



Construcción y validación de la Escala de Miedo Generalizado para personas hispanohablantes

Construction and validation of the Generalized Fear Scale for Spanish speakers

Construção e validação da Escala de Medo Generalizado para falantes de espanhol

ARTÍCULO ORIGINAL



 **Charles Ysaacc Da Silva Rodrigues**
charles.rodrigues@campus.ul.pt
Universidad de Guanajuato. León, México

 **Paula Alexandra Carvalho de Figueiredo**
paulafigueiredo@campus.ul.pt
Universidad de Guanajuato. León, México

Recibido el 31 de julio 2022 / Aceptado el 18 de agosto 2022 / Publicado el 1 de noviembre 2022

Escanea en tu dispositivo móvil
o revisa este artículo en:

<https://doi.org/10.33996/repsi.v5i13.79>

RESUMEN

El miedo ha sido estudiado frente a la prevención del peligro. De allí que, el objetivo fue construir la Escala de Miedo Generalizado (EMG) para personas hispanohablantes, que se realizó a través de un diseño no experimental, transversal y de tipo instrumental, con la participación de 765 personas evaluados con los reactivos de la prueba. El análisis estadístico se realizó con base en un modelo de Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y de Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), así como el cálculo del alfa de Cronbach para obtener indicadores de consistencia interna, con un resultado de $\alpha = .899$ para la dimensión física, de $\alpha = .877$ para la dimensión social, de $\alpha = .774$ para la dimensión metafísica y de $\alpha = .938$ para la escala total. La EMG proporciona a la psicología aplicada una escala capaz de medir el miedo generalizado, sin la subjetividad de la observación o interpretación clínica.

Palabras clave: Escala; Escala de Miedo; Miedo generalizado; Validación; Hispanohablantes

ABSTRACT

Fear has been studied in relation to the prevention of danger. Therefore, the objective was to construct the Generalized Fear Scale (GFS) for Spanish speakers, which was carried out through a non-experimental, cross-sectional and instrumental design, with the participation of 765 people evaluated with the test items. The statistical analysis was performed based on an Exploratory Factor Analysis (EFA) and Confirmatory Factor Analysis (CFA) model, as well as the calculation of Cronbach's alpha to obtain internal consistency indicators, with a result of $\alpha = .899$ for the physical dimension, $\alpha = .877$ for the social dimension, $\alpha = .774$ for the metaphysical dimension and $\alpha = .938$ for the total scale. The EMG provides applied psychology with a scale capable of measuring generalized fear, without the subjectivity of clinical observation or interpretation.

Key words: Scale; Fear Scale; Generalized fear; Validation; Spanish speakers

RESUMO

O medo tem sido estudado em relação à prevenção do perigo. Portanto, o objetivo era construir a Escala Generalizada de Medo (GFS) para falantes de espanhol, que foi realizada através de um projeto não experimental, transversal e instrumental, com a participação de 765 pessoas avaliadas com os itens de teste. A análise estatística foi realizada com base em um modelo de Análise Fatorial Exploratória (EFA) e Análise Fatorial Confirmatória (CFA), assim como o cálculo do alfa do Cronbach para obter indicadores de consistência interna, com um resultado de $\alpha = .899$ para a dimensão física, $\alpha = .877$ para a dimensão social, $\alpha = .774$ para a dimensão metafísica e $\alpha = .938$ para a escala total. O EMG fornece à psicologia aplicada uma escala capaz de medir o medo generalizado, sem a subjetividade da observação clínica ou interpretação.

Palavras-chave: Escala; Escala do medo; Medo generalizado; Validação; Falantes de espanhol

INTRODUCCIÓN

Las emociones son reacciones automatizadas y no racionalizadas que tienen como objetivo el ajuste de los procesos individuales, a través de la prevención del peligro inminente, para asegurar la sobrevivencia, la integridad y la salud del organismo (Poma y Gravante, 2018). Aparte de la clasificación teórica de las emociones, el miedo parece vincularse con todas las demás reacciones viscerales del ser humano, debido a su implicación con el sistema de alerta, responsable de activar en el cerebro una necesidad de evaluación relacional del individuo con su entorno. De este modo, el miedo permite un reajuste adaptativo de las respuestas físicas, sociales y metafísicas en el medio ambiente de la persona (León, et al., 2015; Parrott y Harré, 1996; Roald, 2007).

Existe un cierto consenso científico, donde las emociones se pueden dividir en dos grandes grupos, primarias, cuando se consideran experiencias intersubjetivas y vividas en primera persona; y sociales, cuando se refieren a las vivencias subjetivas que involucran a más de una persona (Bauman, 2022; Damásio, 1999). Sin embargo, los cambios fisiológicos parecen estar relacionados con procesos de condicionamiento que varían entre la recompensa y el castigo, o entre la lucha y la huida. Es importante mencionar que los cambios fisiológicos tienen la capacidad de almacenar un recuerdo asociado a una emoción, sin que para tal sea necesario cualquier tipo de intervención de los sentimientos (Damasio, 2003).

