

## Índice de Sensibilidad Ansiosa - 3: Evaluación de sus propiedades psicométricas con población de Buenos Aires

*Anxiety Sensitivity Index - 3: Evaluation of its psychometric properties with population of Buenos Aires*

### Lic. Adrián Solari

Doctorando en Psicología

Tesorero AATA

Docente e investigador UADE

Integrante Asociación Ayuda

adsolari@uade.edu.ar

### Dr. Daniel Bogiaizian

Presidente Honorario AATA

Profesor adjunto e investigador UADE

Director área psicológica Asociación Ayuda

rbogiaizian@uade.edu.ar

### Dra. Ana Laura Maglio

Integrante ETCI (Equipo Terapia Cognitiva Infantojuvenil)

Profesora adjunta Universidad Favaloro

Docente UBA

anamaglio@yahoo.com

**Resumen:** La sensibilidad ansiosa (SA) se define como el miedo a los síntomas de ansiedad, estos temores serían el resultado de la creencia de que estas sensaciones pueden tener consecuencias peligrosas o dañinas (13). Funciona como un amplificador del miedo a las reacciones ansiosas, favoreciendo el desarrollo de distintos trastornos de ansiedad (12).

Para medir este constructo se construyó originalmente la Anxiety Sensitivity Index, 16 ítems que cuantificaban el grado de SA (11), el instrumento fue evolucionando.

Taylor et. al (2007) desarrollaron con fuerte respaldo empírico la Anxiety Sensitivity Index - 3 (ASI-3), un instrumento psicométrico de 18 ítems que mide el nivel de preocupación por las consecuencias negativas de los síntomas de ansiedad. Presenta 3 factores: preocupaciones somáticas, preocupaciones cognitivas y preocupaciones sociales (26).

El presente artículo presenta la evaluación de las propiedades psicométricas de una versión en castellano del ASI-3 (26) con población de Buenos Aires, Argentina. El instrumento mostró adecuados niveles de consistencia interna y la misma solución factorial que su versión original en inglés. Se cuenta así con un instrumento válido y confiable para evaluar la SA en nuestra población.

**Palabras clave:** Trastornos de ansiedad, Sensibilidad ansiosa, Índice de sensibilidad ansiosa, Traducción.

**Abstract:** *Anxious Sensitivity (AS) is defined as the fear of anxiety symptoms; these fears would result from the belief that these feelings could have dangerous or harmful consequences (13). AS would be an amplifier of fear to anxious reactions, favoring the development of different anxiety disorders (12).*

*To measure this construct was originally built the Anxiety Sensitivity Index, 16 items that quantified the degree of AS (11), the instrument was evolving.*

*Taylor et. al (2007) developed with strong empirical support the Anxiety Sensitivity Index - 3 (ASI-3), a psychometric instrument of 18 items that measure the level of concern about the negative consequences of anxiety symptoms. It presents three factors: somatic concerns, cognitive concerns and social concerns (26).*

*This paper presents the psychometric properties of a Spanish version of the ASI-3 (26) with population of Buenos Aires, Argentina. The instrument showed adequate levels of internal consistency and the same factor solution than its original English version. Therefore, it is a valid and reliable measure for assessing the AS in our population.*

**Keywords:** *Anxiety disorders, Anxious sensitivity, Anxiety sensitivity index, Translation.*

## INTRODUCCIÓN

La sensibilidad ansiosa (SA) se define como el miedo a los síntomas de ansiedad, estos temores serían el resultado de la creencia de que estas sensaciones pueden tener consecuencias dañinas o peligrosas (13). Desde su aparición en 1985 la SA fue ampliamente estudiada con interés creciente, contando con fuerte presencia en la literatura científica (6).

Propuesta originalmente como un factor de vulnerabilidad para los trastornos de ansiedad en general (13) y para el trastorno de pánico en particular (5), la SA ha mostrado ser predictora del desarrollo de ataques de pánico (17, 18, 20) y estar asociada significativamente con la frecuencia y la incidencia de los mismos (19). En congruencia con esto, la SA se encuentra asociada positivamente con síntomas agorafóbicos (29).

Elevados niveles de SA fueron hallados en otros trastornos de ansiedad (7), TEPT (8, 22), depresión (8, 25, 27), tabaquismo (1, 4, 30), hipocondriasis (21, 28) y TOC. Aunque en este último se cuenta con evidencia más limitada (7), la asociación no estaría del todo clara, variando según el subtipo de TOC (6, 7, 28).

