI y ASI) y de personalidad (NEO-PI-R) entre una muestra de pacientes con diagnóstico de TP/TPA y dos muestras no clínicas sin historia previa o actual de trastornos psicológicos/mentales (con alta y baja SA). Según los resultados obtenidos, los individuos con elevadas puntuaciones en SA no sólo presentan un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de un trastorno emocional como el TP/TPA (Brown *et al.*, 2003; Hayward, *et al.*, 2000; Maller y Reiss, 1992; Plehn y Peterson, 2002; Schmidt *et al.*, 2006; Schmidt, *et al.*, 2010; Weems *et al.*, 2002, 2007), sino que comparten otro factor de vulnerabilidad, su perfil de personalidad. El constructo neuroticismo/afecto negativo planteado por el modelo de Brown y Barlow (2009) se observa, según este trabajo preliminar, no sólo en los pacientes con TP/TPA, sino también en personas sin psicopatología pero con alta SA y muy alto neuroticismo. Estos resultados apoyan la nueva propuesta en la conceptualización y clasificación de los trastornos emocionales, la cual

plantea que, existen características comunes a todos ellos que indican la existencia de una estructura dimensional en los trastornos emocionales (Brown y Barlow, 2009).

Serán necesarios otros trabajos, incluyendo muestras clínicas y sin patología y alta SA, para ratificar estos resultados preliminares y solucionar algunas de sus limitaciones. Las diferencias encontradas en las variables socio-demográficas en este estudio pueden atribuirse básicamente a que el grupo no clínico con alta SA está compuesto en mayor medida por estudiantes universitarios. En estudios futuros se sugiere aumentar el tamaño de la muestra en todos los grupos de comparación así como su homogeneización en variables sociodemográficas. Asimismo, sería necesaria la evaluación de los grupos no clínicos, con alta y baja SA, utilizando entrevistas clínicas estructuradas que incluyan tanto el eje I como el eje II. Se aconseja una evaluación más exhaustiva del grupo no clínico con alta SA para identificar factores protectores que puedan prevenir el inicio del TP/TPA. Así como estudios longitudinales que aporten evidencias de que los factores de riesgo identificados en la muestra no clínica con alta SA desencadenan el inicio del TP/TPA y que, las intervenciones preventivas pueden eliminar o reducir la activación de los procesos psicopatológicos relacionados con la ansiedad que activan a su vez el TP/TPA.

## Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a. ed.). Barcelona: Masson. (Orig. 1994).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed., texto rev.). Washington, DC: Autor.
- Antony, M. M. y Swinson, R. P. (2000). *Phobic disorders and panic in adults: a guide to assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Asmundson, G. J. y Norton, G. R. (1993). Anxiety sensitivity and its relationship to spontaneous and cued panic attacks in college students. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 199-201.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). Nueva York: Guildford.
- Bienvenu, O. J., Hettema, J. M., Neale, M. C., Prescott, C. A. y Kendler, K. S. (2007). Low extraversión and high neuroticismo as indices of genetic and environmental risk for social phobia, agoraphobia, and animal phobia. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 1714-1721.
- Bienvenu, O. J., Nestadt, G., Samuels, J. F., Costa, P. T., Howard, W. T. y Eaton, W. W. (2001). Phobic, panic, and major depression disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 154-161.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Costa, P. T., Reti, I. M., Eaton, W. W. y Nestadt, G. (2004). Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: a higher-and lower- order personality trait investigation in a community sample. *Depression and Anxiety*, 20, 92-97.
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.