Asimismo, las emociones también se pueden clasificar en positivas y negativas, pero en el caso

del miedo, debido a su complejidad biológica, se considera como una emoción heterogénea; siendo positiva, cuando existe una expectativa o un estado de alerta, asociado a un peligro futuro. Por ejemplo, durante el enamoramiento, se activa el miedo al fracaso, a la traición, al engaño u a cualquier otro factor que pueda hacer desaparecer la felicidad del momento; y es negativa, cuando este miedo es constante en la activación de sensaciones intensas de malestar y terror, o sea, cuando existe un castigo social o personal (física o metafísica) sobre una determinada acción o comportamiento (Elster, 2010; Parrott y Harré, 1996; Shumana, et al., 2017).

El miedo, en la perspectiva más tradicional y precientífica de la psicología, se asumía como un sentimiento personal, idiosincrático y únicamente accesible a la persona que lo experimentaba. Según esto, aunque el miedo se pueda verbalizar, gesticular y tornar público, no es posible cuantificar el sentimiento o su intensidad en una persona que pudiera vivirlo (Damasio, 1994). El miedo se presenta como un constructo social aprendido, cuya respuesta más esperada es la evitación del objeto o situación que lo provoca, aunque cuanto más se evite el estímulo amenazador menor será la probabilidad de aprender que dicho objeto o situación no es peligrosa (Lazier y Plamper, 2012; Purcella, 2013).

Más adelante, a través de investigaciones realizadas, primero con animales y después con seres humanos, Darwin (1872) refiere que el miedo es una emoción universal, y que del mismo modo que se caracteriza por una representación mental, también posee características de índole

corporal. Sobre las expresiones faciales observó que con el miedo se exhibe rigidez en los labios, elevación y contracción de las cejas y párpados y, en determinadas situaciones, la boca abierta; mientras que el cuerpo acostumbra a ejecutar movimientos y expresiones contrarias a lo esperable que, al parecer, surgen por sumisión y subordinación, o sea, por sobrevivencia. Además, pueden aparecer movimientos involuntarios, como el temblor, que son igualmente visibles en el enojo o en la alegría intensa (Darwin, 2001).

De hecho, existen varias coincidencias teóricas entre los sentimientos de miedo, enojo y sorpresa, aunque siempre se han calificado como el resultado de una mezcla de emociones vividas en simultáneo (Damásio, 2003). Otro aspecto significativo es que algunas personas perciben el miedo con un cierto placer, al menos eso parece, cuando asisten a una película de terror, leen un cuento de suspenso o exploran lugares peligrosos. Así mismo, también se podría pensar que ese deleite con el miedo no es más que la excitación asociada al riesgo o al temor momentáneo de no conseguir un logro importante. Otras personas, simplemente evitan esa emoción a toda costa (Ekman, 1994, 1999).

En realidad, sentir miedo puede ser algo bastante provechoso, siempre y cuando, ese miedo este justificado en la mente del individuo que incremente su sentido de seguridad y que le proporcione una vida mejor; y que, por supuesto, no sea el resultado de una apreciación incorrecta de una determinada acción, en ese caso, tal sentir sería innecesario (Damásio, 1994; Elster, 2010). El miedo, como otras emociones, altera el procesamiento de los mecanismos cognitivos lo necesario para adecuarlos a un estado de temor,

por eso el miedo puede clasificarse de diversas maneras, siendo que las más comunes son: miedo a la muerte, enfermedades, animales, violencia, objetos, entre otros (Damásio, 1999, 2003).

Lo anterior, permite entender que el miedo puede generar, de manera individual, la autorreprobación, el autodesprecio y una ansiedad extrema frente al fracaso; pero el miedo no es un fenómeno exclusivo de la psique individual, puesto que también comparte elementos transversales con las relaciones sociales y la producción subjetiva de ideas e ideales; esta emoción representa, mayormente, un sentido de la incertidumbre con respecto al porvenir, de insatisfacción con la vida, y una sensación de dominio socioeconómico generado por temor. Por desgracia, vivimos en una sociedad de grupos vecinales, seguridad privada, cercas de alambre, desinformación, odio, violencia e impunidad (Aldana, 2008).

