



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MEDICIÓN PSICOMÉTRICA DE LA  
PREOCUPACIÓN EN ADULTOS DEL DF**

**T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :**

**JACQUELINE EMMANUELLE GIRÓN  
VENTURA**

**DIRECTOR DE TESIS: DR. SAMUEL JURADO  
CÁRDENAS**

**ESTA TESIS SE REALIZÓ CON AYUDA DEL PROGRAMA  
DE APOYO PARA LA INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN  
TECNOLÓGICA (PAPIIT) IN300906**



**MÉXICO, D.F.**

**MARZO 2007**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## DEDICATORIAS

*Le dedico este trabajo con mucho cariño principalmente a mi mamá y a mi papá por quererme de manera incondicional, por brindarme su gran apoyo en todo lo que he hecho hasta ahora, por creer en mí, por aceptarme tal como soy y por la educación que me dieron que ha hecho de mí la persona que ahora soy.*

*A mi familia, especialmente a mi tía Mary por animarme a ser mejor cada día como profesional y como persona, por su apoyo, amistad y cariño en todo momento. A mi tía Lucía, a mi abuelita, a mi tío César, a mi tío Benjamín y a mis primos Olaf, Jorge, Mayra, Miriam y Juan Manuel por apoyarme a lo largo de la carrera y brindarme su compañía y cariño.*

*A Judith, Gaby y Adriana por acompañarme a lo largo de la realización de este trabajo, por sus consejos, apoyo y amistad. A mis mejores amigas Andrómeda, Jessica, Josefina y Elisa por compartir conmigo los mejores momentos que pase en la universidad y por brindarme su amistad durante todo este tiempo. A Marta que a pesar del tiempo y la distancia ha estado siempre pendiente de mí conservando la amistad que hemos tenido desde hace muchos años. A Víctor por su gran apoyo a lo largo de este trabajo y por su amistad incondicional. Finalmente, dedico este trabajo a mi abuelito Anselmo Ventura y a mi tío Juan Ventura que en vida me demostraron su cariño y me animaron para crecer profesionalmente y ser una mejor persona.*

*Los quiero mucho a todos.*

*Jaky*

## AGRADECIMIENTOS

*A mi director, el Doctor Samuel Jurado por haber sido un excelente guía a lo largo de este trabajo, por compartir su conocimiento y experiencia, además de sus consejos, paciencia, disponibilidad, su calidad humana y gran apoyo durante todo este tiempo.*

*A mis sinodales por su disponibilidad, por el tiempo que dedicaron a la tesis, además de su interés y sugerencias profesionales que ayudaron a mejorar la calidad del trabajo.*

*A la Facultad de Psicología y a todos los profesores que dirigieron mi aprendizaje, compartiendo sus experiencias y por contribuir a mi formación profesional.*

*A la UNAM, por ser mi segunda casa al darme la oportunidad de integrarme a su comunidad y regalarme el conocimiento y experiencia que hasta ahora he adquirido.*

## **INDICE**

**Resumen**

**Introducción**

### **CAPÍTULO 1 ANSIEDAD**

**Ansiedad**

**Características clínicas de la ansiedad**

**Trastornos de Ansiedad**

**Prevalencia Mundial**

**Teorías de la Ansiedad**

**Bases biológicas de la Ansiedad**

**Neurotransmisores y ansiedad**

**Ansiedad y Depresión**

**Tratamiento**

### **CAPÍTULO 2 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

**Ansiedad Generalizada**

**Evolución**

**Prevalencia**

**Epidemiología**

**Etiología**

**Diagnóstico Diferencial**

**TAG y asistencia primaria**

**Tratamiento**

**Preocupación**

**Tratamiento para la preocupación**

**Ansiedad y preocupación**

**Instrumentos de medición**

**PSWQ**

**GAD-Q-VI**

**Justificación**

**METODO**

**Hipótesis**

**Definición conceptual de variables**

**Definición operacional de variables**

**Diseño**

**Muestreo**

**Sujetos**

**Instrumentos**

**Procedimiento**

**RESULTADOS**

**PSWQ**

**Prueba t**

**Confiabilidad por consistencia interna**

**GAD-Q-IV: Resultados del análisis de frecuencias para el personal del área de salud**

**Prueba t para muestras independientes en el PSWQ**

**GAD-Q-IV: Resultados del análisis de frecuencias para la población general**

**Diferencias de frecuencias en el GAD-Q-IV entre la población general y el personal del área de salud**

**Resultados de la prueba t para muestras independientes en el GAD-Q-IV**

**DISCUSIÓN**

**BIBLIOGRAFÍA**

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito confirmar el trabajo psicométrico de dos escalas para evaluar el trastorno de ansiedad generalizada, el Pen State Worry Questionare (PSWQ) y el Generalized Anxiety Disorder Questionare según el DSM-IV (GAD-Q-IV), realizado en población del DF. Y como seguimiento de este trabajo también se utilizaron dichas escalas para explorar los niveles de ansiedad generalizada y preocupación en personal del área de salud y en población general, empleando una muestra de 245 y 256 sujetos, respectivamente.

En cuanto al trabajo psicométrico del PSWQ y el GAD-Q-IV, la muestra empleada fue de 245 sujetos que integraron la muestra de personal de salud, obteniéndose un alfa de Cronbach=.797 para el PSWQ, mientras que para el GAD-Q-IV, debido a sus características no psicométricas, solamente se sometió a una validez descriptiva, destacando frecuencias y porcentajes de respuesta.

Con respecto a los niveles de ansiedad generalizada y preocupación entre el personal del área de salud y la población general, se encontró que únicamente hubo diferencias significativas en la pregunta dos del GAD-Q-IV: ¿Su preocupación es excesiva en intensidad, frecuencia o cantidad de incomodidad que le causa? ( $t=-2.127$ ,  $\alpha= 0.05$ ), siendo mayor la frecuencia en personal del área de salud que en la población general.

Por lo tanto se concluyó que el PSWQ y el GAD-Q-IV son instrumentos válidos para su uso en población del DF y en personal del área de salud, comprobando el trabajo psicométrico anteriormente realizado con estas escalas. Además, se encontró que el personal del área de salud se preocupa más que la población general, probablemente por las características inherentes a su trabajo. Cabe mencionar que en las dos poblaciones se reportó a la familia, asuntos personales, trabajo, economía y asuntos académicos como los temas de preocupación más frecuentes.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente se concibe a la ansiedad como un mecanismo adaptativo que surge ante la presencia de una amenaza que atenta contra la vida de un organismo, sin embargo, puede convertirse en patológica cuando no hay un peligro o bien cuando la reacción excede en su intensidad o frecuencia (Vila, 1996).

Cuando es patológica, puede manifestarse ante diversas situaciones y en este sentido, se han clasificado los diferentes trastornos que la incluyen, uno de ellos, es el trastorno de ansiedad generalizada, considerado uno de los trastornos de ansiedad más comunes que se padecen en la población. A pesar de esto, en México no se cuenta con instrumentos de evaluación válidos para diagnosticar este trastorno.

Cabe mencionar que la ansiedad y la ira se asocian con procesos de estrés en diferentes áreas laborales (Pérez, Irvarrizaga y Camuñas, 2000). Al respecto, el personal que labora dentro del área de salud, es uno de los grupos de población que frecuentemente es afectado por la ansiedad y el estrés.

Por tal motivo, la presente investigación exploró en este tipo de población los niveles de ansiedad generalizada y preocupación, ya que a pesar de que es un grupo que con frecuencia presenta ansiedad, hay muy pocos estudios sobre este tipo de población en nuestro país.

Además se realizó seguimiento en el trabajo psicométrico del PSWQ y el GAD-Q-IV, que están en proceso de estandarización en población mexicana, y por dicho seguimiento se utilizaron estas escalas para estudiar la población del personal del área de salud.



## CAPITULO 1

### ANSIEDAD

Actualmente se identifican los diferentes trastornos que tienen como principal característica a la ansiedad y se han descrito entidades clínicas perfectamente definidas que la incluyen, como son los distintos tipos de fobias, el trastorno de ansiedad generalizada y los ataques de pánico. Sin embargo, para entender dichos trastornos, es necesario saber a cerca de su componente principal, la ansiedad, y las diferentes modalidades de la misma que se integran dentro de la experiencia personal ante situaciones específicas de la vida cotidiana de los seres humanos.

La ansiedad como término, se incorporó al léxico médico de las enfermedades mentales aproximadamente en el siglo XVIII. El uso del término ansiedad significaba que se establecía una distinción entre las reacciones normales de la gente después un fracaso sentimental o problemas económicos. Inicialmente, con respecto a la definición de ansiedad, en la Grecia antigua se contaba con términos para la manía, la histeria, la melancolía o la paranoia, pero no para la ansiedad. En la Grecia moderna ya existe la palabra *anesuchia* cuyo significado primitivo es sin tranquilidad, sin calma. Sin embargo el término *angor* también denota estrangulación y deriva del verbo *ango*: oprimir, estrangular. La idea de estrechamiento es otra connotación del término latino *angustia* que significa estrechez (Stein y Hollander, 2004).

Para aclarar y conjuntar las características de la ansiedad de una manera más clara y amplia se presentarán a continuación algunas concepciones de ésta que han sido descritas por diferentes autores.

Para Calle (1990) la ansiedad es una sensación desagradable de mayor o menor intensidad que se experimenta como intranquilidad, confusión, malestar, agitación, indecisión, profunda insatisfacción, incertidumbre, sentimiento de amenaza, aprensión, inquietud difusa, sensación de desconcierto y desintegración, misma que puede ir desde una leve sensación de inquietud a una sensación de máxima agitación, pánico y temor a la locura o muerte.

Sin embargo, a pesar del significado que implica sensaciones de cierto modo desagradables para quien la padece, la ansiedad se considera adaptativa pues prepara al organismo para actuar o huir ante una amenaza.

Al respecto, algunos autores la han considerado un mecanismo adaptativo, resultado de conductas defensivas ante situaciones que implican peligro para la supervivencia del organismo ya que permite movilizar al organismo para defenderse mediante la huida o bien lo prepara para enfrentar una situación percibida como atentatoria para la integridad de la persona, funcionando así como un sistema de alarma que prepara al organismo para pelear contra un peligro potencial o ante cualquier circunstancia que represente una amenaza a la integridad de la persona desde todos los aspectos del funcionamiento vital, tratándose de una reacción emocional normal que como todas las reacciones emocionales, por ejemplo la ira, la tristeza o la alegría, cumple una función adaptativa (Vila, 1996; Martín, 1999; Rojas, 2002; Heinze, 2003; Pérez, 2003; Contreras, 2003; Luengo, 2005 y Aguado, 2006).

Para Heinze (2003) todos los seres humanos padecen, de una u otra forma, distintos niveles de ansiedad que pueden ser benéficos para el individuo porque pueden permitirle un mayor estado de alerta e impulsarlo a acciones que bajo otras circunstancias no realizaría.

Es de notarse que las definiciones anteriores describen a la ansiedad desde un punto de vista normal considerándola una emoción necesaria para la supervivencia. Sin embargo, también se ha considerado como un problema.

De este modo, la ansiedad puede convertirse en patológica cuando se produce sin que exista un peligro real o cuando la reacción excede en su intensidad o frecuencia ante la situación objetiva de peligro, percibiéndose como un estado emocional altamente aversivo que lejos de facilitar el comportamiento adaptativo, lo interfiere y perturba (Vila, 1996) apareciendo como una reacción ante estímulos erróneos provocada por la interpretación equivocada de los mismos, resultando un estado contraproducente debido a que el estado alterado a nivel cognitivo y emocional en un momento ansioso, así como los síntomas fisiológicos y conductuales desencadenados parecen demostrar que no se hace otra cosa más que preparar, con todos los elementos psicofisiológicos de que se dispone, la defensa más organizada posible ante estímulos que probablemente son percibidos como amenazantes pero en realidad no lo son, lo cual lleva a un gasto de energía innecesario (Luengo, 2005) pues cuando es excesiva, más que ayudar, se vuelve un problema que dificulta el rendimiento, además de que da inicio a una patología y provoca sufrimiento a quien la padece (Martín, 1999) porque el individuo no es capaz de combatir sus síntomas ansiosos, que difieren notablemente de la ansiedad cotidiana o normal, considerándose patológica cuando su intensidad es tan alta que interfiere negativamente con el rendimiento y funcionamiento tanto psíquico como social del individuo y en algunos casos extremos recluye e

invalida socialmente a quien la padece (Heinze, 2003) volviéndose, de esta manera, inadecuada a la situación porque la evaluación no corresponde con la realidad, lo que da lugar a una respuesta patológica (Corsi, 2003).

Por lo tanto se puede decir que la ansiedad es adaptativa si su intensidad no es excesiva ya que ayuda a enfrentarse a ciertos requerimientos y exigencias concretos de la vida y si por el contrario, se trata de un proceso de adaptación a la situación que se basa en una sobre activación biológica, como consecuencia de una estimulación permanente de estímulos externos e internos, el problema se produce cuando esta ansiedad se hace negativa, para lo cual son necesarios los siguientes requisitos: que tenga una gran intensidad, que su duración sea excesiva, que sea paralizante y que vaya produciendo bloqueos intermitentes, que aumentan cada vez más (Rojas, 2002).

Por lo tanto, las definiciones anteriores, reflejan que la ansiedad excesiva, lejos de representar una respuesta adaptativa ante ciertos problemas, situaciones desconocidas o bien ante estímulos que se perciben como amenazantes, (cuando en realidad pueden no serlo) se produce una activación fisiológica fuera de control, donde también se ven alterados los procesos de razonamiento cognitivo, resultando una respuesta inadecuada y en ocasiones paralizante que limitan o eliminan totalmente la eficacia de conducta ante el ambiente.

De este modo, la ansiedad en un grado moderado desempeña una función de gran utilidad pues estimula los esfuerzos y ayuda a que la persona se mantenga en un elevado nivel de trabajo, de hecho la ansiedad es una experiencia que se presenta cuando nos esforzamos en alcanzar

determinadas metas, ante ciertos plazos de tiempo impuestos, al mantener relaciones interpersonales y en muchas de las actividades que realizamos diariamente.

En este sentido, también se ha definido a la ansiedad resaltando el plano cognitivo, pues el volverse consciente de una amenaza o de un suceso desagradable implica una experiencia subjetiva (Linford, 1974) ya que, aunque puede ser provocada por estímulos reales del ambiente, también puede desencadenarse por la evaluación que se hace de la situación involucrando la subjetividad del sujeto, así como sus experiencias previas (Corsi, 2003), resultando un estado emocional subjetivo caracterizado por aprensión y síntomas físicos que reflejan la hiperactividad del sistema nervioso autónomo (Aguado, 2006) considerándose una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, siendo una manifestación esencialmente afectiva, y al mismo tiempo, se trata de una vivencia que involucra un estado de activación neurofisiológica, referido comúnmente en la literatura como arousal, que consiste en una activación de los mecanismos que controlan la vigilancia (Rojas, 2002).

En relación a lo anterior, cabe mencionar que a la ansiedad también se le ha definido desde un punto de vista biológico, pues aparte de las cogniciones, se acompaña de un aumento en la vigilancia del entorno, dificultad para concentrarse, un aumento en la tensión muscular y numerosos síntomas autónomos, entre los que destacan las palpitaciones, la sudoración, la falta de aliento y la presencia de molestias digestivas (Pérez, 2003) involucrando alteraciones neuroquímicas que alteran el funcionamiento de diversas

estructuras cerebrales dando lugar a cambios motores, irritabilidad, actitudes agresivas o de desaprobación, sensación de vulnerabilidad y reacciones emocionales exageradas ante el peligro (Contreras, 2003).

Por lo tanto, puede distinguirse como un estado de amenaza inquietante producido por estímulos externos de muy variada condición: conflictos inesperados, situaciones que provocan tensión emocional, crisis de identidad personal y problemas generados en el ambiente, donde actúan simultáneamente lo somático y lo cognitivo; deriva de un trastorno psicofisiológico de estructuras cerebrales implicadas en la regulación de las emociones, dentro de las que destaca el sistema límbico principalmente, la corteza cerebral, además de una serie de sistemas de activación, toda la endocrinología y el sistema nervioso autónomo (Rojas, 2002).

Por otro lado, con respecto a los momentos en que las personas experimentan ansiedad, Goldman (1996) afirma que cuando la ansiedad surge de manera inesperada, se llama ansiedad espontánea o sin manifestación y cuando la ansiedad ocurre predeciblemente en situaciones específicas, se denomina ansiedad manifiesta situacional o fóbica. También refiere la ansiedad anticipatoria para describir la ansiedad desencadenada por el simple pensamiento de situaciones particulares próximas a ocurrir.

De tal modo, queda claro que la ansiedad puede ser experimentada en cualquier tipo de situaciones en su cualidad de emoción, por lo que es necesario aclarar un poco más el concepto de la ansiedad como emoción.

Con respecto a la emoción, Goleman (1995) la define como el conjunto de pensamientos y estados psicológicos y biológicos característicos que representan una variedad de tendencias a actuar.