La evidencia sugiere que la SA se compone de una estructura jerárquica, unifactorial en el orden superior (la SA como un factor general) y multifactorial en el orden inferior (preocupaciones físicas, sociales, cognitivas) (21). Siendo la SA un factor de vulnerabilidad común a muchos problemas de ansiedad, las dimensiones inferiores representan factores de vulnerabilidad específicos: las preocupaciones somáticas de los ataques de pánico y el trastorno de pánico; las preocupaciones sociales de la ansiedad social; y las preocupaciones cognitivas con resultados contradictorios que indican tanto una relación con el TAG, la depresión o el distrés general como una relación no específica con ningún trastorno de ansiedad (28).

La SA fue originalmente concebida y medida por el *Anxiety Sensitivity Index* (ASI) como un constructo unidimensional (13, 14). Sin embargo, diversos análisis factoriales fueron realizados con posterioridad, arrojando la presencia de más de un factor (24). Ante la necesidad de desarrollar una medida que contemplara una perspectiva multidimensional, diferentes instrumentos fueron desarrollados. La *Anxiety Sensitivity Index-Revised* (ASI-R) (24) amplió la versión original de 16 a 36 ítems. La *Anxiety Sensitivity Profile* (ASP) (23) amplió a 60 los ítems y a 6 los dominios evaluados (cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, reacciones de ansiedad públicamente observable, disociativo y síntomas neurológicos, y la disfunción cognitiva). Sin embargo ambas versiones obtuvieron una estructura factorial inestable (3, 32). En la búsqueda por resolver estas dificultades Taylor et al., (2007)

desarrollaron con fuerte respaldo empírico la ASI-3 (26). Instrumento de 18 ítems que evalúa 3 dominios: preocupaciones somáticas, preocupaciones cognitivas y preocupaciones sociales. Los autores realizaron un amplio análisis psicométrico, posteriormente replicado en población no clínica (9), mostrando su validez y confiabilidad, y la mejora de sus propiedades psicométricas con respecto a su versión original.

Actualmente se cuenta con instrumentos en español para evaluar la SA (15, 16, 31). En Latinoamérica se ha realizado una adaptación de la ASI-3 en población brasilera (10). Sin embargo, no contamos en Argentina con un instrumento válido y confiable para evaluar la SA.

El presente artículo tiene como objetivo presentar la evaluación de las propiedades psicométricas de una versión en castellano del ASI-3 (26) con población clínica y no clínica de Buenos Aires - Argentina.

## MÉTODO

### Participantes:

La muestra se conformó por 112 sujetos. El 64 % fueron mujeres. La edad media fue de 34 años (DS 10,7). Con respecto al nivel de estudio, tan solo 1 sujeto tenía el secundario incompleto, 30 % secundario completo, 13,5 % estudios terciarios completos, y universitario completo 35 %. Con relación al estado civil, el 55 % era soltero, casado o en concubinato el 32 %, y separado/divorciado el 13 %.

Del total de la muestra el 28 % fueron sujetos no clínicos (controles), y el porcentaje restante sujetos que realizan tratamiento por un trastorno de ansiedad (clínicos), contando con 33 sujetos con diagnóstico de trastorno de ansiedad social (TAS), 22 con trastornos de ansiedad generalizada (TAG) y 26 con trastorno de pánico (TP).

### Instrumento:

Taylor et. al (26) desarrollaron con fuerte respaldo empírico la *Anxiety Sensitivity Index - 3* (ASI-3), un instrumento psicométrico de 18 ítems en el que los encuestados evalúan el grado de preocupación acerca de las posibles consecuencias negativas de los síntomas de ansiedad. Posee 3 subescalas, cada una conformada por 6 ítems: preocupaciones somáticas (por ejemplo: "Me asusta cuando mi corazón late rápidamente." "Cuando siento dolor en el pecho, me preocupa que pueda tener un ataque al corazón."), preocupaciones cognitivas (por ejemplo: "Cuando tengo dificultades en pensar claramente, me preocupa que haya algo mal en mí." "Me asusta cuando soy incapaz de poder mantener mi mente en una tarea."), preocupaciones sociales (por ejemplo: "Me preocupa

que otra gente pueda notar mi ansiedad." "Cuando tiemblo en presencia de otros, me da miedo lo que la gente pudiera pensar de mí."). Las respuestas se califican en una escala de Likert de 5 puntos que oscila de 0 (muy poco) a 4 (mucho). La escala brinda un puntaje total y otro por cada sub escala.

### Procedimiento:

Los sujetos clínicos fueron seleccionados en la Asociación Ayuda, un centro de atención de CABA especializado en el tratamiento de pacientes con trastornos de ansiedad. Se incluyeron aquellos sujetos que fueron diagnosticados con TP, TAS o TAG como diagnóstico principal de acuerdo a criterios DSM IV-TR por dos evaluadores independientes. Cada uno de ellos completó el ASI-3 al momento de la entrevista de admisión en la institución.