De esta manera, resulta necesario construir, validar y asegurar la confiabilidad de una escala que proporcione una medición objetiva y concreta del fenómeno emocional de miedo generalizado. Esta medición se realiza a partir de 3 dimensiones que pueden explicar la variabilidad conductual y cognitiva de la persona con miedo, esto con el propósito de encontrar mayor precisión en el diagnóstico diferencial de la regulación emocional (ansiedad, depresión y estrés), psicopatología, comorbilidades, y enfermedades o cuadros clínicos independientes (León, et al., 2015).

MÉTODO

Esta investigación se realizó a través de un diseño no experimental, transversal y de tipo instrumental (Ato y Benavente, 2013; Montero y León, 2002). Participaron en esta investigación 765 personas residentes en países hispanohablantes, de los cuales, 609 eran mujeres (79,7%) y 156 eran varones (20,3%); presentaban un promedio total de edad de 43,5 años con una edad mínima de 18 años y máxima de 68 años. En cuanto al estado civil de la muestra, 352 personas eran casadas (46,1%), 306 solteras (40%), 91 divorciadas (12%) y 16 viudas (1,9%). Sobre sus creencias religiosas se reportó que 452 participantes eran católicos (59,2%), 132 ateos (17,2%) y 181 pertenecían a otras religiones (23,6%). Sobre las enfermedades médicas, 493 participantes reportaron no padecer ninguna enfermedad (64,4%); 195 decían tener otras enfermedades que no fueran de tipo psiquiátrica, neurológica, oncológica o generadora de discapacidad (26%); 42 personas presentaban alteraciones psiquiátricas (5,4%); 13 manifestaron problemas neurológicos (1,7%); 11 algún tipo de discapacidad (1,2%); y otras 11 enfermedad oncológica (1,2%); y finalmente, 68 participantes reportaron tener hijos (9%), siendo el mínimo 1 y el máximo 5 hijos.

La idea de creación de la escala surgió en el 2018, a través de una revisión de la literatura que permitió una aproximación al concepto general de miedo que se pretendía medir; sin embargo, por falta de material bibliográfico específico, se realizaron análisis en otras áreas de contenido equiparables. Mientras que, en el 2019, se llevaron a cabo diversos estudios

cualitativos, bajo la metodología de grupo focal, con 110 personas interesadas en el tema del miedo, expertos en el área y estudiantes de posgrado, distribuidas en 10 grupos. Un primer piloteo ocurrió en el inicio del 2020, con 495 participantes, residentes en los Estados Unidos Mexicanos, donde se pudo verificar la adecuada comprensión de las preguntas, su relación con el tema y algunos comentarios enfocados en mejorar la escala en general.

La Escala de Miedo Generalizado (EMG) es una escala que pretende medir el fenómeno emocional del miedo de forma general y está constituida por 3 diferentes dimensiones: la física, con 13 ítems, procura indagar sobre la conducta, el reconocimiento y evitación de eventos de miedo con respuesta condicionada, y su contextualización, pensando en indicadores de hipocondría y acciones psicosomáticas, preocupación, y percepción sistemática de estímulos negativos. La incidencia de esta dimensión, en cuanto a su afectación, se asocia con el temor médico, lesiones, sangre, pérdida de movimiento, sentir dolor, morir y más (American Psychiatric Association APA, 2014; Bechara et al., 2000; Ledoux, 1996; Damásio, 1994; León, et al., 2015).

La dimensión social, con 11 reactivos, busca identificar el estado de alerta latente en el individuo con miedo, considerando los procesos cognitivos de análisis y comparación de expectativas entre el constructo interno aprendido y la información social del constructo externo de miedo, esto, con base en acciones sociales evaluadas por otras personas, en la reacción inapropiada frente a un peligro real, en la flexibilidad de las respuestas de peligro, y

en conductas asociadas a la timidez, inhibición y falta de apego. Esta dimensión, en general, está relacionada con la cognición social y, como tal, incide sobre el temor a la crítica, a la falta de privacidad, a la intimidad con otra persona, al rechazo, a la soledad entre otras (Elster, 2010; León, et al., 2015; Sánchez-Navarro y Martínez-Selva, 2009; Stein y Stein, 2008).

Mientras que la dimensión metafísica, con 6 reactivos, pretende medir un tipo de miedo que no depende de la experiencia; es decir, que aparece sin estar inscrito en estímulos de referencia externos, internos conscientes o desencadenantes, considerando las señales clínicas de apatía, angustia, ansiedad-depresión endógena, pérdida de control y sensación de muerte inminente. Los indicadores más importantes en esta dimensión son los temores relacionados con el fin de la vida, la religiosidad, la violencia, las catástrofes, lo sobrenatural, el pasar del tiempo o envejecimiento, el radicalismo y el sentido de la vida (Aldana, 2008; Bauman, 2022; León, et al., 2015).