Queda claro entonces que la ansiedad es una experiencia que se da con la simultaneidad de activación fisiológica y cogniciones específicas que representan la interpretación subjetiva que los individuos generan ante las situaciones vividas y que por esta razón cada persona le dará un toque individual a su experiencia ansiosa, compartiendo un cuadro clínico específico.

Además, la ansiedad es un fenómeno humano normal que únicamente debe ser considerado como una patología cuando compromete o atenta contra el bienestar general o la eficiencia personal del individuo, por la característica de ser inadecuada a la situación o al estímulo que la provoca, resultando una respuesta no adaptativa que provoca malestar. Considerándose, por tales motivos, una emoción compleja que se integra desde una perspectiva personal, en respuesta a estímulos internos y externos a partir de la activación de diversos centros cerebrales que intervienen para provocar cierta activación fisiológica característica que experimenta el sujeto que la padece, dando como resultado un cuadro clínico claramente identificado, el cual se describirá en el siguiente apartado.

### **Características Clínicas de la Ansiedad**

La ansiedad clínica representa una exageración de los mecanismos normales de supervivencia en los que hay una sobre preocupación ante el concepto de peligro y una infravaloración de la habilidad personal para afrontar la situación (Vallejo y Gastó, 2000).

Según Aguado (2006) la ansiedad se puede manifestar ya sea por síntomas cognitivos, conductuales o somáticos tales como la angustia, temores, preocupación, inseguridad, inquietud, falta de concentración, tensión motora, hiperactividad autónoma, digestiva, cardiovascular, respiratoria, entre otras.

Dentro del plano cognitivo, Luengo (2003) afirma que las personas ansiosas se caracterizan por experimentar subjetivamente vivencias de pánico, de muerte inminente, de volverse loco, de perder el auto control, alteraciones de la vivencia del tiempo, sensación de irrealidad, sentirse como un extraño, además de interpretar el entorno como algo irreal, extraño, transformado, como si se tratara de un sueño, también puede olvidar información reciente, por lo que la objetividad en el razonamiento, así como la libre elección como persona, se hallan completamente interferidas, hecho que perjudica continua e intensamente la vida diaria.

Cabe mencionar que al abordar el tema de la ansiedad hay que decir que su sintomatología es muy variada y que en cada sujeto pueden aparecer síntomas relativamente distintos, aunque eso sí, debe existir un núcleo básico común.

Según Powell y Enright (1990) los grupos de síntomas asociados con la ansiedad, corresponden a las funciones de ciertos sistemas que coordinan e integran el funcionamiento del ser humano, incluyendo el aspecto cognitivo, conductual y fisiológico. Dicho lo anterior proponen los siguientes síntomas como los característicos de la ansiedad.

En el aspecto cognitivo refieren que el individuo puede presentar dificultad para controlar el pensamiento, dificultad de concentración, hiper vigilancia, experimentar sentimiento de irrealidad, confusión, dificultad en el razonamiento,



pérdida de objetividad, distorsiones cognitivas, ideación de miedo repetitiva, miedo de perder el control, de no ser hábil para enfrentar situaciones concretas, de sufrir daño físico o bien de morir, de evaluaciones negativas y de volverse loco.

En el aspecto conductual mencionan como característicos la evitación, huída, hiperventilación, dificultad en el discurso, inhibición y falta de descanso.

En el plano fisiológico, entre los más característicos, proponen las palpitaciones, desmayos, taquicardia, incremento de la presión sanguínea, respiración rápida y superficial, insomnio, rigidez muscular, náusea, vómito, dolores abdominales, pérdida de apetito, incremento en la frecuencia urinaria, palidez, sudoración general (en especial en las palmas de las manos), palidez y ruborización.

Por otro lado, con respecto a los trastornos de ansiedad en niños, tales como las fobias simples, el trastorno de ansiedad por separación, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de estrés postraumático, Mardomingo (2001) afirma que las características clínicas manifestadas por ansiedad más comunes son las siguientes:

Molestias neuromusculares (dolores de cabeza), digestivas (dolores abdominales, náuseas, vómitos y diarrea), sensación de ahogo, disnea, taquicardia, palpitaciones, opresión torácica, dolor precordial, palidez, rubor, sequedad de boca y sudoración.

Finalmente Rojas (2002), aparte de proponer síntomas conductuales, psicológicos, cognitivos y fisiológicos, integra también los síntomas asertivos, los cuales incluyen no saber qué decir ante ciertas personas, no saber iniciar una conversación, dificultad para presentarse a sí mismo, dificultad o

imposibilidad para decir que no o mostrar desacuerdo en algo, graves dificultades para hablar de temas generales e intrascendentes, hablar siempre en lenguajes demasiado categóricos o extremistas, dar una respuesta por otra al hablar en público, bloquearse al hacer preguntas o al tener que responder, adoptar en demasiadas ocasiones una postura pasiva (bloqueo generalizado), no saber llevar una conversación de forma correcta (no saber tomar la palabra, ni cambiar de tema, ni ceder la palabra a otra persona, ni tener sentido del humor ante una situación un poco tensa, etc.), no saber terminar una conversación difícil, pocas habilidades prácticas en la conversación con más de dos personas, no saber aceptar una broma o una ocurrencia divertida (sobre todo al estar en grupo, pues puede ser que al estar en guardia todo se interpreta peyorativamente y con desconfianza) y escaso entrenamiento para estar relajado en grupo.

Como podemos darnos cuenta, la ansiedad se manifiesta afectando todas las áreas vitales de las personas. Las asociaciones aprendidas, las percepciones cognitivas, las creencias, las expectativas, las representaciones mentales del peligro, las auto representaciones y la autoestima interactúan entre sí con los aspectos biológicos de la ansiedad para dar lugar a una experiencia personal unificada.

En este sentido, Luengo (2005) asegura que el proceso ansioso es de carácter personal tanto en su sintomatología fisiológica como en lo que se piensa, se siente o se ejecuta, por otro lado también es personal el desarrollo, la intensidad y la duración de dicho proceso, por lo que no hay dos desarrollos ansiosos idénticos, porque su contenido es fundamentalmente diferente según

la predisposición que se posea, las experiencias vividas y acumuladas y la interrelación entre dichos aspectos.

## **Trastornos de ansiedad**

Como podemos darnos cuenta, la experiencia de la ansiedad es muy compleja y puede resultar muy variada de acuerdo a la persona y su historia. Sin embargo, tales características clínicas han dado lugar a clasificar los trastornos que tienen como principal característica a la ansiedad, resultando entidades clínicas específicas.

En el DSM-IV (APA, 1994) se especifican las siguientes categorías formales que comprenden los trastornos de ansiedad:

- Trastorno de angustia o pánico sin agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Fobia social
- Fobia específica
- Trastorno de Ansiedad Generalizada
- Trastorno Obsesivo Compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- Trastorno de ansiedad no identificado

Muchos de los trastornos de ansiedad comparten procesos constituyentes y desde el punto de vista descriptivo, difieren básicamente (o únicamente) en el contenido o foco de la aprensión.

En el presente trabajo no se describirán las características específicas de los trastornos de ansiedad antes mencionados. Únicamente se pondrá especial atención al Trastorno de Ansiedad Generalizada, al cual se le dedicará el siguiente capítulo.

#### Prevalencia mundial

En los últimos años la ansiedad ha sido uno de los trastornos del estado de ánimo que afecta a una gran parte de la población mundial (Contreras, 2003). Al respecto, Vera y Buela (2000) afirman que los trastornos de ansiedad (junto con la depresión) son las perturbaciones psicológicas que en mayor medida se presentan en la población.

La prevalencia durante la vida de cualquier trastorno de ansiedad es de alrededor del 25% y la prevalencia en doce meses es del 17% (Heinze, 2003). Teniendo mayor frecuencia en la mujeres que en los hombres y siendo superior en los grupos socio económicos más bajos (Linford, 1974).

Cabe mencionar que el inicio de los trastornos de ansiedad es probablemente más frecuente entre los 20 y 30 años y algunas veces el inicio es causado por eventos estresantes de la vida (Angst, y Vollrath, 1991).

## **Teorías de la ansiedad**

Dada la complejidad de la ansiedad y las múltiples áreas que abarca en la vida de quien la experimenta, han surgido varias teorías que ofrecen una explicación para la misma desde diferentes puntos de vista. Dichas perspectivas se describirán a continuación.

### **Modelo de Condicionamiento y Modelo Cognitivo**

En relación al aprendizaje, Goldman (1996) reporta que la ansiedad es una respuesta aprendida a algún estímulo nocivo. Cuando una situación o estímulo provocan ansiedad en una persona, que entonces los evita, la ansiedad disminuye y la persona aprende a reducirla evitando las situaciones que la provocan.

Por su parte, Vila (1996) afirma que la investigación experimental sobre los trastornos de ansiedad se ha centrado en dos tipos de modelos explicativos: Los modelos de condicionamiento y los modelos cognitivos de procesamiento de información. Estos modelos enfatizan los procesos por los que se adquieren y mantienen los trastornos de ansiedad, independientemente o no de que se reconozca o no la importancia de las variables de personalidad como factores que favorecen su adquisición. Además sugiere que los modelos de

condicionamiento asumen que los trastornos de ansiedad son conjuntos de respuestas aprendidas a través de los procesos de condicionamiento. Los procesos de condicionamiento principales son el condicionamiento clásico (asociación entre estímulos neutros del ambiente y hechos traumáticos que actuarían como estímulos incondicionados) y el aprendizaje de evitación (un tipo de aprendizaje donde se conjugan características del condicionamiento clásico y características del condicionamiento instrumental relacionadas con las consecuencias que refuerzan la conducta de evitación).

Así mismo, este autor describe a los modelos cognitivos de procesamiento de información como aquellos que asumen que en la base de los trastornos de ansiedad existen procesos de aprendizaje. Sin embargo, en lugar de entender que lo que se aprende son respuestas ante estímulos, este tipo de modelo entiende que lo que se aprende son representaciones simbólicas de los acontecimientos externos (de los estímulos y de las respuestas) que con el tiempo dan lugar a estructuras complejas de información almacenadas en la memoria. En el caso de los trastornos de ansiedad, la estructura de información sería una estructura típica de miedo con estímulos contextuales evocadores de ansiedad y respuestas fisiológicas, conductuales y/o verbales de ansiedad, además de valoraciones negativas de los estímulos y las respuestas. El modelo asume que las manifestaciones patológicas se observan únicamente cuando se activa la estructura de información que se encuentra almacenada en la memoria. La activación de la estructura se produce si existe en el ambiente del sujeto un número mínimo de elementos semejantes a los de la estructura. Una vez activada, la estructura funciona en su totalidad como si se tratara de un

programa informático que va produciendo y controlando las respuestas cognitivas, conductuales y fisiológicas propias de cada trastorno.

### Teoría psicoanalítica

Freud (1923) planteó la existencia de tres entidades psíquicas dinámicas, el ello, el yo y el superyo. El yo la consideró la entidad que tiene relación con la percepción exterior y se rige por el principio de la realidad, por lo que podría representar la razón o la reflexión, mientras que el ello contiene las pasiones y se rige por el principio del placer. Finalmente el superyo es el yo ideal, la consciencia moral, su relación con el yo no se limita a la advertencia, también comprende la prohibición.

Por lo tanto planteó la ansiedad como un producto fisiológico directo de la pulsión sexual o libido (energía psíquica) no descargada suficientemente, resultado de un conflicto entre el yo y el ello, cuando otras exigencias tienen más fuerza para este que las exigencias pulsionales del ello, rectificó su teoría después de profundizar más en el fenómeno de la represión, considerando que la ansiedad era la represión del impulso, entendiendo como la esencia de la represión el rechazar y mantener alejados de lo consciente (lo consciente se refiere a que se tiene una percepción inmediata y segura de la realidad) a determinados elementos, lo que regiría la defensa contra las pulsiones (Freud, 1911). Después de 1926 la ansiedad fue considerada como una reacción del yo contra las fuerzas instintivas que surgían del Ello y que podían ser peligrosas para la integridad del individuo. Así, la ansiedad era una fuerza en si misma que hacía una función de señal de alarma ante el peligro y para cuya represión motivaba al yo, poniendo en marcha mecanismos de defensa.

De acuerdo con Vallejo y Gastó (2000) Freud mantuvo una dualidad en sus teorías aceptando 2 tipos de ansiedad: la que surgía de la transformación directa de la energía instintiva, las crisis de angustia, y la que representaba una reacción del yo ante las amenazas, la llamada ansiedad flotante o anticipatoria.

### **Bases Biológicas de la Ansiedad**

Finalmente se explicará la génesis de la ansiedad desde un enfoque fisiológico, lo cual, a pesar de las numerosas investigaciones que se han desarrollado en torno al tema, no se ha logrado especificar claramente qué es lo que sucede en el sistema nervioso cuando surge la ansiedad ya que, aunque conocemos lo que es la ansiedad y que involucra la actividad de nuestro cerebro, no se sabe a ciencia cierta en donde se produce ni cuales son los mecanismos exactos que la desencadenan.

La ansiedad frecuentemente ha sido relacionada a una reacción de ataque-huída basada en una activación general del sistema nervioso autónomo en respuesta a una amenaza (Lyonfields, Borkovec, Thayer, 1995) y siendo la ansiedad una emoción, el sistema límbico está ampliamente relacionado con ella.

Aunque se sabe que no existe una región única encargada de la integración de la ansiedad. Existen, por el contrario, numerosos centros nerviosos que participan en su producción y modulación, por lo que han sido implicadas varias regiones cerebrales que corresponden en su mayor parte al sistema límbico.



Destacan entre ellas diversas porciones de la corteza cerebral y el septo lateral, localizado en la parte medial de los hemisferios cerebrales y la amígdala, destacan así mismo, el hipocampo, estructura involucrada en la memoria, algunas porciones del hipotálamo, porción neural cercana a la amígdala y que modula muchas de nuestras actividades viscerales y hormonales, así como la sustancia gris periacueductal, que circunda a una estructura hueca en forma de tubo llamado acueducto de Silvio. Finalmente, el núcleo del rafe dorsal y el locus coeruleus, localizados ambos en el tallo cerebral (Pérez, 2003).

Dado que la ansiedad es una emoción adaptativa, la integración de la misma sugiere el procesamiento de información proveniente del medio al igual que la información que el individuo ya posee y que ha adquirido según sus experiencias. Por lo tanto es necesario describir las funciones que desempeña cada estructura en la integración de la ansiedad.

### Amígdala

La amígdala parece desempeñar un papel importante en la conducta emocional, en especial en aquellas situaciones asociadas a miedo/ frustración, de naturaleza condicionada o incondicionada, y de relevancia en una situación de ansiedad (Morales, Torres y Megias, 1992). Participa en la memoria de la valencia emocional de los acontecimientos y desempeña un importante papel en la respuesta condicionada del miedo y las emociones, y modula las respuestas periféricas al estrés (Stein y Hollander, 2004) entre ellas la frecuencia cardiaca, la presión arterial, tensión muscular y sensaciones

subjetivas de miedo o ansiedad. Según Masaoka (2003) esta estructura juega además un papel crucial para el procesamiento de esas emociones negativas, aunque se cuentan con estudios neuropsicológicos limitados con evidencia directa del papel de la amígdala en humanos. Por otro lado, afirma que los niveles de ansiedad y tasa respiratoria, reducen después de una lesión quirúrgica en la amígdala izquierda, al igual que la tasa cardiaca y la conductividad de la piel, reflejándose en una disminución de puntaje en ansiedad rasgo y ansiedad estado.

Al lesionar la amígdala, se produce pacificación y aplanamiento afectivo (Corsi, 2003). Particularmente una región de ella, el núcleo baso lateral y posiblemente el lateral, que reciben información del sistema septo-hipocampal de varias porciones de la corteza cerebral, pudieran procesar información e integrar una respuesta que incluye la formación y expresión de una memoria emocional. Así, mediante una interfase que conecta al núcleo basolateral con el núcleo central de la amígdala se prepararía una respuesta autónoma, que ordenaría a distintos núcleos localizados en el tallo cerebral y en el hipotálamo a hacer que funciones adaptativas tan importantes como la cardiovascular y la respiratoria fueran congruentes con las necesidades que imponen al organismo los indicios de peligro que se perciben y a través de conexiones del núcleo basolateral con la corteza cerebral se establecería una relación para evaluar la posibilidad de un resultado negativo y posiblemente a producir la sensación de ansiedad, del mismo modo, en humanos, se ha demostrado, mediante el uso de resonancia magnética funcional y de tomografía por emisión de positrones, que algunas áreas del cerebro como la amígdala o diversas porciones de la corteza límbica se activan cuando los sujetos bajo

estudio son sometidos a distintas situaciones que les provocan ansiedad, como la exposición a estímulos fóbicos, la administración de ácido láctico en individuos sensibles a esta sustancia, o la presentación de caras de individuos que muestran miedo o enojo (Pérez, 2003).

Asimismo, las conexiones de la corteza prefrontal medial con la amígdala, participan en la modulación de la función autónoma y neuroendócrina, lo que sugiere cierto control cognitivo de la respuesta ansiosa (Roca, 2002).