- Brown, T. A. (2007). Temporal and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 313-328.
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment, 21*, 256-271.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F. y 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*, 179-192.
- Brown, T. A., DiNardo, P. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule Lifetime Version for DSM-IV*. Psychological Corporation. San Antonio, TX.
- Brown, M., Smits, J. A., Powers, M. B. y Telch, M. J. (2003). Differential sensitivity of the three ASI factors in predicting panic disorder patients' subjective and behavioural response to hyperventilation challenge. *Journal of Anxiety Disorders, 17*, 583-591.
- Carrera, M., Herrán, A., Ramírez, M. L., Ayestarán, A., Sierra-Biddle, D., Hoyuela, F., Rodríguez-Cabo, B. y Vázquez-Barquero, J. L. (2006). Personality traits in early phases of panic disorder: implications on the presence of agoraphobia, clinical severity and short-term outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 114*, 417-425.
- Cordero, A., Pamos, A. y Seisdedos, N. (2008). *NEO PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado* (3ª ed.). Madrid: TEA.
- Costa, P. y McCrae, R. (1992). *Inventario de personalidad Neo Revisado (NEO-PI-R). Manual profesional*. Madrid: TEA.
- Cox, B. J., Enns, M. W., Walker, J. R., Kjernisted, K. y Pidlubny, S. R. (2001). Psychological vulnerabilities in patients with major depression vs panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 3*, 567-573.
- Derogatis, L. R. y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine, 13*, 595-605.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences. A natural science approach*. Nueva York: Plenum.
- Foot, M. y Koszycki, D. (2004). Gender differences in anxiety-related traits in patients with panic disorder. *Depression and Anxiety, 20*, 123-130.
- Fullana, M. A. y Tortella-Feliu, M. (2000). Relaciones entre la sensibilidad a la ansiedad y el miedo a volar en avión. *Psicología Conductual, 1*, 5-25.
- Hayward, G., Killen, J. D., Kraemer, H. C. y Taylor, C. B. (2000). Predictors of panic attacks in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 207-214.
- IBM (2010). *SPSS Statistics for Windows, version 19.0*. Armonk, NY: Autor.
- Katon, W., Hollifield, M., Chapman, T., Mannuzza, S., Ballenger, J. y Fyer, A. (1995). Infrequent panic attacks: psychiatric comorbidity, personality characteristics and functional disability. *Journal of Psychiatry Response, 29*, 121-131.
- Kasch, K. L., Rottenberg, J., Arnow, B. A. y Gotlib, I. H. (2002). Behavioral activation and inhibition systems and the severity and course of depression. *Journal of Abnormal Psychology, 111*, 589-597.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt F. y Watson, D. (2010). Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 136*, 768-821.
- Maller, R. G. y Reiss, S. (1992). Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *Journal of Anxiety Disorders, 6*, 241-247.
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. (1995). Trait explanation in personality psychology. *European Journal of Personality, 9*, 231-252.

- McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry*, *52*, 938-946.
- Osma, J., García-Palacios, A. y Botella, C. (2014). Personalidad y trastorno de pánico: un estudio de revisión. *Anales de Psicología*, *30*, 381-394.
- Peterson, R. A. y Reiss, R. J. (1992). *Anxiety Sensitivity Index manual* (2ª ed.). Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
- Peterson, R. A. y Reiss, S. (1993). *Anxiety Sensitivity Index Revised test manual*. Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
- Plehn, K. y Peterson, R. A. (2002). Anxiety sensitivity as a predictor of the development of panic symptoms, panic attacks, and panic disorder: a prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, *16*, 455-474.
- Rapee, R. M., Brown, T. A., Antony, M. M. y Barlow, D. H. (1992). Response to hyperventilation and inhalation of 5.5% carbon dioxide-enriched air across the DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 538-552.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky D. M. y McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, *24*, 1-8.
- Rosellini, A. J., Lawrence, A. E., Meyer, J. F. y Brown, T. A. (2010). The effects of extraverted temperament on agoraphobia in panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *119*, 420-426.
- Ruipérez, M. A., Ibáñez, M. I., Lorente, E., Moro, M. y Ortet, G. (2001). Psychometric properties of the Spanish version of the BSI. Contributions to the relationship between personality and psychopathology. *European Journal of Psychological Assessment*, *17*, 241-250.
- Sandín, B., Chorot, P. y McNally, R. J. (1996). Validation of the Spanish version of the anxiety sensitivity index in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 283-290.
- Sandín, B., Chorot, P. y McNally, R. J. (2001). Anxiety Sensitivity Index: normative data and its differentiation from trait anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 213-219.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Santed, M. A. (2002). Relación entre la sensibilidad a la ansiedad y el nivel de miedos en niños. *Psicología Conductual*, *1*, 107-120.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P. y Santed, M. A. (2005). Propiedades psicométricas del Índice de sensibilidad a la ansiedad. *Psicothema*, *17*, 478-483.
- Schmidt, N. B., Keough, M. E., Mitchell, M. A., Reynolds, E. K., MacPherson, L., Zvolensky, M. J. y Lejuez, C. W. (2010). Anxiety sensitivity: prospective prediction of anxiety among early adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*, 503-508.
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R. y Jackson, R. J. (1997). The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*, 355-364.
- Schmidt, N. B., Zvolensky, M. J. y Manera, J. K. (2006). Anxiety sensitivity: prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. *Journal of Psychiatric Research*, *40*, 691-699.
- Weems, C. F., Costa, N. M., Watts, S. E., Taylor, L. K. y Cannon, M. F. (2007). Anxiety control beliefs their unique and specific associations with childhood anxiety symptoms. *Behavior Modification*, *31*, 174-201.
- Weems, C. F., Hayward, C., Killen, J. y Taylor, C. B. (2002). A longitudinal investigation of anxiety sensitivity in adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*, 471-477.

RECIBIDO: 14 de agosto de 2013

ACEPTADO: 17 de diciembre de 2013