Dichas dimensiones del constructo teórico generaron diferentes indicadores que se operacionalizan en un conjunto de 30 reactivos y que se responden utilizando una escala Likert de 5 puntos, en un tiempo aproximado de 20 minutos. Los sujetos evaluados deben señalar el miedo que cada una de las afirmaciones de la escala provoca en su cuerpo, mente y creencia, reflejando esta medida subjetiva, para cada afirmación, como: nunca (no tengo miedo - valoración 0) hasta siempre (tengo mucho miedo - valoración 4). La EMG es una escala de autoaplicación, que permite ser aplicado por otra

persona, siempre y cuando el evaluado presente algún problema motor o similar, siendo que puede ser aplicado tanto de manera presencial como virtual.

Debido a la contingencia por covid-19, el proceso metodológico de este trabajo de investigación se realizó de manera virtual, para evitar cualquier riesgo de contagio y asegurar el cumplimiento de las recomendaciones sanitarias de la Secretaría de Salud Pública del Gobierno de México y de la Organización Mundial de la Salud (American Psychological Association, APA, 2020). Los participantes fueron reclutados de forma electrónica, mediante las Redes Sociales, y durante dicho proceso se conducía a los interesados al Google Forms, plataforma donde se alojaba la EMG. El protocolo de evaluación duraba aproximadamente 45 minutos, iniciándose con la aceptación del consentimiento informado, seguido del llenado de los datos personales y posteriormente, la resolución de la escala. Las evaluaciones tuvieron lugar entre abril y julio de 2021.

La participación de los integrantes de este trabajo de investigación fue voluntaria, en concordancia con los criterios éticos de confidencialidad y anonimato, así como de los criterios metodológicos difundidos por la APA (2010), Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964), Ley General de Salud (2021), Reglamento de la Ley General de Salud, Norma Oficial Mexicana en materia de Investigación en Salud (2014), y Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (2017).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis de los resultados se realizó a través del Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 25 para el sistema Windows 10. En primer lugar, se codificaron los valores de respuesta y se realizó la limpieza de la base (n=801), eliminando los participantes cuya respuesta se había duplicado, en este paso, se eliminaron a 35 casos, permaneciendo una muestra de (N=756). A continuación, se recodificaron los reactivos inversos y se realizaron análisis descriptivos para cada uno de los 80 reactivos iniciales. Se identificaron medias y desviaciones estándar, el porcentaje de opciones de respuesta con alta frecuencia para detectar efectos de piso y techo, los coeficientes de asimetría y curtosis, así como las correlaciones inter-reactivo y con la escala total.

Para alcanzar las primeras evidencias de confiabilidad, se eliminaron los reactivos que correlacionaron menos de $r = 0.35$ con la escala total, excluyendo consecutivamente de

uno en uno los reactivos que no cumplían con el criterio y volviendo a realizar los análisis; siendo que en este paso se excluyó un total de 30 reactivos. Enseguida, se dividió la muestra en dos submuestras, aproximadamente del mismo tamaño, para realizar por separado el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). En la muestra utilizada en el AFE (n=414) se calculó el índice de KMO (.930), que fue mayor al criterio de $>.70$ y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ($<.001$), por lo que se comprobó que la muestra era adecuada para realizar los análisis. Para obtener evidencias de validez de constructo se aplicó el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), con los 50 reactivos que habían quedado tras el primer análisis de confiabilidad. Se utilizó el método de extracción de máxima verosimilitud con rotación Varimax, ajustando a un número fijo de tres factores y conservando solo las cargas factoriales $>.40$, donde se descartaron otros 18 reactivos (Tabla 1).

Tabla 1. Comunalidades para cada uno de los reactivos.

Reactivos	Comunalidad	Reactivos	Comunalidad
B3.CS	0.371	B42.CLS	0.593
B4.CS	0.587	B45.CLS	0.287
B5.CS	0.494	B46.CLS	0.476
B7.CS	0.355	B47.CLS	0.472
B8.CS	0.346	B48.CLS	0.318
B14.CA	0.358	B55.CLA	0.566
B19.CA	0.241	B56.CLA	0.604
B23.OR	0.25	B57.CLA	0.25
B24.OR	0.543	B59.CLA	0.34
B25.OR	0.363	B61.CLA	0.411
B31.OR	0.358	B63.CLA	0.364

Reactivos	Comunalidad	Reactivos	Comunalidad
B33.FS	0.6	B65.CLA	0.396
B34.FS	0.496	B66.CLA	0.33
B36.FS	0.46	B12.CA	0.284
B39.FS	0.392	B13.CA	0.379
B40.FS	0.467	B44.CLS	0.65

Con los 32 reactivos restantes y con una solución de 3 factores, se explicaba un 41.87% de la varianza del constructo de miedo (Tabla 2).

Tabla 2. Cargas factoriales de cada uno de los reactivos y respectivo alfa de Cronbach.