### Hipocampo

El hipocampo y sobretodo el sistema septohipocámpico tiene conexiones con estructuras límbicas y áreas sensoriales corticales (Horacio, 2003).

El hipocampo desempeña un papel decisivo en la memoria. El hipocampo y la corteza adyacente median en la función de la memoria declarativa (recuerdo de hechos y listas). Actúa de manera primordial en las respuestas emocionales al estrés (Stein y Hollander 2004).

### Hipotálamo

El hipotálamo es una estructura de particular importancia en la mediación de respuestas biológicas de la ansiedad y de estrés (Beck y Emery, 1985).

El hipotálamo es una estación de procesamiento de señales sensoriales que, basadas en el miedo condicionado clásico, se dirigen al cerebro límbico (Horacio, 2003). Controla al sistema endocrino, mediante la secreción de compuestos neuroendocrinos directamente vertidos al torrente sanguíneo, e

indirectamente mediante la secreción de compuestos que viajan hacia la hipófisis anterior (Corsi, 2003). Está relacionado con diferentes funciones de mayor importancia: regulación visceral, metabolismo de los carbohidratos, control de la temperatura corporal, equilibrio hídrico, ritmo del sueño y expresión corporal (López, 1996).

Cuando se estimula la porción lateral del hipotálamo activa el sistema simpático y aumenta la presión arterial y la frecuencia cardíaca, además de inducir sudoración, piloerección y midriasis (Stein y Hollander, 2004).

Además, el hipotálamo regula la expresión (reacciones y conducta) de las emociones según los estímulos de los sistemas neuroendócrino y neurovegetativo (Luengo, 2005).

#### Locus Coeruleus

El Locus Coeruleus (LC) contiene el 50% de todas las neuronas noradrenérgicas y recibe aferencias medulares sensitivas (que transmiten estímulos nocivos inespecíficos) del córtex límbico (mediando la interpretación de estímulos sensoriales amenazantes), del cortex inhibitor, del sistema reticular ascendente, de los núcleos del rafe, de la sustancia negra y del hipotálamo, lo que sugiere la modulación de reacciones de alarma que involucran las respuestas autónomas y emocionales, por lo que sus conexiones pueden formar parte de la anatomía involucrada en las funciones biológicas de alarma, ansiedad, miedo y excitación (Vallejo y Gastó, 2000). De esta manera, las células del LC, productoras de noradrenalina (NA), están relacionadas con la regulación de la tensión, la vigilancia, los ciclos de vigilia y sueño, el

aprendizaje y la memoria, la ansiedad, el humor y el metabolismo cerebral. Dado que la NA puede hacer que las neuronas de la corteza cerebral se vuelvan más respondedoras a los estímulos sensoriales, el locus coeruleus puede funcionar incrementando la respuesta cerebral, acelerando el procesamiento de la información y aumentando así la eficacia de los sistemas sensoriales (Pérez, 2003).

Cabe mencionar que aparte de ser el principal noradrenérgico del sistema nervioso central con respuesta al estrés y a aquellos estímulos que generan miedo, la cualidad de sus aferencias y eferencias permite establecer que el LC tiene cierto grado de vinculación con el trastorno de pánico (Aguado, 2006).

Cabe mencionar que aunque muchas estructuras del sistema nervioso participan en la integración de la ansiedad, probablemente, siendo ésta tan compleja, a cada estructura le corresponda regular algún rasgo específico de la misma.

## **Neurotransmisores y Ansiedad**

No parece existir un único sistema de neurotransmisión encargado de generar o modular la ansiedad. Parece existir toda una química de la ansiedad, pues en ella parecen participar no sólo neurotransmisores, sino un buen número de moléculas que modulan su trabajo a nivel de las sinapsis en las que se liberan y que originan complejos sistemas de neurotransmisión química.

La ansiedad y su modulación es una consecuencia de la actividad conjunta de las neuronas presentes en todos los sitios que participan en la ansiedad y que, a través de su activación y liberación de sus neurotransmisores, permiten al

sujeto prepararse a responder adaptativamente a las amenazas de su entorno (Pérez, 2003).

Hay distintos sistemas de neurotransmisores que participan e interactúan en la ansiedad. Así el sistema de inhibición gabaérgico al ser bloqueado dejaría que actuaran libremente otros sistemas (el noradrenergico, el serotoninérgico y el dopaminérgico), lo cual explica los efectos ansiógenos de los fármacos que disminuyen la acción del GABA (Morales, Torres y Megias, 1992). Los circuitos de transmisión inhibitoria GABA constituyen el principal sistema ansiolítico del cerebro, bajo cuya regulación parecen funcionar el resto de los sistemas implicados en los mecanismos de ansiedad. Cabe mencionar que la activación del receptor benzodiazepínico produce una facilitación de la acción del GABA (Carrasco y Saiz, 1990).

Gran parte de la investigación clínica se ha localizado en establecer una disfunción de los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico, los que se encuentran involucrados en el desarrollo de la ansiedad normal y patológica y en la efectividad terapéutica de diversos fármacos (Horacio, 2003).

## Serotonina

La serotonina (5-HT) es una sustancia química localizada a nivel central en el sistema de rafé que es un conjunto de núcleos tronco encefálicos de los que tres de ellos se ubican en el mesencéfalo. Los más relevantes son el rafé medial y el rafé dorsal, cuyas eferencias alcanzan importantes regiones límbicas. (Morales, Torres y Megias, 1992). De esta manera, la serotonina está implicada en la mediación de la ansiedad a través de las vías que se originan

en los núcleos del rafe y que inervan entre otras áreas cerebrales, el sistema límbico, el hipotálamo y el tálamo (Bobes, 2002).

Está claramente establecido el efecto ansiolítico que se produce como resultado de una disminución de la actividad de la serotonina en el sistema nervioso central y se propone que una disminución de este neurotransmisor resulta en una incapacidad para adoptar posturas pasivas o de espera que implica inhibición conductual (Roca, 2002).

Por lo tanto podemos decir que los sistemas serotoninérgicos ascendentes serían los responsables de la inhibición comportamental observada en un sujeto sometido a una situación potencialmente ansiógena (Morales, Torres y Megias, 1992).

Hay una probabilidad de que el sistema serotoninérgico desempeñe un papel fundamental en el desencadenamiento y en el control de las reacciones de ansiedad. También se cree que la hiperactividad serotoninérgica se relaciona con las reacciones de ansiedad que acompañan a la abstinencia de las benzodiazepinas. (Ontiveros, 1993).

De esta manera se vincula un exceso de serotonina con los trastornos de ansiedad (Aguado, 2006).

#### Noradrenalina

El sistema noradrenérgico podría actuar a modo de alarma ante la presentación de estímulos aversivos y amenazantes para el sujeto, generando un estado de alerta en el mismo mediante un incremento general en el nivel de activación del sistema nervioso simpático. Las vías descendentes hacia los centros simpáticos de ubicación medular serían responsables de algunas de

las manifestaciones externas del estado central de ansiedad (Morales, Torres y Megias, 1992)

Este neurotransmisor aumenta en excreción cuando se presentan situaciones que provocan ansiedad y se relaciona con ciertas manifestaciones somáticas de la ansiedad, tales como el aumento de la frecuencia cardiaca, de la presión arterial y sequedad de la boca, por lo que se ha propuesto un estado de hiperactividad de la noradrenalina en la ansiedad que puede provocar la activación septo-hipocampal a partir de las proyecciones del locus coeruleus (Roca, 2002).

#### Dopamina

La dopamina no está implicada en el origen de los trastornos de ansiedad, pero también tiene cierta influencia, ya que se ha encontrado que la dopamina puede estar implicada en la presencia de estímulos estresantes (Vallejo y Gastó, 2000).

Por lo que se propone que tras la activación noradrenérgica, el sistema dopaminérgico se activa participando en la fisiología de la ansiedad activando el sistema límbico (Roca, 2002).

#### GABA

Es posible que la ansiedad se module primariamente por la intermediación del sistema GABAérgico, que disminuiría globalmente la ansiedad (Pérez, 2003), ya que el GABA es considerado el neurotransmisor inhibitor más común del cerebro (Beck y Emery, 1985).

Al respecto, Carrasco y Saiz (1990) aseguran que los circuitos de transmisión inhibitoria del GABA constituyen el principal sistema ansiolítico del cerebro,



bajo cuya regulación parecen funcionar el resto de los sistemas implicados en los mecanismos de ansiedad y mencionan que la activación del receptor de las benzodiazepinas produce una facilitación de la acción del GABA.

## Neuropéptidos

Otras sustancias implicadas en la ansiedad son los neuropéptidos. Carrasco y Saiz (1990) definen a los neuropéptidos como sustancias proteicas, descubiertas en los tejidos periféricos de los tractos circulatorio y gastrointestinal que se encuentran distribuidos por el Sistema Nervioso Central (SNC) y funcionan como transmisores químicos de las señales nerviosas, cabe mencionar que su acción de inicio es más lenta que la de los neurotransmisores clásicos de tipo aminérgico además de que poseen la capacidad de transmitir la información hasta lugares alejados de la sinapsis donde son liberados, además, dichos autores afirman que los neuropéptidos se constituyen en sistemas de carácter modulador el cual se ejerce principalmente sobre los sistemas de neurotransmisores como Dopamina, Noradrenalina, Serotonina y Acetilcolina.

Del mismo modo, refieren que a nivel de SNC los neuropéptidos desempeñan una serie de funciones relevantes dentro de las cuales se encuentran la regulación del eje hipotálamohipofisiario y la regulación de las conductas, emociones y aprendizaje.

Además, se refieren a la Hormona Liberadora de Corticotropina (CRH por sus siglas en inglés) como un péptido ansionérgico, es decir, produce activación de los mecanismos biológicos de la ansiedad tales como conductas características de ansiedad, incremento de la actividad motriz y aumento del nivel de

vigilancia (arousal) con hipersensibilidad a los estímulos sensoriales. La CRH se distribuye por todo el córtex y por el sistema límbico–hipotalámico, y está constituida por dos Péptidos que actúan sinérgicamente la CRH-41 y la Arginina- Vasopresina (AUP).

Cabe mencionar que los niveles de CRH en líquido cefalorraquídeo se encuentran elevados en pacientes diagnosticados con trastorno de pánico y en pacientes deprimidos.

### **Ansiedad y Depresión**

Vale la pena considerar la relación entre ansiedad y depresión ya que estos se encuentran frecuentemente en comorbilidad y se han encontrado relaciones entre ellos a pesar de ser dos entidades clínicas definidas claramente.

Al respecto, según Angst y Vollrath (1991) los diagnósticos de ansiedad usualmente empiezan entre los 18 y 35 años (en especial para el diagnóstico de pánico y el de pánico con agorafobia), la tasa de recuperación sobre un periodo de 5-10 años de los trastornos de ansiedad (TAG y Pánico) varía entre 12% y 25%, mientras que el pronóstico de los trastornos de ansiedad es desfavorable, incluso después de muchos años, la mayoría de las personas todavía sufre algunos síntomas y aproximadamente el 50% de los sujetos sufren de síntomas más severos que afectan el área laboral y social. Sin embargo, a nivel diagnóstico, la distinción entre los trastornos de ansiedad y depresión no es clara, pero hay evidencia por una fuerte superposición.

Cabe indicar que en el 95% de las personas con depresión se observa a su vez ansiedad y que el 80% de las personas ansiosas presentan un humor depresivo. (Luengo, 2003).

Por otro lado, se ha encontrado que los episodios de depresión y ansiedad, diagnosticados con poca frecuencia durante la infancia, aumentan de dos a tres veces el riesgo de que los individuos padezcan trastornos afectivos en la edad adulta. Algunos individuos desarrollan su primer episodio de ansiedad o depresión durante la adolescencia, con un notorio predominio en el género femenino. Por otra parte cerca del 14 por ciento de los individuos que alcanzan la etapa adulta (25-30 años) desarrollan trastornos del estado de ánimo, pudiendo llegar incluso al suicidio (Contreras, 2003).

Cabe mencionar que, en relación con las personas que sufren ansiedad, el futuro se percibe con temor, incertidumbre, miedo a la muerte, inseguridad y en varios años de evolución, se manifiestan episodios depresivos. En suma, se encontró en un estudio (Arntz, Hildebrand y Van Den Hout, 1994) que los pacientes con trastornos de ansiedad (entre los que se diagnosticaron fueron el trastorno de pánico, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad atípico de acuerdo con el DSM-III-R) predicen la ansiedad que presentan ante los estímulos específicos, incluso las reacciones fisiológicas que presentan. Los pacientes tienden a predecir mayor ansiedad que la experimentada ante confrontaciones temidas, por lo que se concluyó que es probable que después de predecir una gran cantidad de ansiedad, la ansiedad que experimenten será relativamente menor a la esperada y que la evaluación desagradable de la situación se relaciona con el cambio en el miedo experimentado ante ejercicios de exposición, por lo que la predicción a la

ansiedad cambia, pues entre mas desagradable se calificó el ejercicio menos se redujo el miedo y la ansiedad ante el mismo. De esta manera una evaluación emocional negativa de las experiencias parece tener un efecto adverso para la reducción en las predicciones de ansiedad y del miedo.

Por otro lado, los trastornos depresivos y la ansiedad se han encontrado, a su vez, en comorbilidad con el consumo de alcohol. Para apoyar esta hipótesis, un estudio encontró que los hombres beben más que las mujeres y la ansiedad es mayor en mujeres que en hombres, también se observó coexistencia de dependencia al alcohol con depresión y ansiedad, además se encontró depresión severa y ansiedad tanto en hombres como en mujeres (Rascón, 1994).

Por lo tanto, el que una persona padezca ansiedad desencadena una probabilidad mayor de presentar problemas con el alcohol, además de que la teoría de que el alcohol disminuye la sensación ansiosa hace que se refuerce la conducta de la bebida, lo cual puede derivar en una enfermedad como lo es el alcoholismo, ya que el beber alcohol reduce la tensión provocada en la ansiedad, sin embargo, el desarrollo de un problema con la bebida radica en múltiples factores como diferencias psicológicas individuales, previas experiencias con el alcohol, expectativas sobre el alcohol y la historia social de la persona (Kushner, 1990).

Por su parte, Heinze y Escalante (1999) aseveran que la depresión se considera una reacción secundaria de la ansiedad pues afirman que se ha observado que entre un 21% a 91% de los pacientes que sufren desórdenes de pánico, ansiedad generalizada o agorafobia son diagnosticados también con

depresión mayor, motivo por el cual proponen tres posibles asociaciones entre estos los trastornos de ansiedad y depresión: en primer lugar los trastornos depresivos están asociados con síntomas de ansiedad, en segundo lugar no hay un criterio conocido para la ansiedad y la depresión y tercero de acuerdo a la práctica clínica estos dos trastornos se han encontrado asociados, sin embargo mencionan algunos aspectos diferenciables en la depresión y en la ansiedad, pues en la depresión el humor disminuye, hay insomnio y los síntomas suelen mejorar por la tarde, mientras que en la ansiedad hay miedo por lo que vaya a pasar y hay un deterioro durante la noche.

De la misma manera, Beck y Emery (1985) ofrecen las diferencias entre depresión y ansiedad desde una perspectiva cognitiva, pues aseguran que los pensamientos automáticos de individuos depresivos son absolutistas y se dan en torno a temas de pérdida, privación e inadecuación personal, en consecuencia, dichas cogniciones provocan sentimientos tales como tristeza, desesperanza, inutilidad y fatiga física. Por otro lado afirman que las cogniciones asociadas con los estados de ansiedad son de tipo probabilística (que pasaría si...) y consisten en percepciones de posibles daños físicos y psicológicos en el futuro, lo que provoca sentimientos de tensión, miedo, temor y activación autónoma.

Del mismo modo Beck, Steer, Eidelson y Riskind (1987) aseguran que los trastornos de ansiedad se caracterizan por el tema del peligro, los pacientes ansiosos, malinterpretan sus experiencias sobre estimando amenazas físicas o psicosociales en intensidad y en probabilidad de daño anticipado para situaciones futuras. Por lo que para diferenciar estos dos trastornos elaboraron el Cognition Check List (CCL) para evaluar el contenido cognitivo entre ambos

constructos, donde las cogniciones de ansiedad en el CCL encabezaron en mayor grado la incertidumbre y una orientación hacia el futuro, mientras que las cogniciones depresivas están orientadas hacia el pasado y reflejan una actitud absolutamente negativa hacia el futuro.

Lo anterior apoya la hipótesis del modelo cognitivo en la que los grupos de ansiosos y deprimidos pueden distinguirse por el tipo de contenido intrínseco en las dos condiciones.

Con respecto al tratamiento, Borkovec, Newman y Pincus (2002) afirman que la Terapia Cognitivo Conductual ayuda a mejorar la ansiedad y la depresión, además de que hay una reducción en los síntomas, involucra las interacciones entre los elementos cognoscitivos, somáticos y afectivos.

## **Tratamiento**

En relación al tratamiento de la ansiedad existen varias opciones efectivas para superar la ansiedad. Para Calle (1990) son efectivos contra la ansiedad procedimientos de control de la respiración, métodos de relajación, técnicas de concentración, meditación, auto observación y auto conocimiento, superación de miedos, resolución de problemas, acoplamiento con el aquí y el ahora e incluso la creatividad y el arte, así como actitudes positivas ante uno mismo y ante los acontecimientos mejorando la relación con los otros.