Los sujetos controles fueron seleccionados de modo intencional no probabilístico. Reportaron no tener antecedentes de un trastorno mental ni estar en tratamiento en el área de salud mental.

Tanto los sujetos clínicos como no clínicos firmaron el consentimiento informado para participar del presente estudio.

La adaptación lingüística y conceptual se realizó conforme al proceso de retrotraducción (2).

### Análisis estadísticos:

Se realizaron los análisis correspondientes con SPSS (23.0) para Windows. Para el análisis factorial exploratorio se procedió en primer lugar a analizar la adecuación del conjunto de datos para su factorización. Fueron calculados el test de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = .846$ ) y la prueba de esfericidad de Bartlett ( $\chi^2 = 1317,685$ ,  $p = .000$ ). Ambas medidas mostraron pertinencia para conducir un análisis factorial con estos datos. Se realizó un análisis factorial exploratorio forzado a tres factores, con una rotación Varimax. La estructura factorial de esta versión traducida fue examinada teniendo en cuenta la estructura de 3 factores hallada en su versión original en inglés (26).

Para evaluar la consistencia interna del instrumento se calculó el coeficiente alpha de Cronbach, para el puntaje total del instrumento y de cada uno de sus factores.

Se compararon los resultados de la población clínica y no clínica tanto para el puntaje total como para cada sub escala a través de la prueba ANOVA. Las comparaciones post hoc se hicieron con la prueba Scheffe.

## RESULTADOS

### Consistencia interna:

Los coeficientes alpha de Cronbach fueron adecuados tanto en la escala total como en cada factor por separado.

Se obtuvo un puntaje de la escala total de  $\alpha = .905$ , preocupaciones sociales  $\alpha = .857$ , preocupaciones somáticas  $\alpha = .887$ , preocupaciones cognitivas  $\alpha = .900$ .

### Análisis factorial:

Se realizó un análisis factorial exploratorio forzado a 3 factores. En la tabla 1 se presenta la estructura factorial obtenida (ver tabla 1).

Comparación entre grupos – Análisis de la Varianza de un Factor (ANOVA):

Se calculó una prueba de Análisis de la Varianza de un Factor (ANOVA) para examinar diferencias en el promedio de puntuación total y de cada sub escala en la población clínica (TAG-TP-TAS) y no clínica. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas tanto en la puntuación total [ $F(108-3) = 16.763$ ,  $p = .0001$ ], como en cada una de las subescalas: Preocupaciones somáticas [ $F(108-3) = 20.982$ ,  $p = .0001$ ], preocupaciones sociales [ $F(108-3) = 34.813$ ,  $p = .0001$ ] y preocupaciones cognitivas [ $F(108-3) = 9.823$ ,  $p = .0001$ ].

En la puntuación total se hallaron diferencias entre la población clínica y no clínica. Los sujetos controles obtuvieron puntajes significativamente menores ( $MNC=12.83$ ) que los sujetos con TP ( $MTP=35.84$ ), TAS ( $MTAS=29.69$ ) y TAG ( $MTAG=28.36$ ). No se observaron diferencias significativas entre los diferentes grupos clínicos.

En la sub escala correspondiente a las preocupaciones somáticas se hallaron puntajes significativamente mayores en el grupo de TP ( $MTP= 15.50$ ) al ser comparados con los obtenidos en el grupo de TAS ( $MTAS=5.81$ ), el de TAG ( $MTAG=8.04$ ) y la población no clínica ( $MNC=5.61$ ).

En la sub escala preocupaciones sociales se hallaron medias significativamente mayores en el grupo de TAS ( $MTAS=16.72$ ) en comparación con los otros cuadros clínicos ( $MTP=10.07$ ;  $MTAG=9.95$ ) y con la población no clínica ( $MNC=4.61$ ).

La sub escala preocupaciones cognitivas no presentó diferencias significativas entre los sujetos clínicos, pero sí con los controles.

## CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El objetivo de este artículo es presentar la evaluación de las propiedades psicométricas de una versión en castellano del ASI-3 (26) con población clínica y no clínica de Buenos Aires, Argentina.