Reactivos	Dimensión Física	Dimensión Social	Dimensión Metafísica	alfa de Cronbach
B24.OR	.704			.913
B33.FS	.696			
B42.CLS	.661			
B65.CLA	.627			
B47.CLS	.579			
B5.CS	.574			
B66.CLA	.573			
B46.CLS	.569			
B34.FS	.564			
B39.FS	.555			
B36.FS	.548			
B48.CLS	.526			
B3.CS	.500			
B25.OR	.496			
B31.OR	.470			
B55.CLA		.729		.887
B56.CLS		.720		
B44.CLS		.616		
B40.FS		.578		
B61.CLA		.558		
B59.CLA		.553		
B14.CA		.522		
B45.CLS		.452		
B23.OR		.445		
B19.CA		.439		
B57.CLA		.430		
B4.CS			.683	.768
B8.CS			.546	
B7.CS			.522	
B13.CLA			.478	
B63.			.464	
B12.CA			.409	

Con base en el modelo obtenido en el AFE, con la segunda parte de la muestra (n = 351), se realizó un AFC en el cual los reactivos 47 y 65 fueron eliminados por mostrar gran cantidad de error en las covarianzas residuales. El modelo resultante quedó conformado por 30 reactivos y mantuvo la estructura de tres factores, con índices de ajuste satisfactorios: $\chi^2(396) = 839.502$; $CMIN/DF = 2.120$; $NFI = .830$ $CFI = .902$; $GFI = .860$; $SRMR = .057$; $RMSEA = .057 (.051-.062)$ $p < .022$. Las relaciones entre factores fueron altas (.715-.834), mientras que las cargas factoriales de todos los reactivos también fueron altas y estadísticamente significativas (λ estandarizadas entre .428 y .788, $p < .001$).

Las correlaciones entre los factores resultaron significativas ($p < .001$), por lo que se consideró la existencia de un factor de orden superior. Para comprobarlo, se llevó a cabo un análisis factorial con los puntajes totales de cada factor, y los resultados mostraron una varianza explicada del 76.18%, lo que se considera alta (>50%), y cargas en el factor de .894, .884 y .840, también consideradas altas (>.60). Esto muestra la existencia de un factor único, por lo que habrá que obtener una puntuación total promediando los puntajes de todos los factores cuando se aplique la escala (Tabla 2).

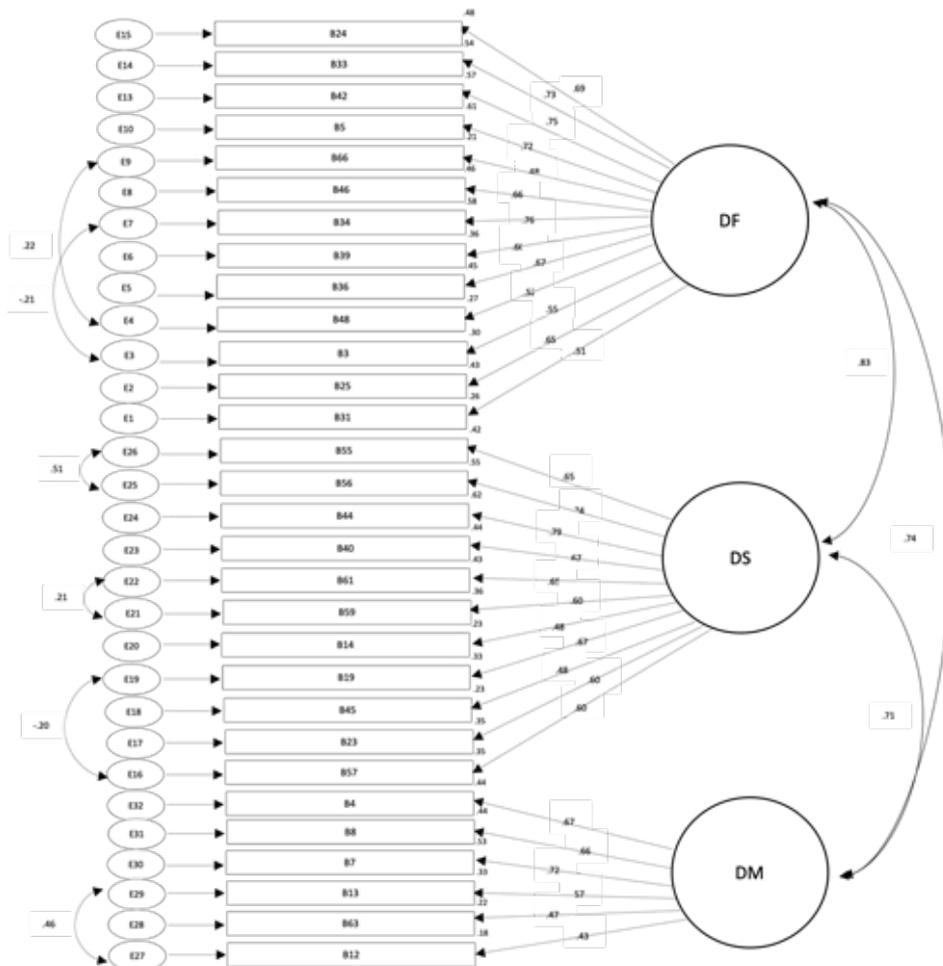


Figura 1. AFC del modelo de la escala de miedo.