Aunque estas alternativas ante la ansiedad no las especifica de manera estructurada dentro de un tratamiento a seguir, varias de ellas se consideran dentro del tratamiento formal para la ansiedad, tal como las técnicas de relajación y el cambio cognitivo.

La previsión y el control de los eventos amenazantes son las características que se buscan en el tratamiento de la ansiedad, algunos tratamientos cognitivo-conductuales contienen componentes específicos que se concentran en cambiar la percepción de previsión y el control de los eventos aversivos (Zvolensky, Lejuez, y Eifert, 2000).

Para Luengo (2005) en cuestiones como la ansiedad ha propuesto básicamente dos tipos de intervención: la médica y la psicológica. Para la primera, la existencia del trastorno ansioso debe entenderse como una alteración orgánica que se diferencia del patrón normativo propio de la población general en cuanto al difícilmente mesurable ámbito emocional; dicha diferenciación, ante la carencia de una comprobación empírica respecto a una anomalía estructural cerebral, pasará a ser explicada mediante la presencia particular de significativas concentraciones de ciertos neurotransmisores, de algunos flujos sanguíneos específicos cerebrales o de alteraciones en los registros de la actividad encefalográfica.

El segundo tipo correspondería básicamente a malas interpretaciones de la realidad que desencadenan una secuencia de la alteración como reacción adaptativa, por lo tanto se considera que la intervención debe enfocarse en la comprensión mental de uno mismo y en el reaprendizaje de los propios sistemas emocionales, no tanto en la bioquímica de los procesos alterados.

Al respecto, Butler, Cullington, Hibbert, Klimes y Gelder (1987) afirman que hay un acuerdo en que los trastornos de ansiedad no deben ser tratados por periodos prolongados con fármacos ansiolíticos, por la dependencia que se puede desarrollar. Además hay otros métodos que combinan relajación,

imaginería y reestructuración cognitiva que también son efectivos para tratar los trastornos de ansiedad.

Cabe mencionar que la orientación del tratamiento dependerá en gran medida del trastorno de ansiedad específico que se someterá a tratamiento.



## **CAPITULO 2**

### **ANSIEDAD GENERALIZADA**

A pesar de su frecuente asociación con otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, cada vez es más evidente que el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es un trastorno distinto con un momento de aparición, un curso, una clínica y un pronóstico propios (Hollander y Simeon, 2004).

La categoría diagnóstica del TAG se introdujo inicialmente en el DSM-III, en 1980 y los síntomas variados del trastorno pueden parecerse a una serie de enfermedades médicas, de modo que los pacientes pueden ser atendidos por especialistas ajenos a la salud mental (Stein y Hollander, 2004).

Ya redefinido el TAG, los criterios diagnósticos presentados en el DSM-IV-TR (APA, 2000) son los siguientes:

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños solo se requiere uno de estos síntomas:
  - Inquietud o impaciencia

- Fatigabilidad fácil
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del eje I, por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría) y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un

trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Del mismo modo, Horacio (2003) describe las características clínicas del TAG haciendo una división de los síntomas, pues considera que presenta, desde el punto de vista de la sintomatología, diferentes componentes, cognitivos, conductuales y fisiológicos.

El componente cognitivo de la enfermedad afirma que se refiere a la presencia de preocupaciones irreales y excesivas durante la mayor parte del tiempo.

El componente conductual refiere a la incapacidad de control de la ansiedad, lo cual le provoca a las personas afectadas, un estrés y una disfunción significativa en sus actividades familiares, ocupaciones y sociales.

En concordancia con los pensamientos preocupantes y limitaciones en la conducta, los enfermos de TAG presentan un componente fisiológico de ansiedad expresado por síntomas que incluyen, un aumento de la vigilancia o estado de hiperalerta, dificultad o imposibilidad para descansar, tensiones motoras caracterizadas por inquietud, temblores o contracturas, hiperactividad autonómica, que se manifiesta como cefaleas, palpitaciones o disnea y sentirse irritable. La preocupación y la ansiedad prolongadas pueden llevar a un estado de cansancio crónico, dificultades para lograr una adecuada concentración e insomnio.

Es de notarse que la característica distintiva de este cuadro es, sin duda, la preocupación excesiva, ya que el resto de los síntomas que lo definen pueden estar presentes en otros trastornos de ansiedad (Ortiz-Tallo, 1997).

## **Evolución**

La evolución del TAG es crónica, con fluctuaciones de su intensidad y de los patrones sintomáticos, generalmente comienza a los 20 años, pero existen casos reportados en personas menores de 10 años y mayores de 30, tales pacientes con manifestaciones del trastorno antes de los 10 años de edad podrían constituir una categoría diferente con un trastorno de peor evolución, por otro lado, el TAG de inicio tardío se caracteriza por un comienzo rápido tras un acontecimiento traumatizante importante de fácil reconocimiento (Stein y Hollander, 2004).

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000) muchos individuos con trastorno de ansiedad generalizada se consideran ansiosos o nerviosos de toda la vida. Aunque más de la mitad de los que acuden a la consulta manifiestan que el TAG empezó en la segunda infancia o en la adolescencia, no es raro que el trastorno se inicie a los 20 años de edad. De manera similar, Horacio (2003) considera que las tasas de remisión sin tratamiento son muy bajas. El curso general es fluctuante, caracterizado por exacerbaciones y remisiones periódicas. Es muy común que haya un nivel crónico de ansiedad, con incremento en los síntomas que pueden durar días o semanas. El inicio y exacerbaciones del TAG pueden estar relacionados a periodos de la vida de intenso estrés o sobre carga emocional.

## **Prevalencia**

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000) en muestras de población general la prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada se sitúa en el 3% aproximadamente, mientras que la prevalencia global llega hasta el 5%. En los centros médicos para trastornos de ansiedad hasta un 25% de los individuos presentan trastorno de ansiedad generalizada como diagnóstico exclusivo o comórbido.

Del mismo modo, Horacio (2003), afirma que el TAG prevalece del 7% al 9% en la población que concurre a los centros de cuidados primarios de salud y que las tasas de prevalencia son bajas en los adolescentes (2%) pero particularmente altas después de los 35 años de edad, siendo, a partir de entonces, de un 4% en varones y de un 10% en mujeres.

## **Epidemiología**

Se piensa que el TAG es muy común, afectando aproximadamente al 5% de la población y en una proporción entre mujeres y varones de aproximadamente 2:1. Se considera uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes. No obstante resulta paradójico que sea uno de los cuadros de ansiedad menos frecuentes por los que se demanda atención, en los centros de salud, en torno al 10% (Ortiz-Tallo, 1997).

## **Etiología**

A cerca de los orígenes del TAG se ha propuesto que las relaciones de vinculación inseguras, la ambivalencia hacia los cuidadores y la sobreprotección de los padres con falta simultánea de calidez emocional pueden contribuir a la aparición del TAG. Otros mecanismos adicionales

contribuyen a mantener el TAG. En primer lugar, el miedo se utiliza como una estrategia para evitar los afectos negativos intensos. En segundo lugar, la preocupación a cerca de amenazas futuras poco probables evita al paciente la necesidad de afrontar amenazas más realistas y próximas, al tiempo que limita la capacidad de encontrar soluciones para conflictos más inmediatos (Hollander y Simeon, 2004).

Como en otros trastornos de ansiedad, existe una combinación de factores genéticos, rasgos de personalidad, sucesos estresantes de la vida, o de eventos vitales, que se combinan para dar lugar a la enfermedad (Horacio, 2003).

Por otro lado, Coyle (2000) propone una teoría en la que el TAG es caracterizado por falta de flexibilidad en la dinámica cerebral, lo que es resultado de una inapropiada distribución de la energía caracterizada por un número pequeño de un ciclo que lleva conductualmente a la hipervigilancia, hipertensión, búsqueda constante por seguridad y varias respuestas somáticas. La representación de la distribución de la energía en general corresponde a sistemas marcados por la incertidumbre, peligro o estimulación incierta de entrada. Para mostrar que en realidad hay rigidez cognitiva en el TAG, dicho autor, propone tres características significativas del procesamiento cognitivo en el TAG que sugieren rigidez cognitiva, tal como es la tendencia a esquemas rígidos, la automaticidad de respuesta y predisposición en el procesamiento de entradas de información. Los esquemas rígidos se refieren a los hábitos mal adaptativos como lo es la generalización de estímulos, pensamiento catastrófico, atención selectiva y pensamiento dicotómico. En cuanto a la automaticidad de respuesta, los procesos autónomos son vistos como

responsables de la activación, lo que conlleva a una interpretación de la activación e incremento de la activación como resultado de su interpretación. Dentro de este ciclo la información somática es generalmente ejecutada involuntariamente y moviliza al cuerpo para actuar. En cuanto a la predisposición en el procesamiento de información, en la ansiedad el procesamiento tiende a ser con una predisposición negativa relacionada a estímulos amenazantes, lo que también indica rigidez cognitiva en el TAG.

### **Diagnóstico Diferencial**

Realmente los criterios diagnósticos para el TAG son difíciles de aplicar, se especifica que si un área de preocupación es parte de otro diagnóstico del eje I como la fobia social por ejemplo, puede ser difícil especificar el área de preocupación o simplemente otro trastorno del eje I (Caballo, Buelacasa y Carboles, 1995).

Por tal motivo, se mencionan los siguientes puntos como importantes en el diagnóstico diferencial para la ansiedad generalizada propuestos por Stein y Hollander (2004):

Depresión: Es el diagnóstico diferencial más difícil de realizar, ya que estas dos patologías comparten muchos rasgos: comienzo insidioso, evolución prolongada con exacerbaciones periódicas y disforia crónica. Para la realización de un diagnóstico diferencial se puede tomar en cuenta que los síntomas depresivos graves como la ideación suicida y la desesperación son síntomas más característicos de la depresión, mientras que la hipervigilancia, la conducta exploradora y la somatización, en

especial de los síntomas respiratorios, apuntan directamente hacia un trastorno de ansiedad.

Angustia: Para diferenciar ambos padecimientos podemos manejar como característica del trastorno de angustia la presencia de Crisis de Angustia, y aunque la edad de comienzo es parecida, la diferencia se encuentra en la crisis repentina e inesperada de angustia que marca el comienzo de la patología y por otro lado encontramos las quejas insidiosas y ambiguas al principio del TAG. Además de la característica de que los pacientes con angustia refieren más pensamientos aterradores y catastróficos y centran más su atención en los síntomas cardiorrespiratorios agudos, mientras que los pacientes con TAG reportan molestias crónicas menos específicas que afectan a numerosos órganos.

Trastornos de Personalidad: Aunque no se ha identificado ningún trastorno específico de la personalidad que se asocie de modo característico con el TAG, los trastornos de personalidad por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo son frecuentes. Y de acuerdo con algunas teorías estos trastornos de personalidad podrían hacer al paciente vulnerable para sufrir TAG, además de representar complicaciones del mismo.

Uso de Sustancias: La automedicación es generalmente el primer paso para sufrir un trastorno relacionado con el uso de sustancias, en el TAG no se presenta tanto este fenómeno como en el trastorno de Angustia o en la fobia social. Se puede encontrar una relación entre este trastorno y el consumo de alcohol, ya que en la mayoría de estos casos el trastorno aparece después de un problema con la bebida, además de



que la prolongada exposición al alcohol y a otras sustancias puede provocar la misma sintomatología que el TAG como son los trastornos digestivos y del sueño.

En los ancianos con ansiedad resulta especialmente importante distinguir el TAG de otros estados de ansiedad que podrían guardar relación con estados de confusión, demencia, psicosis o depresión o ser una manifestación de una enfermedad orgánica de base (Hollander y Simeon 2004).

Por otro lado, no está por de más considerar los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000), para el diagnóstico diferencial del TAG, los cuales se presentan a continuación.

Debe diferenciarse del trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, en el que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente, como por ejemplo el hipertiroidismo. Éste diagnóstico diferencial debe basarse en la historia clínica, en los hallazgos de laboratorio y en la exploración física.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se diferencia del TAG por el hecho de que la sustancia (drogas, fármacos y tóxicos) se considera etiológicamente relacionada con los síntomas de ansiedad. Por ejemplo, la ansiedad de carácter intenso que sólo aparece coincidiendo con grandes cantidades de consumo de productos que contienen cafeína, debe diagnosticarse de trastorno de ansiedad inducido por la cafeína con ansiedad generalizada.

Si hay otro trastorno del eje I, el diagnóstico adicional del TAG sólo debe considerarse cuando el origen de la ansiedad y de la preocupación no está relacionado con el trastorno subyacente, es decir, la inquietud excesiva del

individuo no se relaciona con la posibilidad de sufrir una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), engordar (como en la anorexia nerviosa), padecer una grave enfermedad (como en la hipocondría), presentar múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o la preocupación por el bienestar de las personas queridas o por el hecho de estar alejado de ellas o de casa (como en el trastorno de ansiedad por separación). Por ejemplo, la ansiedad en la fobia social se centra en futuras situaciones sociales en las que el individuo debe actuar en público o ser evaluado por los demás, mientras que las personas con TAG experimentan ansiedad sean o no objeto de evaluación.

Varias características distinguen las preocupaciones excesivas del TAG de las ideas obsesivas del trastorno obsesivo-compulsivo. Los pensamientos de carácter obsesivo no constituyen meras preocupaciones por problemas diarios de la vida real, sino más bien son de carácter intrusivo que suelen tomar forma de urgencias, imágenes e impulsos añadidos a estos pensamientos. Además, la mayoría de las obsesiones se acompañan de actos compulsivos cuyo propósito es reducir la ansiedad que generan dichas obsesiones.

También se menciona que la ansiedad se encuentra invariablemente presente en el trastorno por estrés postraumático. No debe diagnosticarse un TAG si esta ansiedad sólo se pone de manifiesto en el curso de un trastorno por estrés postraumático. También puede aparecer ansiedad en el trastorno adaptativo, si bien esta categoría es de carácter residual y sólo debe utilizarse cuando no se cumplen los criterios diagnósticos de cualquier otro trastorno de ansiedad

(incluyendo el TAG). Es más, en el trastorno adaptativo la ansiedad aparece como respuesta a estresantes vitales y no se prolonga más de 6 meses después de la desaparición de la situación estresante o de sus consecuencias. La ansiedad generalizada es una característica frecuente de los trastornos del estado de ánimo y de los trastornos psicóticos, y no debe diagnosticarse de forma independiente si sólo aparece coincidiendo con uno de estos trastornos. Varios aspectos distinguen el TAG de la ansiedad no patológica. En primer lugar, las preocupaciones del TAG son difíciles de controlar e interfieren típicamente y significativamente en la actividad general del individuo, mientras que las preocupaciones normales de la vida diaria son más controlables e incluso pueden dejarse para otro momento. En segundo lugar, las preocupaciones del TAG son más permanentes, intensas, perturbadoras y duraderas, apareciendo a menudo en ausencia de factores desencadenantes. Cuantas más preocupaciones tenga el individuo (económicas, salud de los hijos, rendimiento laboral, reparación del automóvil), más probable es el diagnóstico del TAG. Por último, las preocupaciones normales de la vida diaria no suelen acompañarse por síntomas físicos (como fatiga excesiva, inquietud motora, impaciencia, irritabilidad) aunque esto es menos cierto en los niños.

Sin embargo, con respecto al diagnóstico, Newman (2002) afirma que se ha encontrado que el TAG es uno de los trastornos de ansiedad con menos confiabilidad diagnóstica.

## **TAG y Asistencia Primaria**

El TAG tiene un impacto muy importante en los sistemas de salud, en la incapacidad o disfunción laboral y en otros aspectos psicosociales, ya que la pérdida en días de trabajo es significativamente mayor en los pacientes con TAG. Comparada a pacientes con depresión mayor sin TAG y a controles sanos. Las personas afectadas por ese trastorno concurren con frecuencia y repetidamente a los centros de cuidados primarios, sin obtener un diagnóstico adecuado y, por consiguiente, son tratados de manera ineficaz.

A diferencia de lo que sucede en el trastorno de angustia, en el TAG no se atribuye a un único acontecimiento el hecho de que al paciente solicite ayuda. Parece que estos pacientes solo reconocen que su tensión crónica, hiperactividad, preocupación y ansiedad son excesivas con el transcurso del tiempo. Suelen afirmar que no recuerdan un solo momento de su vida en el que no se hayan sentido ansiosos (Hollander y Simeon, 2004).

Por su lado, Horacio (2003) afirma que el médico de asistencia primaria, es generalmente, el primer profesional al que llega el paciente con TAG y a pesar de que actualmente se cuenta con estrategias efectivas disponibles para tratar a estos pacientes, la mayoría no recibe un tratamiento específico, ya que menos del 25% de los pacientes con TAG puro o en comorbilidad con depresión recibe un tratamiento psicofarmacológico adecuado, lo que se debe fundamentalmente, a la falta de reconocimiento médico de esta patología, sobre todo cuando predominan los síntomas somáticos, por lo que este autor plantea la necesidad de una mayor difusión de este trastorno entre los médicos generales y de asistencia primaria para que se puedan reconocer los síntomas

de la enfermedad, dado que un diagnóstico correcto es el primer paso para un manejo óptimo y eficaz de la enfermedad.