El instrumento mostró excelentes niveles de confiabilidad a partir del análisis de la consistencia interna, tanto en el factor general de SA como en cada

TABLA 1: MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS

	COMPONENTES		
	Preocup. Cognitivas	Preocup. Somáticas	Preocup. Sociales
Me asusta cuando mi corazón late rápidamente (ítem 3)		.800	
Cuando tengo molestias estomacales, me preocupa que pudiera estar severamente enfermo (ítem 4)	.493	.396	
Cuando siento opresión en el pecho, me asusta que no sea capaz de respirar correctamente (ítem 7)		.828	
Cuando siento dolor en el pecho, me preocupa que pueda tener un ataque al corazón (ítem 8)		.836	
Cuando noto que mi corazón late fuerte, me preocupa que haya algo seriamente mal en mí. (ítem 12)		.873	
Cuando siento que se me cierra la garganta, me preocupa que pudiera morir ahogado (ítem 15)		.738	
Cuando no puedo mantener mi mente en una tarea, me preocupa que pudiera estar volviéndome loco (ítem 2)	.841		
Me asusta cuando soy incapaz de poder mantener mi mente en una tarea (ítem 5)	.713		
Cuando me siento "desconectado" o disociado, me preocupa que quizás esté mentalmente enfermo (ítem 10)	.840		
Cuando mis pensamientos van muy rápido, me preocupa que pudiera estar volviéndome loco (ítem 14)	.827		
Cuando tengo dificultades en pensar claramente, me preocupa que haya algo mal en mí (ítem 16)	.709	.415	
Cuando mi mente queda en blanco, me preocupa que haya algo terriblemente mal en mí (ítem 18)	.519	.390	.393
Es importante para mí no parecer nervioso (ítem 1)			.798
Cuando tiemblo en presencia de otros, me da miedo lo que la gente pudiera pensar de mí (ítem 6)	.394		.718
Me preocupa que otra gente pueda notar mi ansiedad (ítem 9)	.341		.832
Me asusta cuando me sonrojo frente a la gente (ítem 11)			.731
Cuando comienzo a transpirar en una situación social, temo que la gente pensará negativamente de mí (ítem 13)			.756
Pienso que sería horrible para mí desmayarme en público (ítem 17)		.347	.604

subescala específica. A su vez, se pudo observar que la solución factorial propuesta para la versión original en inglés (26) es adecuada para la población local, conservando una estructura de 3 factores diferenciados: preocupaciones somáticas, sociales, y cognitivas. Esto provee evidencias sobre la validez de constructo del instrumento en su adaptación a esta población.

Tanto en el puntaje general como en cada subescala se hallaron diferencias significativas entre la población clínica y control, mostrándose así el instrumento eficaz en diferenciar población clínica de no clínica.

Con respecto a las sub escalas y su relación con los trastornos específicos también se obtuvieron resultados similares a los hallados en su versión en inglés (26). La sub escala de preocupaciones somáticas se asoció con el TP y la sub escala preocupaciones sociales con el TAS.

Se cuenta así con un instrumento válido y confiable para evaluar la SA en nuestra población.

Entre las limitaciones del presente estudio cabe mencionar que si bien el total de sujetos fue suficiente para poder llevar a cabo los análisis estadísticos presentados, podrían replicarse los mismos con una cantidad mayor de sujetos. Sería necesario realizar nuevos estudios con muestras más amplias y representativas de la población, para evaluar si se replican los resultados y contar con normas locales. También para analizar las posibles diferencias en las puntuaciones entre sexo.

Contar con un instrumento que mida de manera válida y confiable la sensibilidad ansiosa puede permitir evaluar la influencia que este constructo presenta en el desarrollo o mantenimiento de los trastornos de ansiedad, así como el efecto que presenta sobre el curso del tratamiento psicoterapéutico.