Para evaluar la confiabilidad se calcularon índices de alfa de Cronbach para obtener indicadores de consistencia interna. Para la dimensión física fue de $\alpha = .899$, dimensión social $\alpha = .877$ y dimensión metafísica, $\alpha = .774$. Para la escala total se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.938, todos los índices se consideran adecuados (figura 1).

Discusión

El objetivo de este trabajo de investigación fue construir una escala para medir el miedo generalizado en personas hispanohablantes, la cual tiene como base: una revisión bibliográfica y una serie de grupos focales. Desde el primer piloteo, lo importante fue asegurar que el análisis de los datos permitiera calcular el error de la medición y así predecir determinados niveles de variabilidad que se pueden presentar en futuras mediciones; en otras palabras, se calcularon las diferencias individuales de cada participante, para asegurar una evaluación generalizada del fenómeno (Hernández et al., 2014; Montero y León, 2002).

La confiabilidad de esta escala se estableció a partir de dos aspectos esenciales: congruencia o consistencia interna, para asegurar que las tres dimensiones de la escala midan lo mismo, el miedo; y, supuestamente, la equivalencia, que permite comparaciones de confiabilidad con otras pruebas que midan el mismo fenómeno, aunque en la bibliografía no se encontró ninguna otra prueba dedicada al miedo generalizado. Cabe referir, que la confiabilidad también depende de las condiciones óptimas de aplicación: ambiente, instrucciones, tiempo límite de aplicación, relación terapéutica y más

factores que son específicos del proceso (Ato y Benavente, 2013; Montero y León, 2002).

Otro aspecto esencial del análisis estadístico fue asegurar la validez de esta escala, o sea, que la EMG midiera el fenómeno que en un principio se había pretendido medir, el miedo; considerando la validez de contenido, que asegura que las conductas de miedo que se pretendían medir estaban representadas en la muestra, esto se hizo con la participación de expertos en el área así como los grupos focales; y la validez de constructo, que estipula la calidad de la relación entre las bases teóricas de la escala y la capacidad que esta tiene de medir dicho fenómeno, siendo que el constructo se reportó a través de los modelos estadísticos: AFE y AFC (Ato y Benavente, 2013; Hernández, Fernández y Del Pilar, 2014).

Dichos modelos reportaron relaciones entre factores y cargas factoriales altas y estadísticamente significativas, considerando un análisis exhaustivo de los reactivos (media y desviación), del sesgo (asimetría y curtosis) y de los datos sociodemográficos; y así se obtuvo una buena confiabilidad de la escala, en cuanto a la consistencia interna, reportada por un alfa de Cronbach adecuado en la ponderación total, y en las tres dimensiones específicas (miedo físico, metafísico y social). Mientras que el tamaño de la muestra, además de haber permitido un buen análisis estadístico de la confiabilidad y validez, también posibilitó el cálculo de los puntos de corte para la interpretación de la prueba, con base en los cuartiles de cada dimensión y del puntaje total (Ato y Benavente, 2013; Hernández et al., 2014; Montero y León, 2002).

A pesar del análisis cuantitativo, es necesario ir más allá para encontrar una mejor precisión clínica en el reconocimiento de situaciones de miedo y una cierta validación diagnóstica al momento de evaluar la regulación emocional (síntomas de ansiedad, depresión y estrés) y su relación con el miedo. Esto quiere decir, que la validez de constructo también se refiere a la congruencia de la teoría con el análisis estadístico y, en este sentido, parece fundamental iniciar por la pertinencia de esta escala; ya que, el miedo, dependiendo de criterios como el tiempo de duración y la frecuencia de este estado en un individuo, y la interferencia que esta emoción pueda presentar con relación a su actividades de la vida cotidiana, entre otros aspectos, podrían marcar la diferencia entre la inadaptación por miedo y el miedo patológico (APA, 2014; Damásio, 1994; Darwin, 2001; Ekman, 1999).