## **Tratamiento**

Varios aspectos de este trastorno pueden ser foco de una intervención, como lo es la mayor tendencia a percibir amenazas, la expectación de posibles resultados catastróficos, la escasa capacidad para resolver los problemas, sobre todo por la ambivalencia y la ambigüedad, el rasgo central de preocupación y los síntomas físicos de la ansiedad (Hollander y Simeon, 2004). Para Stein y Hollander (2004) hay dos componentes fundamentales para el tratamiento, la psicoeducación y la exposición.

La psicoeducación se refiere a ofrecer información a los pacientes sobre lo que padecen para que entiendan mejor su trastorno de ansiedad. Esta información debe impartirse en un lenguaje claro y sencillo y exponerse de manera colaboradora, para que el entendimiento sea mutuo.

Por otro lado está la exposición, esta debe evocar un malestar que guarde mucha semejanza con la asociada a los síntomas reales del paciente. Si no se evocan de manera verdaderamente significativa las dimensiones relevantes de la ansiedad sintomática del paciente los efectos del tratamiento serán incompletos o nulos.

## **Tratamiento Farmacológico**

Kaplan y Sadock (2002) afirman que los tres principales fármacos que deben considerarse para el tratamiento del GAD son la buspirona, las benzodiazepinas e inhibidores específicos de la recaptura de Serotonina.

De acuerdo con Roca (2002) todas las benzodiazepinas poseen las mismas acciones como ser ansiolíticas, sedantes, relajantes musculares y anti convulsionantes. Las benzodiazepinas como el diazepam (mejor conocido como Valium) y el lorazepam, se han utilizado desde hace más de treinta años. A pesar de su efectividad, las benzodiazepinas provocan efectos secundarios tales como somnolencia, alteración de habilidades motrices y amnesia (Nathan, Gorman y Salkind, 1999).

Cabe mencionar que las benzodiazepinas pueden ocasionar dependencia, sobre todo cuando se prescriben en dosis elevadas y por un periodo largo, sin embargo su efectividad ha sido demostrada principalmente en los trastornos de ansiedad generalizada y algunos trastornos fóbicos (Heinze, 2003). Al respecto Caballo, Buelacasal y Carboles (1995) afirman que debido a que la tolerancia a las benzodiazepinas aumenta rápidamente, no se recomiendan para ser usadas a largo plazo, además de que su uso a corto plazo puede producir notables reducciones de la ansiedad generalizada.

Pero también, los trastornos de ansiedad, aparte de ser tratados con las benzodiazepinas, las cuales tienen un efecto ansiolítico rápido, se ha recurrido a los preparados ansiolíticos no benzodiazepínicos, a los antidepresivos, los reguladores del estado de ánimo e incluso los antipsicóticos (Stein y Hollander, 2004).

Entre las elecciones de tratamiento se encuentran las azapironas, como la buspirona, estas han resultado eficaces para tratar los síntomas del TAG y con

ellas se logra una disminución entre el 30 y el 50% de síntomas de ansiedad (Nathan, Gorman y Salkind, 1999). Cabe mencionar que no produce alteración del rendimiento psicomotor, no se ha descrito dependencia física, abuso ni síndromes de abstinencia y con respecto a los efectos secundarios los más significativos son náuseas, sensación de mareo y somnolencia. Sin embargo, el inicio de su efecto ansiolítico tiene un periodo de latencia de entre 2 y 6 semanas (Roca, 2002).

En este sentido, Bobes (2002) reporta que en la segunda mitad de la década de los noventa y desde antes se ha valorado la eficacia de los antidepresivos en el trastorno de ansiedad generalizada, dentro de cuales los Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN), así como los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) han sido eficaces en el tratamiento del TAG.

Con respecto a los ISRS, Heinze (2003) asegura que este tipo de fármacos son efectivos y tienen pocos efectos secundarios para el paciente, por lo cual son considerados como medicamentos de primera elección que pueden ser administrados durante largo plazo.

### Terapia Cognitivo-Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) del TAG se basa en la teoría de que el trastorno proviene de constantes percepciones del mundo como un lugar peligroso, lo que genera un proceso de interacciones comunes y mal adaptativas entre los sistemas de respuesta fisiológico, cognitivo y conductual.

La interacción de esos sistemas de respuesta mal adaptativos conduce a un proceso en espiral que intensifica la ansiedad (Newman y Borkovec, 1995).

En adición, Richards (2006) reporta que el TAG ha mostrado una mejor respuesta cuando se trata con la TCC, la que describe como una terapia activa que involucra más que sólo hablar con un terapeuta, pues en la TCC la persona aprende gradualmente a ver las situaciones y los problemas desde una perspectiva diferente y aprende métodos y técnicas para reducir la ansiedad.

Dichas estas características, Horacio (2003) enuncia tres estrategias básicas para la TCC del TAG: reestructuración cognitiva de los pensamientos ansiogénicos, entrenamiento en técnicas de relajación y tareas de exposición ante las preocupaciones.

Una de las claves del tratamiento es la reestructuración cognitiva de los pensamientos ansiógenos, y se compone de los siguientes elementos: educación a cerca del rol de las cogniciones para aumentar la ansiedad, entrenamiento en relajación, verificación lógica de los pensamientos y estimación de posibilidades.

Uso de tareas conductuales y monitoreos para desafiar la veracidad de las creencias relacionadas a la ansiedad.

La psicoeducación a cerca de estos procesos es el primer paso para el tratamiento.

Se les induce a escribir sus pensamientos ansiógenos, para encontrar el lado objetivo de los mismos y describir las distorsiones cognitivas como, por ejemplo, catastrofizar, hacer lectura del pensamiento o pensar en términos de



todo o nada. Se examinan las evidencias que pueden apoyar o refutar estos pensamientos ansiógenos. Se implementan también técnicas de estimación de posibilidades, lo que permite a los pacientes medir la posibilidad real de que los eventos ocurran ya que tienden a subestimar su habilidad para afrontar las situaciones y sobreestimar la posibilidad real de que sus preocupaciones y las posibles consecuencias de éstas ocurran. Se les enseña a generar explicaciones alternativas y respuestas racionales que les ayuda a cambiar sus pensamientos ansiógenos distorsionados.

Por otro lado, la TCC conduce a un cambio cognitivo y el cambio cognitivo se relaciona a la reducción de síntomas ansiosos y a la durabilidad que gana el tratamiento en seguimiento pues se ha encontrado que la TCC es un tratamiento efectivo para los trastornos de ansiedad, específicamente para el TAG, trastorno de pánico con agorafobia y fobia social (Chambless y Gillis, 1993).

De la misma manera, en un estudio (Craske, Gatz y Wetherell, 2003) se encontró que en el tratamiento del TAG y de la depresión en adultos mayores con una media de edad de 67.1 años, a quienes se les ofreció de tratamiento la TCC y un grupo de discusión, al comparar ambas modalidades de tratamiento, se concluyó que la mejoría en los pacientes fue mayor en el grupo tratado con TCC comprobando así su efectividad en este tipo de población. Sin embargo, Stanley, Beck y Gayle (2003) afirman que a pesar de que con la TCC se reducen los síntomas depresivos, el diagnóstico del TAG en adultos mayores desafortunadamente no es consistente por lo que es difícil hacer una buena detección del mismo, además de que debido a que el TAG resulta ser un

trastorno crónico, se sugiere que la terapia sea mas especifica y adaptada a este tipo de población.

Por su parte Murin (2002) comprobó en un estudio que los niños de 9 a 12 años que padecen ansiedad muestran una mejora significativa después de un tratamiento con la TCC.

Para Newman y Borkovec (1995) es fundamental que para el tratamiento haya un auto monitoreo del paciente pues de esta manera los pacientes son incitados a poner atención en cualquier cambio en sus niveles de ansiedad y a darse cuenta de los patrones interactivos de pensamiento preocupante, imaginaria catastrófica, actividad fisiológica, evitación conductual y los estímulos externos que pueden disparar esas respuestas.

Al respecto, Borkovec (2005) propone un taller de entrenamiento clínico con varias técnicas cognitivo-conductuales especialmente para el TAG, el cual contempla los siguientes aspectos:

a).- Auto monitoreo de elementos del procesamiento de la ansiedad (cognitivos, afectivos, fisiológicos y conductuales) y el aprendizaje de la detección de indicios de ansiedad.

b).- Despliegue flexible de múltiples métodos de relajación aplicada (respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, imaginaria guiada, meditación y el dejarse ir).

c).- Sesiones de ensayo de respuestas de afrontamiento usando adaptaciones flexibles de desensibilización auto controladas.

d).- Múltiples técnicas cognitivas diseñadas para facilitar formas de percepción más flexibles y adaptativas, el surgimiento de estilos cognitivos libres de

expectativas y un procesamiento más completo de la experiencia en el momento presente.

Por otro lado, Borkovec, Newman y Pincus (2002) reportan que los pacientes que están en tratamiento con TCC adquieren mejores técnicas para reducir la ansiedad y la preocupación, aprenden a controlar sus reacciones internas, además de que aprenden a relajarse ante momentos de ansiedad y a enfocar su atención en la experiencia del momento presente en lugar de focalizar la atención en eventos pasados o en las posibilidades del futuro.

Cabe mencionar que aparte del tratamiento farmacológico y la TCC, se emplean otras técnicas. En este trastorno las técnicas más utilizadas han sido la relajación y la respiración, que permite la práctica de una respiración lenta y profunda que contribuye a controlar la tensión y a reducir la activación psicofisiológica; la exposición, aunque cabe mencionar que en el TAG no aparecen conductas de evitación claramente delimitadas, pueden identificarse situaciones mas o menos sutiles que el paciente tiende a evitar; el control del tiempo, que representa un aspecto importante para no sentirse abrumado e implica tres componentes fundamentales: la delegación de responsabilidades, la capacidad para negarse a compromisos no deseados y la reorganización del tiempo disponible; así como el entrenamiento en solución de problemas (Bobes, 2002).

En relación a las técnicas de relajación, Roca (2002) afirma que éstas son un método eficaz para los pacientes muy estresados con un grado considerable de

actividad autónoma, entre ellas menciona la relajación muscular progresiva y otras técnicas como el yoga, la meditación y la retroalimentación biológica (biofeedback).

Con relación a lo anterior, Barlow (1992) asegura que se ha hecho una combinación de la TCC con técnicas de relajación y ha dado buenos resultados en el tratamiento del TAG, además de referirse a las benzodiazepinas como un tratamiento farmacológico ideal para la ansiedad crónica.

## **Preocupación**

Un aspecto que debe considerarse dentro de lo que es el TAG y su tratamiento es la preocupación.

En relación a esta, un grupo de investigación de la Universidad del estado de Pensilvania define a la preocupación como una cadena de pensamientos e imágenes negativas, relativamente incontrolables, donde la gente que la padece genera una serie de escenarios catastróficos hipotéticos y tratan de evadir sus implicaciones, tratando de resolver mentalmente los problemas asociados con las catástrofes para tener estrategias con el fin de evitarlos o prepararse ellos mismos para su ocurrencia (Borkovec, 1985). La preocupación es iniciada por la detección de la amenaza y seguida de las ideas negativas que se tienen con respecto al mundo como un lugar peligroso. De este proceso los modelos negativos sobre el futuro inician una búsqueda para la solución del problema. Solamente la selección y la práctica de necesidades del problema apropiadas terminan en soluciones para la amenaza detectada. La formulación del problema, cuando éste es poco concreto, disminuye las

oportunidades para encontrar soluciones concretas, lo que provoca que la amenaza se conserve y de continuidad a la preocupación (Stober y Borkovec, 2002).

Cabe mencionar que la preocupación es experimentada principalmente como actividad verbal/lingüística negativa (opuesto a lo imaginario). Cuando los humanos nos preocupamos, nos estamos hablando a nosotros mismos de forma ansiosa (Borkovec, Alcaine y Behar, 2004). Aparentemente, los pensamientos negativos incontrolables y las imágenes también se presentan en otros trastornos, especialmente en los de ansiedad y es característico de los preocupados que sean notablemente más ansiosos, depresivos, enojados, obsesivos, menos hábiles para enfocar la atención en su propia respiración, sienten emociones negativas con más frecuencia y son más autoconcientes públicamente que los no preocupados. También tienen más dificultad de evitar que sus pensamientos les agobien, mientras que los no preocupados presentan una dificultad mínima (Borkovec, 1985).

En pacientes con TAG se da predominantemente una preocupación verbal ya sea por el pasado o por el futuro, pero cabe mencionar que la preocupación, al igual que la ansiedad, cuando es normal en intensidad frecuencia, suele ser adaptativa, ya que en ocasiones ayuda a resolver problemas, además de que algunas veces son voluntarias y realistas (Wells, 1999).

De la misma manera, es precisamente en las personas con TAG donde destacan los pensamientos intrusivos, mismos que suelen ser generalmente de tipo negativo, en estas personas la preocupación suele ser inflexible ya que

las preocupaciones están predominantemente presentes en todo momento por lo que llegan a creer que sus preocupaciones son peligrosas y llegan a ser incontrolables. Por tal motivo, las preocupaciones en personas con TAG cuando llegan a un límite incontrolable y que son percibidas como peligrosas se encuentran en un grado patológico y es esto lo que mantiene el trastorno (Wells, 2005).

Cabe mencionar que para Borkovec, Alcaine y Behar (2004) es crítico determinar qué funciones tiene la preocupación en la ansiedad humana y desarrollar métodos terapéuticos para aminorar el sufrimiento que causa ya que el hecho de detectar amenazas crea un problema que tiene que ser resuelto y de esta manera la amenaza representa el problema más significativo que el organismo enfrenta, porque esto se relaciona a la supervivencia, en consecuencia, las señales amenazantes crean la necesidad para encontrar una forma efectiva de evitar o minimizar eventos negativos y cuando la evitación conductual no puede emplearse para eliminar la amenaza y el problema permanece sin solución, una solución para la amenaza debe de encontrarse con tal de sobrevivir y la actividad cognitiva es la única que queda disponible, de esta manera, la preocupación es un intento cognitivo para resolver el problema de un posible daño futuro, esta funciona para evitar la ocurrencia de eventos negativos temporalmente distantes. La preocupación, de hecho, reduce ciertos aspectos de la amenaza y/o es percibida como algo que previene eventos negativos, por lo que la preocupación debe ser reforzada negativamente como cualquier conducta de evitación. Por lo tanto, la literatura sugiere que la preocupación de hecho funciona como una respuesta de

evitación cognitiva y que las condiciones necesarias para el reforzamiento negativo están frecuentemente presentes.

Por su parte, Borkovec e Inz (1989) encontraron que la preocupación involucra principalmente el pensamiento como opuesto a la actividad imaginaria, pues la preocupación se caracteriza por un incremento en la actividad del pensamiento y una disminución en imaginación. Además consideran que la preocupación es un tipo de evento cognitivo, una actividad conceptual que puede tener una implicación significativa para que se mantengan los estados de ansiedad. Otra característica de la preocupación es que genera una realidad en nuestras mentes que en el momento presente no existe, está orientada al futuro.

Hoffer (1988) afirma que demasiada preocupación puede activar un sistema de alarma primitivo conocido como la respuesta de ataque-huida. En este sentido, los humanos primitivos, para sobrevivir, necesitaron la habilidad de reaccionar instantáneamente al peligro, sin embargo aunque los humanos modernos raramente enfrentan crisis físicas como las que presentaban los hombres primitivos, todavía el sistema de alarma permanece intacto. La preocupación excesiva puede reemplazar la realidad del ataque de un animal y activar la respuesta de ataque-huida, pero en realidad no hay algo de lo que la persona tenga que defenderse, lo que origina una conducta no productiva y que no es sana.

En el caso del TAG, en el cual la preocupación crónica es el rasgo central que la define (Lyonfields y Borkovec, 1995), Horacio (2003) afirma que los individuos con TAG presentan una tendencia a mal interpretar los eventos negativos habituales que son parte de la vida humana. Este punto de vista

contribuye a producirles un estado de hipervigilancia o hiperalerta, que aumenta la creencia de que sus preocupaciones son preventivas y adaptativas y mientras las personas con TAG intentan dejar de preocuparse, esta estrategia suele tener el efecto contrario, dado que al intentar no pensar a cerca de algo, tienden a reforzar estos pensamientos. Cabe mencionar que las personas con TAG que presentan preocupaciones incontrolables, en especial se la pasan preocupándose por los eventos pasados y futuros (Barlow, Rapee y Brown, 1992).