*La presente investigación se encuentra dentro de un proyecto ACyT Doctoral – UADE (D15S06)*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Battista, S. R., Stewart, S. H., Fulton, H. G., Steeves, D., Darredeau, C., & Gavric, D. (2008). A further investigation of the relations of anxiety sensitivity to smoking motives. *Addictive Behaviors*, 33(11), 1402–1408. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.06.016>
2. Brislin, R. W. (1986). The wording and translation of research instruments. In WJ Lonner 8: J. W. Berry.
3. Deacon, B. J., Abramowitz, J. S., Woods, C. M., & Tolin, D. F. (2003). The Anxiety Sensitivity Index—Revised: Psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1427–1449. DOI 10.1007/s10862-008-9103-3
4. Johnson, K. A., Farris, S. G., Schmidt, N. B., Smits, J. A., & Zvolensky, M. J. (2013). Panic attack history and anxiety sensitivity in relation to cognitive-based smoking processes among treatment-seeking daily smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(1), 1–10. <http://dx.doi.org/10.1093/ntr/ntr332>
5. McNally, R. J., & Lorenz, M. (1987). Anxiety sensitivity in agoraphobics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18, 3–11.
6. Naragon-Gainey, K. (2010). Meta-Analysis of the Relations of Anxiety Sensitivity to the Depressive and Anxiety Disorders. *Psychological Bulletin - American Psychological Association*, 136 (1), 128–150.
7. Olatunji B. O., & Wolitzky-Taylor K. B. (2009) Anxiety Sensitivity and the Anxiety Disorders: A Meta-Analytic Review and Synthesis. *Psychological Bulletin - American Psychological Association*. 135 (6), 974–999. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017428>
8. Olthuisa, J. V, Watt M. C, Stewart S. H (2014). Anxiety Sensitivity Index (ASI-3) subscales predict unique variance in anxiety and depressive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders* 28, 115–124.
9. Osman, A., Gutierrez, P. M., Smith, K., Fang, Q., Lozano, G., & Devine, A. (2009). The Anxiety Sensitivity Index-3: analyses of dimensions, reliability estimates, and correlates in nonclinical samples. *Journal of Personality Assessment*, 92, 45–52.
10. Pessanha Gimenes Escocard M. R., Monnerat Fioravanti-Bastos A. C., Landeira-Fernandez J. (2009) Anxiety Sensitivity Factor Structure Among Brazilian Patients with Anxiety Disorders. *J Psychopathol Behav Assess* 3, 246–255.
11. Peterson, R. A., & Reiss, S. (1992). *Anxiety Sensitivity Index Manual* (2nd ed.). Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
12. Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141–153.
13. Reiss, S., & McNally, R.J. (1985). Expectancy model of fear. En S. Reiss y R.R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107–122). New York: -Academic Press..
14. Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the predictions of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1–8.
15. Sandin 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
16. Sandin B., Valiente R. M., Chorot P y Santed M. A (2007) asi-3: nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12 (2), 91–104.
17. Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & 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. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.106.3.355>
18. Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Jackson, R. J. (1999). Prospective evaluation of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: replication and extension. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 532–537. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.108.3.532>
19. Schmidt, N. B., Mitchell, M. A., & Richey, J. A. (2008). Anxiety sensitivity as an incremental predictor of later anxiety symptoms and syndromes. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 407–412. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.12.004>
20. Schmidt, N. B., Zvolensky, M. J., & Maner, J. K. (2006). Anxiety sensitivity: Prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. *Journal of Psychiatric Research*, 40(8), 691–699. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.07.009>
21. Taylor, S. (1999). *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
22. Taylor, S. (2003). Anxiety sensitivity and its implications for understanding and treating PTSD. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 179–186.
23. Taylor, S., & Cox, B. J. (1998a). Anxiety sensitivity: Multiple dimensions and hierarchic structure. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 37–51.
24. Taylor, S., & Cox, B. J. (1998b). An expanded Anxiety Sensitivity Index: Evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 463–483.
25. Taylor, S., Koch, W. J., Woody, S., & McLean, P. (1996). Anxiety sensitivity and depression: How are they related? *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 474–479.
26. Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Roth Ledley, D., Abramowitz, J. S., Holaway, R. M., Sandin, B., Stewart, S. H., Coles, M., Eng, W., Daly, E. S., Arrindell, W. A., Bouvard, M., Jurado Cardenas, S. (2007). Initial Validation of the Anxiety Sensitivity Index—3. *Psychological Assessment*, 19 (2), 176–188.
27. Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2008). Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 199–210.
28. Wheaton M. G., Deacon B. J., McGrath P. B., Bermann, N. C., Abramowitz J. S (2012) Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 401–408
29. White, K. S., Brown, T. A., Somers, T. J., & Barlow, D. H. (2006). Avoidance behavior in panic disorder: the moderating influence of perceived control. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 147–157. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.07.009>
30. Zvolensky M. J, Bogiaizian D., López Salazar P., Farris S. G. and Bakhshaie, J. (2014). An Anxiety Sensitivity Reduction Smoking-Cessation Program for Spanish-Speaking Smokers (Argentina). *Cognitive and Behavioral Practice* 21 (3), 350–363.
31. Zvolensky M. J., Bakhshaie J., Garza M., Paulus D. J., Valdivieso J., Lam H., Bogiaizian D., Robles Z., Schmidt N. B., Vujanovic A. (en prensa). Anxiety sensitivity and mindful attention in terms of anxiety and depressive symptoms and disorders among Latinos in primary care. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.07.026. *Psychiatry Research*
32. Zvolensky, M. J., Arrindell, W. A., Taylor, S., Sandin, B., Cox, B. J., Stewart, S. H., & Eifert, G. H. (2003). Anxiety sensitivity in six countries. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 841–859.