El marco teórico de esta escala, así como sus preguntas y dimensiones, se elaboró en buena parte, a través del constructo de miedo de León, et al. (2015); su solidificación por vía del análisis estadístico, permitió entender que una afectación en la dimensión física se considera como un malestar progresivo del cuerpo y/o de la mente, y como tal, el individuo tiende a evitar eventos o acciones que puedan causar dicho daño. Se considera como un miedo vital, que teme a todo aquello que ponga en riesgo la existencia de la persona, como sean las enfermedades, accidentes, lesiones, incapacidad, entre otros aspectos (APA, 2010; Bechara, Damásio, y Damásio, 2000; Ledoux, 1996; Damásio, 1994; León, et al. 2015).

En lo que respecta a la dimensión social, se verificó que la incidencia gradual de este tipo

de miedo se manifiesta por la preocupación de ser evaluado por los demás, perder a un amigo, a su pareja, el trabajo, la salud, de ser objeto de burla, crítica, rechazo, de la soledad, falta de privacidad, intimidad, confianza, aceptación social, así como de todo aquello que considera adquirido y necesario para su bienestar subjetivo. Estas situaciones, por lo general, aparecen como detonantes que generan reacciones irregulares frente a potenciales peligros del entorno; y a la vez, producen en el individuo ciertas conductas de inhibición, timidez, retraimiento, inquietud, evitación y malestar social y/o miedo a personas, objetos o a lo desconocido (Elster, 2010; León, et al. 2015; Sánchez-Navarro y Martínez-Selva, 2009; Stein y Stein, 2008).

La dimensión metafísica simboliza el miedo que no es ni físico ni social, o sea, es un temor asentado en una creencia exagerada como; por ejemplo del fin de la vida, sin que exista un malestar físico o mental (dimensión física) o una situación estresante (dimensión social), apenas existe una idea de que el fin se aproxima. Aquí el miedo a la vejez o a la muerte no son de índole físico, sino un medio de algo que podría llevar al individuo a la muerte (Aldana, 2008; Bauman, 2022; León, et al. 2015). Finalmente, el miedo generalizado referente al puntaje total y que se caracteriza por desmotivación, la falta de control social, al encaminamiento del tipo de respuesta conductual a los estímulos del entorno (Lazier, y Plamper, 2012; Parrott y Harré, 1996; Poma y Gravante, 2018; Stein y Stein, 2008).

Existe una diversidad de cuestionarios que evalúan el miedo; sin embargo, lo hacen desde los trastornos neurológicos o psiquiátricos, siendo que la EMG mide el proceso intermedio

entre el miedo adaptativo y el miedo patológico. Se pretende medir, analizar, interpretar y evitar la enfermedad, la necesidad de intervenciones psicofarmacológicas o psicoterapéuticas por situaciones de miedo (León, et al., 2015). Los fenómenos psicológicos son progresivos y frente a un trauma se puede necesitar de una intervención en crisis o una terapia breve para minimizar los efectos de un miedo desproporcionado o incoherente con la realidad vivida, esta es la única manera de prevenir psicopatología frente a una situación límite del afrontamiento psicológico (APA, 2014).

Desde este contexto la EMG, debido a su constructo teórico y análisis estadístico, permite en el aspecto clínico puntualizar situaciones de miedo asociado a la regulación emocional, traumas psicológicos y comorbilidades que puedan estar relacionadas; también es verdad que podría reforzar un diagnóstico impactante y sin pronóstico, como, por ejemplo, la enfermedad oncológica, neurodegenerativa, entre otras (APA, 2014; Damásio, 1994; Ekman, 1999). La EMG, tanto en lo social como en lo clínico, permite comprender el tipo y nivel de miedo en una determinada persona o población, con respecto a un periodo de tiempo determinado, previniendo conflictos y recabando información crucial para adecuar las políticas públicas de salud y bienestar del contexto en cuestión (Lazier y Plamper, 2012; León, et al., 2015).

CONCLUSIONES

El desarrollo de este estudio representa la culminación entre el marco teórico desarrollado a través de una revisión bibliográfica, grupos

focales con interesados y expertos, el apoyo del análisis sistemático sobre el constructo del miedo de la autoría de León, et al. (2015) y la aplicación de estadística, que se efectuó con una población adulta e hispanohablante. El planteamiento desarrollado en este trabajo científico proporcionó la creación de la EMG, producto final del proyecto inicial, que permite medir el miedo de manera general, tanto en lo social como en lo clínico y diferenciar dentro del fenómeno emocional la incidencia de un miedo físico, social o metafísico.