Por su parte, Borkovec, Hazlett-Stevens y Diaz (1999) afirman que el TAG está asociado con una gran creencia de que el uso de la preocupación es para la resolución de problemas y la creencia de que la preocupación por sí misma puede hacer menos probable que pasen cosas negativas, reforzado por la coincidencia entre la preocupación y la ausencia de resultados negativos, además encontraron, seis razones comunes entre los pacientes con TAG por las cuales recurrían y mantenían su preocupación, tales razones contribuían de alguna manera a ver a la preocupación como algo útil y positivo. Los temas más comunes mencionados fueron:

- Si me preocupo por algo, es más probable que imagine como evitar o prevenir que pase algo malo.
- Aunque puede no ser cierto, se siente como si al preocuparse por algo, esta preocupación haga menos probable que algo malo pase.
- Preocuparme por la mayoría de las cosas por las que me preocupo es una manera de distraerme para no preocuparme por cosas más emocionales, cosas en las que no quiero pensar.



- Si me preocupo por algo, cuando algo malo pasa, yo estaré mejor preparado para lo que pase.
- La preocupación ayuda a motivarme a hacer las cosas que necesito hacer.
- La preocupación es una forma efectiva para resolver problemas.

Como resultado, en relación al tercer punto, dichos autores afirman que de alguna manera cuando ocurren imágenes aversivas en el proceso de preocupación y/o cuando un estímulo ambiental amenazante es detectado, el cambio de la atención a pensamiento preocupante sobre cada ocurrencia o detección resulta en el escape o evitación de elementos somáticos de la respuesta de miedo al estímulo aversivo. La preocupación puede ser un intento para suprimir las imágenes aversivas (reduciendo lo concreto) y la desagradable ansiedad somática.

Por otro lado, también se han realizado estudios en los que se hacen evidentes los temas más comunes por los que las personas con TAG tienden a preocuparse con más frecuencia. Entre estos estudios está el de Diefenbach, Stanley, y Beck (2001) hecho en adultos mayores con preocupación crónica realizando una diferenciación con adultos jóvenes. Al respecto, los adultos mayores se preocuparon más que los jóvenes por la familia, relaciones interpersonales y otros temas variados, mientras que los jóvenes se preocuparon más que los adultos mayores en cuestiones de trabajo/escuela. Tuvieron mínimas variaciones en cuanto a temas de salud, daños, enfermedades y economía.

Por otra parte, un estudio hecho con población hispana residente de Nueva York (Street, et al 1997) reportó que los sujetos con TAG se preocuparon más por temas relacionados a la familia (69%), economía (56%), futuro (69%) y actividades de la rutina diaria (81%). En menor proporción por el trabajo o la escuela (44%), relaciones sociales (19%), salud propia (44%) y salud de otros (44%). Al respecto, Hollander y Simeon (2004) afirman que los afectados por un TAG muestran más pensamientos en el ámbito del enfrentamiento interpersonal, la competencia, la aceptación, la preocupación por los demás o la preocupación por los problemas menores.

Del mismo modo, de acuerdo a la Harvard Mental Health Letter (2003) los constantes y continuos cambios de preocupación de la gente que padece TAG, en su mayor parte son preocupaciones en relación a la vida cotidiana, siendo las más comunes citas médicas, perder el trabajo, sufrir algún accidente y que algún miembro de la familia llegue a enfermarse. Sin embargo, las preocupaciones en ocasiones pueden ser irrelevantes o improbables.

Por otro lado, los niños que experimentan una ansiedad o preocupación excesiva son extremadamente cautelosos y se preocupan por los acontecimientos futuros (frecuentemente por exámenes escolares, lesiones o aceptación por un grupo en particular), por el cumplimiento de sus obligaciones, por su competencia en diferentes áreas e incluso por sus conductas pasadas, necesitando reafirmarse de forma constante, estos niños también pueden estar tensos y presentar equivalentes somáticos de la ansiedad (Bobes, 2002).

Se discute que los estados de preocupación y ansiedad excesiva se asocian con una tendencia incrementada para detectar estímulos amenazantes en el

ambiente o a que elijan la interpretación emocional más amenazante de estímulos relacionados a posibles eventos aversivos. Esta posibilidad aumenta porque muchos de los estímulos que pueden indicar dicho evento son ambiguos por naturaleza (Mathews, 1990).

Borkovec (1985) por su lado menciona que algunas personas consideran necesario preocuparse, pues el pensar que el dejar de preocuparse ocasionará que ocurra lo peor con respecto a lo que se estaba preocupando y en consecuencia, la preocupación se usa como un método para resolver problemas y anticiparse o prepararse para eventos futuros, pero cuando una persona se preocupa por algo, los pensamientos y las imágenes parecen tomar vida por sí mismos y aunque parezca que los pensamientos preocupantes pueden ayudar a resolver el problema, no lo hacen. En consecuencia, algunas personas se convierten en preocupadores por que se atemorizan particularmente de cometer errores o ser criticados, tales personas pueden anticiparse ante las situaciones aunque los eventos negativos son todavía temidos para decidir sobre alguna acción que pueda ayudarlos.

### **Tratamiento Para la Preocupación**

En cuanto al tratamiento para la preocupación ya se han desarrollado algunas técnicas. Muchos pacientes con TAG tienden a bloquear mentalmente sus imágenes negativas o catastróficas y distraerse de las mismas, lo que ocasiona que la ansiedad asociada con dichas imágenes no se involucre en un proceso de habituación y por consecuencia se elimine. Por lo tanto, con base en el

supuesto anterior, se ha desarrollado una técnica llamada exposición a las preocupaciones, la cual está específicamente destinada a contrarrestar dicho problema. Consiste en lograr que el paciente se concentre en imágenes catastróficas o atemorizantes lo más vívidamente posible y que los pacientes registren el grado de ansiedad que les provoca (Horacio, 2003).

En el mismo sentido, profesores y estudiantes graduados del estado de Pensilvania generaron algunas técnicas simples para el control de la preocupación. Hoffer, (1988) presenta el programa de Penn State para controlar la preocupación que consiste en los siguientes pasos:

- 1.- Establecer un periodo de preocupación de media hora en el mismo lugar y a la misma hora cada día.
- 2.- Monitorear las preocupaciones durante el día para aprender a identificar tan pronto como sea posible el comienzo de algún episodio de preocupación.
- 3.- Posponer la preocupación tan pronto como se identifique su inicio.
- 4.- Enfocar la atención en el momento presente y en la tarea que se está realizando.
- 5.- Usar el periodo de preocupación intensamente en los temas que causan la preocupación.

Sin embargo, cabe mencionar que para entender como funcionan las técnicas, el preocupador debe entender lo que es la preocupación y como interfiere en su vida.

## **Ansiedad y Preocupación**

Según Mathews (1990) la ansiedad y la preocupación son adaptativas para prepararnos para peligros futuros que requieren representaciones imaginarias.

Sin embargo, específicamente en el TAG, los pacientes se caracterizan por presentar preocupación incontrolable, aparte de los síntomas físicos peculiares de un estado ansioso. Al respecto, Zebb y Beck (1998) reportan que la preocupación se conceptualiza como cognitiva por naturaleza (Borkovek, Robinson, Pruzinsky y DePree, 1983) enfocándose en excesiva o irreal importancia por eventos futuros. Por otro lado reportan que la ansiedad se ha conceptualizado de manera más global, (Barlow, 1998; Lang, 1968) incluyendo aspectos de sensaciones somáticas (palpitaciones, disnea), elementos cognitivos (miedo, aprensión) y componentes conductuales (evitación, escape).

Sin embargo, la preocupación y la ansiedad, aunque son constructos independientes, Zebb y Beck, (1998) han reportado que parecen ser constructos muy similares y que no hay una distinción clara entre ellos.

Al respecto, Mathews (1990) afirma que estos dos términos no pueden ser distinguidos, pero una manera de distinguirlos es reservar el término preocupación específicamente para el componente cognitivo de la ansiedad sin evocar otros componentes, tales como la activación fisiológica, por otro lado afirma que la ansiedad y la preocupación están asociadas con un procesamiento de creencias automático que se inicia antes de que se den cuenta las personas y sirve para atraer la atención hacia estímulos ambientales amenazadores y así facilita la adquisición de información amenazante, por tal

motivo, se cree que los individuos ansiosos pueden tener la impresión de estar en un peligro personal, sin embargo, como este efecto atencional supone ser automático, los individuos ansiosos no siempre son capaces de reportar las razones por las cuales se sienten en peligro.

Así, Borkovec (1985) identificó que la ansiedad tiene dos componentes. El emocional, que incluye las sensaciones corporales de las que las personas son conscientes y la preocupación, la cual se define como un interés mental sobre la ejecución de la tarea. Sin embargo, Meyer, Millar, Mertzger y Borkovec (1990) afirman que la preocupación es un constructo independiente a la ansiedad y la depresión.

De cualquier manera, tomando en cuenta que aunque son constructos independientes, existe una relación entre ellos, por lo que a continuación se abordan los instrumentos de medición más relevantes para evaluar dichos constructos.

### **Instrumentos de Medición**

Se debe tener en cuenta que la evaluación del TAG es pobre, lo que ha contribuido a una falta de especificidad y eficacia de las intervenciones del tratamiento, por tal motivo, para la evaluación del TAG deben considerarse los síntomas clave como elementos fundamentales para su medición, por lo que es necesario emplear varias herramientas, tales como entrevistas estructuradas para diagnosticar y evaluar los resultados del tratamiento que se implemente, mediciones de los síntomas del TAG y medidas de las variables asociadas al TAG, al igual que medidas generales de la ansiedad y la depresión (Caballo,

2002). Desafortunadamente los instrumentos que tradicionalmente se vienen utilizando en la evaluación psicométrica del TAG resultan insuficientes para evaluarlo tal y como se concibe en la actualidad (Bobes, 2002).

Con respecto a las pruebas de ansiedad, estas revelan por lo general dos factores: uno con respecto a los síntomas somáticos y otro con más aspectos cognitivos, tales como pensamientos intrusivos y pensamientos no deseados (Mathews, 1990). Como vimos anteriormente, la ansiedad tiene cierta relación con la depresión, por lo que también se considera esta última dentro de la evaluación.

Entre las pruebas de ansiedad y depresión se encuentran:

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): consta de 21 reactivos donde se especifican los síntomas de ansiedad.
- Inventario de Depresión de Beck (BDI): se compone de dos apartados. El primero se integra por 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta, excepto en dos reactivos donde son 6 y 8 opciones de respuesta, eligiendo la que mejor describe a la persona en ese momento para evaluar estado de ánimo, sentimientos de fracaso, culpa, castigo, líbido, impulsos suicidas, sueño, imagen corporal, aislamiento social, apetito, entre otros temas. En el segundo apartado Se integran 13 reactivos con cuatro afirmaciones cada uno donde se elige la que mejor describe a la persona en ese momento, considerando sentimientos de tristeza, visión a futuro, sentimientos de culpa, toma de decisiones, interés social, trabajo, aspecto personal, cansancio, apetito, entre otros.
- El State-Trait Anxiety Inventory (STAI) se integra por dos sub escalas, ansiedad-estado y ansiedad-rasgo, de 20 reactivos cada una. La sub

escala de ansiedad-estado contiene frases que describen a la persona en ese momento, mientras que en la sub escala de ansiedad-rasgo, las frases definen a la persona según cómo se siente generalmente.

- El Cognition Check list (CCL) es una escala que mide la frecuencia de pensamientos automáticos relevantes para la ansiedad (12 reactivos) y la depresión (14 reactivos).
- La Escala de Ansiedad de Hamilton (HRSA): esta evalúa la ansiedad, la tensión, los síntomas neurovegetativos y los somáticos. Aunque incluye características relacionadas a los ataques de pánico, es utilizada con mayor frecuencia para la evaluación de la ansiedad generalizada. Se integra por 14 reactivos, cada una con puntuación de 0 (ausente), 1 (leve), 2 (moderado), 3 (grave) a 4(muy grave).

Cabe mencionar que el BAI, cuenta con una alta confiabilidad para evaluar síntomas ansiosos en la población mexicana. Dicho inventario hace énfasis en los síntomas de ansiedad que comparte mínimamente con la depresión (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

Algunos instrumentos que evalúan el TAG son:

- Escala de detección de Trastornos de Ansiedad Generalizada según DSM-IV, consta de 12 reactivos con dos opciones de respuesta (si o no) en cada afirmación, se le pregunta al paciente sobre cómo se pudo haber sentido en los últimos 6 meses.
- Cuestionario de Screening de Ansiedad (ASQ-15) constituido por 15 reactivos que evalúan la razón de malestar del paciente, sentimientos de tristeza, depresión, ansiedad, nerviosismo, temores, ocurrencia de



acontecimientos inquietantes, preocupación por diversas situaciones y la interferencia de esta en la vida diaria.

- Escala Hospitalaria de Ansiedad y depresión: evalúa como se sienten los pacientes afectiva y emocionalmente. Consta de 14 reactivos, 7 para ansiedad y 7 para depresión, cada una con puntuación de 0 a 3, permitiendo una valoración cuantitativa de la sintomatología de la ansiedad y la depresión.
- Escala de Ansiedad de Covi: identifica a los pacientes con síntomas de ansiedad como diagnóstico principal, consta de 3 reactivos, que evalúa los síntomas de ansiedad desde tres perspectivas: Verbalizaciones (estado afectivo y comportamental), Comportamental (observación directa en entrevista) y Sintomática (identificación de síntomas físicos).
- Escala Breve de Ansiedad de Tyrer, la cual se integra por 10 reactivos donde se evalúa la tensión interna, sentimientos de hostilidad, hipocondriasis, preocupación por pequeñas cosas, fobias, sueño reducido, perturbación autonómica, dolores, alteraciones autonómicas y tensión muscular.
- Penn State Worry Questionare (PSWQ): Integrado por 16 reactivos para evaluar la preocupación.
- Cuestionario del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-Q-IV) formado por 9 reactivos que consideran los criterios diagnósticos del DSM-IV, tales como la preocupación excesiva, síntomas físicos y la interferencia de los mismos en la vida cotidiana e intensidad de incomodidad que provocan.

En relación a los últimos dos instrumentos de medición se dará a continuación una descripción más detallada de los mismos, ya que la presente investigación enfoca su interés en dichos instrumentos.

## **PSWQ**

El PSWQ es un cuestionario de auto reporte que evalúa el rasgo de preocupación, el componente cognitivo de la ansiedad, donde los reactivos son afirmaciones a lado de las cuales se les escribe el número que corresponde a la característica de esta aseveración en la situación de la persona como es 1 “para nada común”, 2, 3 “algo común”, 4 y 5 “muy común”.

En un estudio (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990) para la creación y validación del PSWQ, inicialmente se tuvieron que construir 161 reactivos, con base en diversa bibliografía, que fueron dados a 337 universitarios. Se calculó la consistencia interna y del análisis resultaron 58 reactivos con un coeficiente alfa de 0.97. A estos se les volvió a calcular la consistencia interna resultando un cuestionario de 16 preguntas con un alfa de 0.93, mismo que se calculó en otras muestras diferentes de estudiantes universitarios obteniendo coeficientes alfa de 0.93, 0.94, 0.95 y 0.91. También se calculó la confiabilidad test-retest en periodos de dos y cuatro semanas obteniendo una  $r = 0.75$  con una  $p < 0.001$  y una  $r = 0.74$  con una  $p < 0.001$ , respectivamente. Del mismo modo, se utilizó para evaluar el tratamiento para el TAG. Por lo tanto se concluyó que el PSWQ tuvo buena validez para evaluar el rasgo de preocupación, consistencia interna alta y buena confiabilidad test-retest. Además el PSWQ distinguió niveles de TAG diagnosticable, ya que los puntajes más altos en el instrumento se relacionaron con la presencia de TAG, además de indicar que la preocupación

es un constructo independiente a la ansiedad y la depresión entre los casos diagnosticados de TAG severo y moderado.

Finalmente se consideró que la preocupación responde al tratamiento terapéutico que incluye procedimientos de terapia cognitiva.

### **GAD-Q-IV**

Es un instrumento de auto reporte que incluye preguntas de si/no o si el sujeto ha experimentado preocupación excesiva o irreal en los últimos seis meses. Contempla además una sección donde el sujeto escribe los temas principales de sus preocupaciones, posteriormente, la pregunta 6 referente a preocupaciones excesivas e incontrolables durante los últimos 6 meses la mayoría de los días es un indicador para continuar con las preguntas restantes si la respuesta es positiva, pero si es negativa el cuestionario finaliza. Se continúa con una lista de seis síntomas para marcar la presencia de los mismos en el periodo de los últimos seis meses. En las preguntas finales se requiere elegir un rango que indique el grado en que la preocupación y los síntomas físicos causan interferencia y malestar en las actividades en una escala de 0 a 8, donde el cero equivale a “nada”, 2 “algo”, 4 “moderado”, 6 “severo” y 8 “muy severo”.

En un estudio (Newman, Zuellig, Kachin, Constantino, Preseworski, Erickson y Cashman-McGrath, 2002) se reporta que este instrumento se elaboró según los criterios del DSM-IV para el TAG. Posteriormente, para obtener la confiabilidad y validez de este instrumento, se obtuvo una probabilidad del 93% que indica que alguien con TAG tendrá un puntaje alto en el GAD-Q-IV que

alguien que no lo tenga. Por otro lado, la sensibilidad resultó del 83% y una especificidad del 89%. En este mismo estudio, para obtener la validez concurrente, se encontró que el GAD-Q-IV correlacionó con el PSWQ obteniendo una  $r=.66$  y mostró una estabilidad en el tiempo en un test re-test con un intervalo de tiempo de dos semanas entre cada aplicación, donde el 92% de la muestra mostró estabilidad a través del tiempo. Por lo anterior se concluyó que el GAD-Q-IV puede ser una forma efectiva de evaluar inicialmente la presencia de TAG diagnosticable, así como la ausencia del mismo. Cabe mencionar que debe quedar claro que el GAD-Q-IV determina solamente la presencia o ausencia del TAG sin especificar la severidad del mismo. Además, por el diseño, los últimos tres reactivos son dependientes de los primeros tres, pero la pregunta 6 que indicaba continuar o terminar el cuestionario fue la razón de que el cuestionario no se comportara en una dimensión continua, pues algunos participantes no puntuaron más allá de cierto número cuando dejaron de contestar el cuestionario, pero otros puntuaron muy alto por contestar los últimos tres. Queda claro entonces que el PSWQ y el GAD-Q-IV son instrumentos con alta confiabilidad diagnóstica para el TAG y que hay correlación entre ellos, de acuerdo con los resultados antes descritos. Cabe mencionar que se ha encontrado en estudios para obtener las propiedades psicométricas de los mismos en población mexicana, que el PSWQ tuvo un alfa de .823, en un estudio de validación del instrumento en adultos de la Ciudad de México (Bernardo, 2007), mientras que en una población de jóvenes, el alfa fue de .732 (Salmerón, 2007) y en adolescentes se obtuvo un alfa de .704 (Rangel, 2007), cabe mencionar que dichos estudios aún no se han publicado. Siguiendo esta misma línea de investigación, aunque

no como objetivo principal, también se realizó la validación de los instrumentos en el personal del área de salud, para corroborar los resultados de validez del instrumento. Se utilizaron ambos instrumentos para evaluar los niveles de ansiedad generalizada y preocupación en población general y personal del área de salud de la Ciudad de México con el objetivo de ver si había diferencias entre los grupos, siendo éste el objetivo principal de la presente investigación.

## **JUSTIFICACIÓN**

Con respecto al trabajo psicométrico del GAD-Q-IV y el PSWQ, Newman (2002) asegura que se ha encontrado que el TAG es uno de los trastornos de ansiedad con menos confiabilidad diagnóstica. Por tal motivo es de suma importancia contar con instrumentos psicométricos válidos que sean útiles y confiables para el diagnóstico del TAG, sin que se requiera necesariamente un exceso de tiempo y costos, recomendando el uso de dos entrevistas diagnósticas para determinar la presencia del TAG. Además de que la evaluación para diagnosticar el TAG es muy pobre, lo que ha contribuido a que haya una falta de eficacia en las intervenciones de tratamiento (Caballo, 2002). Por lo tanto, contando con tales instrumentos, un diagnóstico adecuado llevará como resultado a ejecutar un tratamiento de acuerdo a lo que se ha diagnosticado y en consecuencia será útil también para evaluar los efectos que dicho tratamiento está teniendo en la práctica clínica, específicamente para el TAG.

Por lo tanto, como objetivo principal de esta investigación se pretende corroborar el trabajo psicométrico que ha resultado de la validación del PSWQ y del GAD-Q-IV en trabajos anteriores con el objetivo de contar con instrumentos diagnósticos confiables para el TAG. Dicha validación se hará con personal del área de salud perteneciente a diferentes instituciones médicas del DF, siguiendo una línea de investigación que se ha realizado en población mexicana. Cabe mencionar que, en relación con el trabajo psicométrico de los instrumentos, este estudio se limitó a la validación de los instrumentos en personal de salud pues forma parte de otro estudio para la estandarización de dichos instrumentos dentro del proyecto de Construcción Psicométrica de

Instrumentos de Medición del Trastorno de Ansiedad Generalizada en población mexicana, por tal motivo, no se incluye la versión de los instrumentos que se utilizó pues no es la versión final, y de esa manera también se evita la utilización inadecuada de los mismos.

Por otro lado, debido a la disponibilidad de los datos, se procedió a estudiar si existían diferencias en los niveles de ansiedad y preocupación entre personal del área de salud y población general. Cabe mencionar que la ansiedad y la ira aparecen asociadas como alteraciones emocionales a procesos de estrés en muy diferentes áreas laborales (Pérez, Irvarrizaga y Camuñas, 2000). Con relación a los trabajadores del área de salud, dado las características de su trabajo, están expuestos a amenazas incluso contra su propia vida por las enfermedades contagiosas, lo que puede llevar a ciertos conflictos por su responsabilidad en cuidar a los enfermos y su derecho de protegerse de algún virus letal (Chen, Wu, Yang y Yen, 2005) por lo que en la práctica del personal médico hay grandes presiones que incluso los lleva a encubrir sus errores laborales por la magnitud de los mismos (Sexton, Thomas y Helmreich, 2000) debido a la gran responsabilidad del cuidado y la misma vida de los pacientes. En este sentido, las enfermeras como la primera línea de trabajadores de salud, frecuentemente experimentan un gran estrés ocupacional, incluyendo ansiedad, depresión, hostilidad y somatización (Chen, Wu, Yang y Yen, 2005) ya que tienen un contacto frecuente y prolongado con los pacientes y juegan un papel central en el cuidado de los mismos y en el contacto con la familia de los pacientes, sobre todo con los enfermos crónicos (O'Brien, 1993) que recurren con mayor frecuencia y por tiempos prolongados al cuidado hospitalario. De este modo, el personal de enfermería realiza trabajo físico y emocional

exponiéndose tanto al estrés psicosocial y el ocasionado por la misma carga de trabajo que se asocia a largas horas de trabajo, altas demandas en su labor, bajo control en el ambiente laboral, bajo apoyo social en el trabajo, inseguridad laboral, conflictos interpersonales y violencia en el trabajo, siendo así uno de los grupos ocupacionales más frecuentemente afectados (Eriksen, Tambs y Knardani, 2006). Al respecto, Téllez (2001) encontró, en un estudio sobre los niveles de estrés y ansiedad en personal de salud, que la ansiedad estado es mayor en médicos y paramédicos probablemente por la responsabilidad y toma de decisiones sobre la atención, diagnóstico y tratamiento al primer contacto con los pacientes, presentando un alto nivel de estrés personal por presión social, funciones y responsabilidades, mientras que en personal de enfermería encontró mayor ansiedad rasgo debido a un mayor contacto de manera constante con los pacientes a lo largo de su tratamiento y recuperación, además de experimentar un alto nivel de estrés social y laboral, por lo que afirma que el personal de salud desempeña labores que implican el contacto con situaciones críticas, así como la constante interacción con factores potencialmente estresantes que pueden poner en riesgo el bienestar físico y mental de éstos profesionales de la salud. Cabe mencionar que las condiciones de trabajo involucran factores físicos, mentales y sociales que interactúan de manera compleja dando lugar a efectos individuales llevando a situaciones frustrantes, además cabe mencionar que se ha encontrado que la incidencia de síntomas músculo esqueléticos, tales como dolor o incomodidad en ciertas zonas del cuerpo, entre el personal de enfermería es cerca del doble, en comparación con la media nacional, siendo el de espalda baja, hombros y cuello los más comunes entre las enfermeras (Daraiseh, Genaidy, Karwowsky,



Davis, Stambough y Huston, 2003). Lo anterior da un indicador que aparte de la carga de trabajo, el nivel de ansiedad experimentado por ellas en el desempeño de sus funciones puede convertirse en una fuente permanente de malestar, además de que sufren de trastornos del sueño, irritabilidad, depresión y ansiedad (Bestard y Larduet, 1998).

Cabe mencionar que tan solo en Estados Unidos, entre 44 000 y 98 000 pacientes mueren cada año por errores del personal médico que pueden prevenirse, dado que se asegura que factores como el aumento en el estrés y la activación fisiológica disminuyen el nivel de atención (Sexton, Thomas y Helmreich, 2000) además de que la ansiedad, especialmente generalizada o en situaciones cotidianas aparece asociada al cansancio emocional (Pérez, Irvarrizaga y Camuñas, 2000) lo que dificulta la tarea laboral efectiva, indicando la importancia en los programas de apoyo para el manejo de ansiedad y estrés en el personal del área de salud. Por tales motivos la presente investigación se interesó por el personal del área de salud para explorar los niveles de ansiedad generalizada y preocupación, comparándolos con la población general, utilizando el PSWQ y el GAD-Q-IV para dar a su vez continuidad a la línea de investigación que se ha hecho con tales instrumentos en población mexicana.

## METODO

### Hipótesis

En relación al trabajo psicométrico las hipótesis son las siguientes:

1. La escala de preocupación de Pensilvania (PSWQ) podrá validarse para trabajadores del área de la salud del DF y en población general.
2. La escala de Ansiedad Generalizada (GAD-Q-IV) podrá validarse para trabajadores del área de la salud del DF y en población general.

Por otro lado, la hipótesis para los niveles de ansiedad y preocupación en personal del área de salud y población general es la siguiente:

1. Se identificará si existen diferencias de ansiedad generalizada y preocupación entre el personal del área de salud y la población general.

### Variables

Definición Conceptual

**Preocupación:** La preocupación se define como una cadena de pensamientos e imágenes negativas, relativamente incontrolables, donde la gente que la padece genera una serie de escenarios catastróficos hipotéticos y tratan de evadir sus implicaciones, tratando de resolver mentalmente los problemas asociados con las catástrofes para tener estrategias con el fin de evitarlos o prepararse ellos mismos para su ocurrencia (Borkovec, 1985).

**Ansiedad Generalizada:** Ansiedad y preocupación (expectación aprensiva) excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolonga más de 6 meses. Al individuo le

resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. Inquietud o impaciencia. Fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador). Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no parecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (APA, 2000).

#### Definición Operacional

**Preocupación:** Esta se representará por las respuestas que los sujetos registren en la prueba del PSWQ.

**Ansiedad Generalizada:** Esta se representará por las respuestas que los sujetos registren en la prueba del GAD-Q-IV.

#### Diseño

El diseño fue no experimental, dado que no se hizo ninguna manipulación de variables sino que se recolectaron los datos. Fue un diseño con dos muestras y una sola medición.

#### Muestreo

No probabilístico accidental por cuota.

#### Sujetos

Los sujetos fueron 50 hombres y 194 mujeres que laboran dentro del área de la salud en diferentes hospitales del DF, considerando instituciones públicas y privadas. Con una edad de 19 a 65 años.

Por otro lado, la población general fue conformada por 66 hombres y 187 mujeres con una edad de 19 a 68 años.

### **Instrumentos**

- Escala de Preocupación de Pensilvania (PSWQ)
- Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-Q-IV)

### **Procedimiento**

Los instrumentos fueron aplicados a los grupos de capacitación en las diferentes instituciones de salud en los espacios destinados para capacitación de las mismas. Al finalizar el curso y cuando los participantes ya habían completado sus evaluaciones correspondientes, se les entregaron los dos instrumentos para que los contestaran.

En algunas ocasiones los instrumentos fueron contestados en el mismo lugar de trabajo, es decir en el área hospitalaria.

A las personas que no formaron parte del personal de salud se les abordó en lugares públicos como parques, escuelas y centros comerciales del DF.

Los datos obtenidos se sometieron a análisis estadístico, los cuáles se presentan en el siguiente apartado.

## **RESULTADOS**

Con el fin de corroborar los datos de validez obtenidos en población mexicana con el PSWQ y el GAD-Q-IV, se hizo el análisis de resultados utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 11.0. Se realizó un análisis de frecuencias y una prueba t, obteniendo lo siguiente.

### **PSWQ**

La población estuvo constituida por dos grupos, un grupo integrado por personal del área de la salud y otro grupo de población general. El grupo del personal de salud lo formaron 245 personas, 195 fueron mujeres (79.6%) y 50 hombres (20.4%) teniendo un rango de edad de los 19 a los 65 años, con una edad media de 33.31 y una desviación estándar de 8.95, donde el 73.4% se conformó por personal de enfermería y el 26.6% lo integró personal médico y paramédico. Cabe mencionar que la muestra, en su mayoría se integró por mujeres dado que gran parte de la población abordada fueron enfermeras y generalmente esta población está constituida por personal femenino.

### **Prueba t**

A continuación se presenta en la tabla 1 los resultados de la prueba t para la capacidad discriminativa de los reactivos del PSWQ en el personal del área de salud, mostrando el resultado de la prueba t y el nivel de significancia obtenido en cada reactivo. Se consideró un nivel de significancia de 0.05.

<b>Tabla 1: Resultados de la prueba t para el PSWQ en personal del área de salud</b>		
PREGUNTA	t	NIVEL DE SIGNIFICANCIA (0.05)
Si no tengo tiempo suficiente para realizar todas mis actividades, no me preocupo por ello.	-6.062	.000
Mis preocupaciones me abruman	-9.741	.000
No tiendo a preocuparme por las cosas	-4.284	.000
Me preocupo por muchas situaciones	-10.153	.000
Se que no debería preocuparme por las cosas, pero no puedo evitarlo	-10.882	.000
Cuando estoy bajo presión, me preocupo mucho	-11.298	.000
Siempre estoy preocupándome por algo	-11.915	.000
Me es muy fácil deshacerme de pensamientos preocupantes	-.915	<b>.362</b>
Tan pronto como termino una tarea, empiezo a preocuparme por todo lo demás que tengo que hacer	-11.334	.000
Nunca me preocupo por nada	-.665	<b>.507</b>
Cuando ya no hay nada más que pueda hacer por algo que me preocupa. Ya no me preocupo por ello	-1.701	<b>.092</b>
He sido un preocupon toda mi vida	-13.435	.000
Me doy cuenta que frecuentemente me preocupo por las cosas	-12.140	.000
Una vez que empiezo a preocuparme, no me puedo detener	-12.460	.000
Me preocupo todo el tiempo	-12.299	.000
Me preocupo por los proyectos hasta que los termino completamente.	-6.531	.000

Como es de notarse, hubo tres reactivos que no cumplieron con el nivel de significancia establecido.

## Confiabilidad por consistencia interna

Aparte de la prueba t, para obtener la confiabilidad por consistencia interna, se realizó un análisis de confiabilidad con el alfa de Cronbach. Los resultados obtenidos en dicho análisis se presentan en la tabla 2.

<b>Tabla 2: Resultados del análisis de confiabilidad para el PSWQ en el personal del área de salud.</b>		
PREGUNTA	VALOR DE LA MEDIA SI EL ITEM SE SUPRIME	ALFA SI EL ITEM SE SUPRIME
Si no tengo tiempo suficiente para realizar todas mis actividades, no me preocupo por ello.	39.0653	.7985
Mis preocupaciones me abruman	38.6612	.7736
No tiendo a preocuparme por las cosas	39.1918	.8039
Me preocupo por muchas situaciones	38.5592	.7785
Se que no debería preocuparme por las cosas, pero no puedo evitarlo	38.4980	.7763
Cuando estoy bajo presión, me preocupo mucho	38.2041	.7726
Siempre estoy preocupándome por algo	39.2980	.7713
Me es muy fácil deshacerme de pensamientos preocupantes	38.8816	.8206
Tan pronto como termino una tarea, empiezo a preocuparme por todo lo demás que tengo que hacer	39.0367	.7736
Nunca me preocupo por nada	39.5510	.8118
Cuando ya no hay nada más que pueda hacer por algo que me preocupa. Ya no me preocupo por ello	38.8735	.8159
He sido un preocupon toda mi vida	39.0000	.7694
Me doy cuenta que frecuentemente me preocupo por las cosas	38.6653	.7698
Una vez que empiezo a preocuparme, no me puedo detener	39.2857	.7683
Me preocupo todo el tiempo	39.3878	.7660
Me preocupo por los proyectos hasta que los termino completamente.	37.9429	.7930

Cabe mencionar que, aparte de los valores obtenidos en la tabla, se obtuvo el coeficiente de confiabilidad para los 16 reactivos, obteniendo un alfa = **.797**.

#### **GAD-Q-IV: RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE FRECUENCIAS PARA EL PERSONAL DE SALUD**

Debido a que esta prueba se compone por reactivos con opciones de respuesta dicotómicas, tipo likert y abiertas no se pudo hacer un análisis de confiabilidad con el alfa de cronbach, por lo que solamente se hizo la validez descriptiva del GAD-Q-IV a partir de un análisis de frecuencias, el cual se muestra a continuación por cada reactivo, tomando en cuenta la frecuencia y el porcentaje de respuesta de los 245 sujetos que integraron la muestra del personal de salud.

1.- ¿Experimenta usted preocupación excesiva?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No contestaron	5	2
Si	57	23.3
No	183	74.7

2.- ¿Su preocupación es excesiva en intensidad, frecuencia o cantidad de incomodidad que le causa?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No contestaron	9	3.7
Si	53	21.6
No	183	74.7

3.- ¿Le es difícil controlar su preocupación (o dejar de preocuparse) una vez que ésta comienza?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No contestaron	7	2.9
Si	72	29.4
No	166	67.8



4.- ¿Se preocupa de manera excesiva e incontrolable por detalles pequeños tales como llegar tarde a una cita, pequeñas reparaciones, la tarea, etc.?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No contestaron	7	2.9
Si	64	26.1
No	174	71

5.- Por favor enliste los temas más frecuentes por los que se preocupa de manera excesiva e incontrolable.