La EMG proporciona a la psicología aplicada, desde la evidencia científica, una escala capaz de medir el miedo generalizado, sin la subjetividad de la observación o interpretación clínica; al contrario, con base en puntos de corte parciales y totales (cuartiles), que se ajustan a una descripción cuantitativa y cualitativa del sentimiento medido. Se espera que esta escala pueda ahora ser validada para poblaciones específicas, donde el criterio de miedo necesite de mayor amplitud o especificidad, como sea en el miedo a una situación en concreto, pensando en cada una de las dimensiones existentes.

REFERENCIAS

- Aldana, O. U. (2008). Miedo, seguridad y resistencias: el miedo como articulación política de la negatividad. *Revista Latinoamericana – Polis*, 19: 1-26. ISSN : 0718-6568.
- American Psychological Association, APA (2020). Guidelines for psychological assessment and evaluation. APA Task Force on Psychological and Evaluation Guidelines. <https://n9.cl/gpr7h>.

- American Psychological Association APA (2010). Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (3a ed.). México: El Manual Moderno.
- American Psychiatric Association, APA. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (5th ed.). London: American Psychiatric Association.
- Ato, M. L. J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps>.
- Bechara, A., Damasio, H., y Damasio, A. R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*, 10, 295- 307.
- Bauman, Z. (2022). *Modernidad líquida*. Argentina: Fondo de Cultura Económica de Argentina, S. A.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2021). Ley General de Salud. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2017). Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPDPPSO.pdf>.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2014). Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud. http://sitios.dif.gob.mx/normateca/wp-content/Archivos/Normateca/DispGrales/ReglamentoLeyGeneralSalud_MaterialInvestigacion_Ago2014.pdf.
- Damáso, A. R. (2003). *Looking for Spinoza. Joy, sorrow and the feeling brain*. Florida: Harcourt, Inc.
- Damáso, A. R. (1999). *The feeling of what happens. Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harvest Book.
- Damáso, A. R. (1994) *El error de Descartes – La razón de las emociones*. Chile: Editorial Andrés Bello.
- Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. London: John Murray.
- Darwin, C. (2001). *On the Origin of Species*. EUA: The Pennsylvania State University.
- Elster, J. (2010). *La explicación del comportamiento social – más tuercas y tornillos para las ciencias sociales*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Ekman, P. (1994). All emotions are basic. En P. Ekman y R. J. Davidson (eds.). *The nature of emotions: fundamental questions*. New York: Oxford University Press.
- Ekman, P. (1999). Basic emotions. En T. Dalgleish y M. Power (eds.). *Handbook of cognition and emotion*. Sussex, U. K.: John Wiley y Sons.
- Hernández, R., Fernández, C., y Del Pilar, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ª ed). México: McGraw Hill. ISBN: 978-607-15-0291-9.
- Lazier, B., y Plamper, J. (2012). *Fear: Across the Disciplines*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press. ISBN 978-0-8229-6220-5.
- Ledoux, J. E. (1996). *The Emotional Brain. The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. New York: Simon & Schuster.
- León, F. G., Hernández, M. L., Martínez, J. M. A., y Cruz, J. S. (2015). El miedo como constructo de análisis sistemático. *Revista Alternativas en Psicología*, 3(18): 27-47. ISSN: 2007-5251.
- Montero, I., y León, O. G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3): 503-508. ISSN 1576-7329.
- Parrott, W. G., y Harré, R. (1996). *The Emotions: Social, Cultural and Biological Dimensions*. London: SAGE Publications Ltd. ISBN: 0-8039-7929-0.
- Poma, A. y Gravante, T. (2018). Emociones, identidad colectiva y estrategias en los conflictos socioambientales. *Revista Andamios*, 15(36): 287-309.

- Purcella, M. N. (2013). *Psychology of Fear: New Developments*. Hauppauge, New York: Nova Science Publishers, Inc. ISBN:978-1-62808-889-2.
- Roald, T. (2007). *Cognition in Emotion: An Investigation Through Experiences with Art*. Amsterdam. Brill Academic Publishers. ISBN: 978-90-420-2333-8.
- Sánchez-Navarro, J. P. y Martínez-Selva, J. M. (2009). The cardiac response of a threatened brain. En L. Sher (Ed.), *Psychophysiological factors and cardiovascular disorders: the role of stress and psychosocial influences* (pp. 113-137). New York: Nova Science Publishers.
- Stein, M. B. y Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371, 1115-1125.
- Shumana, V., Clark-Polnera, E., Meulemana, B., Sandera, D., y Scherera, K. R. (2017). Emotion perception from a componential perspective. *Journal of Cognition and Emotion*, 31(1): 47–56.

World Medical Association (1964) Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>.

Aspectos Éticos – Legales. Los autores declaran haber respetado las normas éticas salvaguardando lo establecido en el ejercicio profesional.

Conflicto de Intereses. En la presente investigación los autores declaran no haber incurrido en ningún conflicto que desglose cualquier interés personal al realizar el presente artículo.