Cabe mencionar que en esta pregunta, las situaciones que le preocupaban a la gente se incluyeron dentro de las categorías mostradas en la tabla 3, según las situaciones que se mencionaron con más frecuencia.

<b>Tabla 3:</b> Categorías de temas preocupantes.	
CATEGORÍA	TEMA PREOCUPANTE
1	Salud
2	Familia
3	Asuntos Personales
4	Economía
5	Trabajo
6	Académico
7	Puntualidad y Tiempo
8	Otros

Esta pregunta se compone por 6 opciones de respuesta (A, B, C, D, E y F). A continuación se muestra la frecuencia y el porcentaje de los 245 sujetos en cada opción de respuesta, según la situación reportada.

Pregunta 5, opción de respuesta A:

SITUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Salud	19	7.8
Familia	45	18.4
Asuntos personales	11	4.5
Economía	25	10.2
Trabajo	24	9.8
Académico	25	10.2
Tiempo	23	9.4
Otros	5	2
No contestaron	68	27.8

Pregunta 5, opción de respuesta B:

SITUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Salud	8	3.3
Familia	32	13.1
Asuntos personales	23	9.4
Economía	21	8.6
Trabajo	37	15.1
Académico	12	4.9
Tiempo	15	6.1
Otros	6	2.4
No contestaron	91	37.1

Pregunta 5, opción de respuesta C:

SITUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Salud	10	4.1
Familia	30	12.2
Asuntos personales	27	11
Economía	16	6.5
Trabajo	22	9
Académico	11	4.5
Tiempo	7	2.9
Otros	3	1.2
No contestaron	119	48.6

Pregunta 5, opción de respuesta D:

SITUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Salud	11	4.5
Familia	17	6.9
Asuntos personales	14	5.7
Economía	8	3.3
Trabajo	15	6.1
Académico	9	3.7
Tiempo	2	.8
Otros	6	2.4
No contestaron	163	66.5

Pregunta 5, opción de respuesta E:

SITUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Salud	4	1.6
Familia	7	2.9
Asuntos personales	16	6.5
Economía	4	1.6
Trabajo	7	2.9
Académico	3	1.2
Tiempo	0	0
Otros	6	2.4
No contestaron	198	80.8

Pregunta 5, opción de respuesta F:

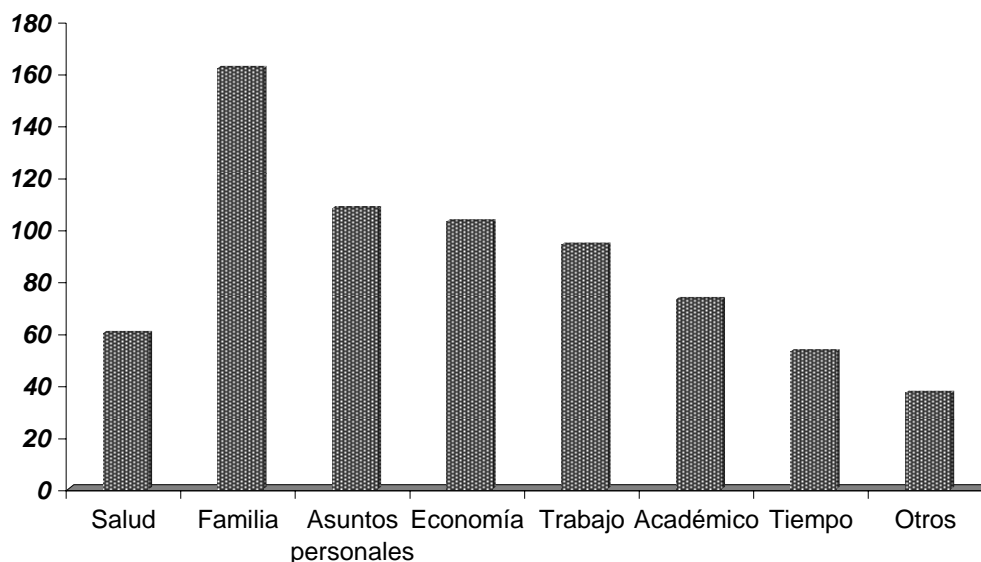
SITUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Salud	1	.4
Familia	4	1.6
Asuntos personales	11	4.5
Economía	1	.4
Trabajo	2	.8
Académico	1	.4
Tiempo	2	.8
Otros	4	1.6
No contestaron	219	89.4

Cabe mencionar que la frecuencia de personas que no contestó, fue incrementando en cada opción de respuesta, siendo mucho mayor en la F que

en la A, esto se debió a que las personas podían reportar de una hasta seis situaciones preocupantes, pero no necesariamente las seis opciones, esta tendencia también se observó en la muestra de población general, como se verá mas adelante.

Por lo tanto, tomando como base las seis opciones de respuesta, se obtuvo la frecuencia total de las seis opciones de respuesta dadas para situaciones preocupantes. Las cuales, se presentan en la figura 1.

**Figura 1: Frecuencias totales por categoría en el personal del área de salud.**

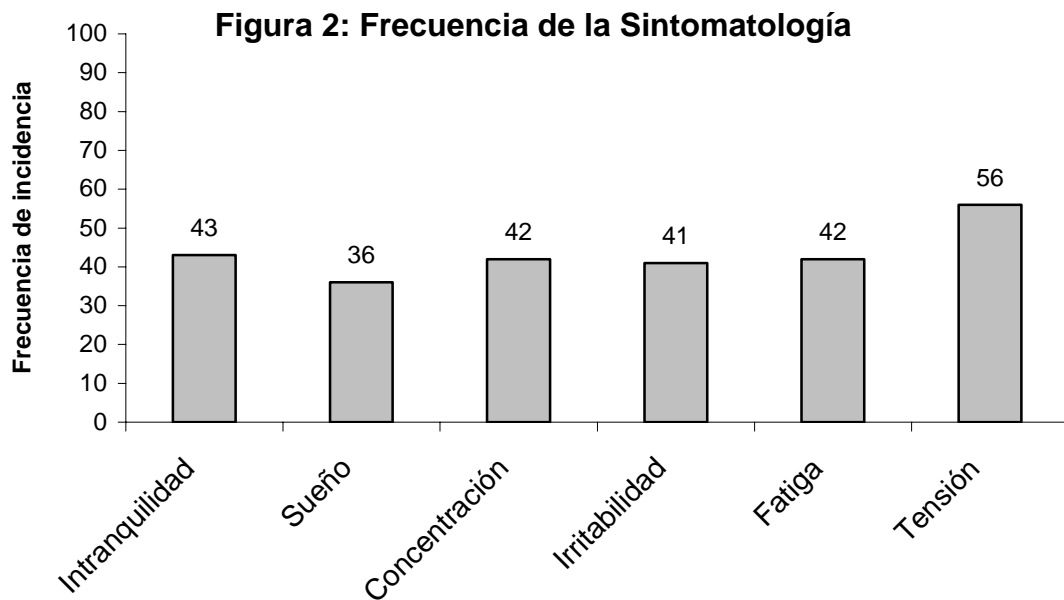


En general, es de notarse que la situación preocupante que se mencionó con mayor frecuencia fue la familia (135) seguida por el trabajo (107), asuntos personales (102), la economía (75), lo académico (61) y en menores frecuencias la salud (53), el tiempo (49) y otros temas (30).

6.- ¿Durante los últimos seis meses le han molestado excesivamente preocupaciones incontrolables la mayoría de los días?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No contestaron	10	4.1
Si	63	25.7
No	172	70.2

7.- ¿Durante los últimos seis meses, le ha molestado algunos de los siguientes síntomas? Esta pregunta se compone por seis síntomas (Opción de respuesta A, B, C, D, E y F) los que se presentan a continuación con su respectiva frecuencia y porcentaje. La figura 2 muestra los valores de frecuencia.



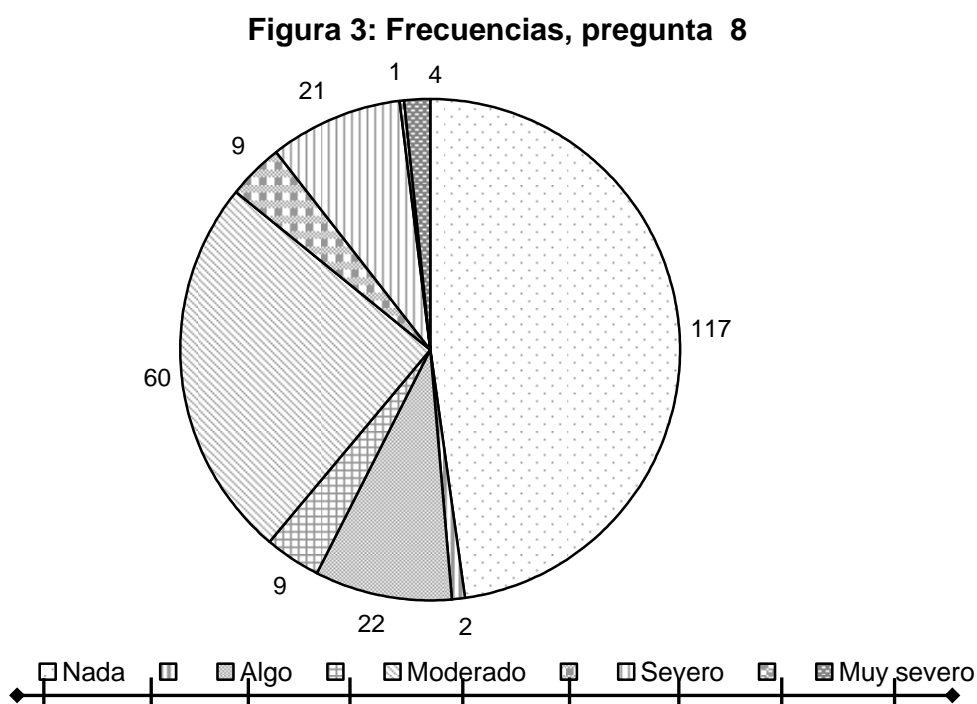
Resultando la tensión muscular como la más frecuente, seguida por Intranquilidad o sentirse excitado o nervioso, dificultad para concentrarse o tener la mente despejada, fatigarse fácilmente, irritabilidad y dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido o sueño intranquilo, insatisfactorio.

Es de notarse por los valores menores en su mayoría a 50, que la mayoría de los sujetos no contestó, pues el contestar las preguntas 7, 8 y 9 dependía de su respuesta en la pregunta 6, pues si su respuesta era “no” ya no se respondían

las preguntas restantes, por lo que esta tendencia se también presentó en las preguntas 8 y 9.

8.- ¿Que tanto interfiere la preocupación y los síntomas físicos en su vida, trabajo, actividades sociales, familia, etc.?

Esta pregunta se compone por 9 opciones de respuesta que van del 0 al 8, según la intensidad de interferencia que causa la preocupación y los síntomas físicos en la vida diaria. A continuación se presenta en la figura 3, el valor de frecuencias para cada opción de respuesta.

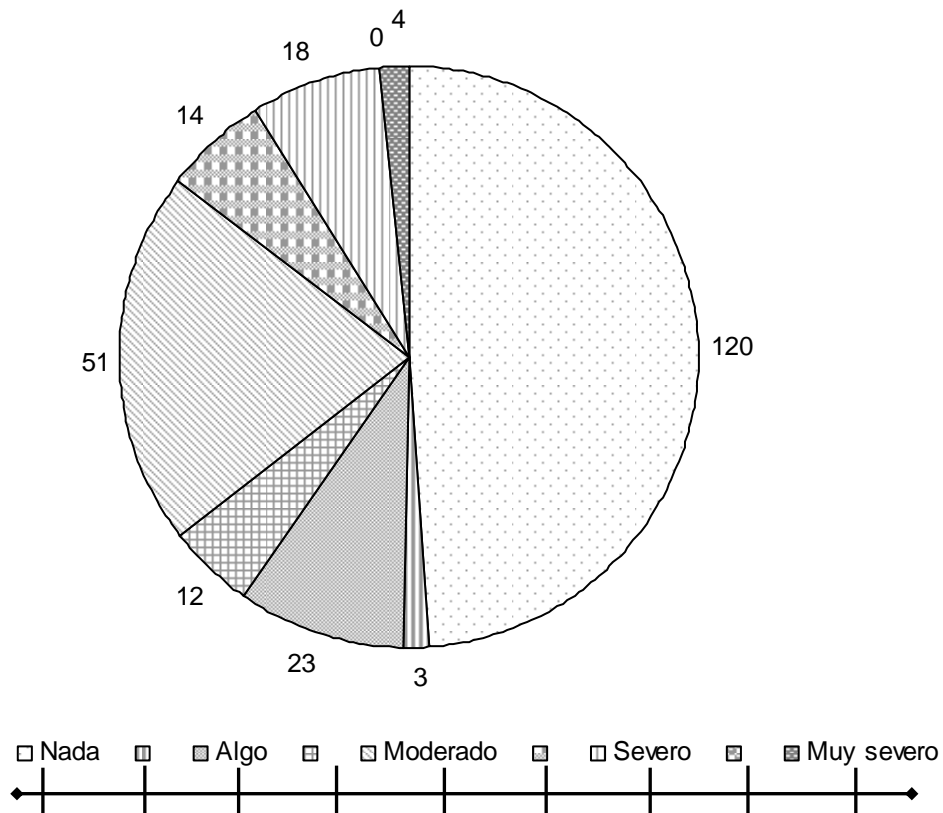


Según las frecuencias, para la mayoría de los sujetos no interfieren las preocupaciones y los síntomas físicos en su vida diaria. Con respecto a los que sí reportaron interferencia, gran parte de ellos reportó un grado de interferencia moderado, seguido por la opción de algo, severo y muy severo, al igual que se muestra en la gráfica de los porcentajes.

9.- ¿Cuánto malestar le causan la preocupación y los síntomas físicos?

Al igual que la pregunta anterior, en esta se ofrecen 9 opciones de respuesta etiquetadas de la misma manera que en la pregunta 8, obteniendo las siguientes frecuencias que se muestran en la figura 4.

**Figura 4: Frecuencias, pregunta 9**



Es de notarse que cerca de la mitad de los sujetos no reportó malestar por la preocupación y los síntomas físicos, mientras que los demás afirmaron sentir malestar con mayor frecuencia en una intensidad moderada y con menor frecuencia en algo, severo y muy severo.

Los resultados anteriores corresponden al trabajo psicométrico de las escalas. A continuación se presentan los resultados correspondientes a la comparación entre los grupos.

## Resultados de la prueba t para muestras independientes en el PSWQ

Se realizó una prueba t para muestras independientes, tomando como referencia los puntajes totales del PSWQ del personal del área de salud y de la población general para ver si había diferencias significativas entre ellos en su nivel de preocupación. Los resultados de la prueba se presentan en la tabla 4.

<b>Tabla 4:</b> Resultados de la prueba t para muestras independientes.		
PSWQ	T	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
Puntajes totales de ambos grupos.	-1.019	<b>.309</b>

Los resultados de la tabla indican que no hubo diferencias significativas entre los grupos en relación a la preocupación, de acuerdo con los puntajes totales obtenidos en el PSWQ, con un nivel de significancia al .05.

Con respecto al GAD-Q-IV, se hizo un análisis de frecuencias para ambos grupos, anteriormente ya se presentó el análisis del grupo del personal de salud, por lo que a continuación se presenta el análisis de frecuencias para la población general y posteriormente un apartado que los compara.

### **GAD-Q-IV: Resultados del análisis de frecuencias para la población general**

El grupo de población general se compuso por 256 sujetos, donde 188 fueron mujeres (73.4%) y 68 hombres (26.6%). Las edades fluctuaron entre los 19 y los 68 años, con una edad media de 33.76 y una desviación estándar de 10.7. Esta muestra fue similar a la del grupo del personal de salud para facilitar la



comparación entre ellas, por tal motivo, esta también se constituyó en su mayoría por mujeres.

Según el análisis de frecuencias, se obtuvieron las respuestas que a continuación se presentan por cada pregunta, mostrando la frecuencia y el porcentaje de respuesta de los 256 sujetos.

1.- ¿Experimenta usted preocupación excesiva?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No contestaron	1	.4
Si	65	25.4
No	190	74.2

2.- ¿Su preocupación es excesiva en intensidad, frecuencia o cantidad de incomodidad que le causa?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No contestaron	2	.8
Si	47	18.4
No	207	80.9

3.- ¿Le es difícil controlar su preocupación (o dejar de preocuparse) una vez que está comienza?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No contestaron	1	.4
Si	78	30.5
No	177	69.1

4.- ¿Se preocupa de manera excesiva e incontrolable por detalles pequeños tales como llegar tarde a una cita, pequeñas reparaciones, la tarea, etc.?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No contestaron	3	1.2
Si	92	35.9
No	161	62.9

5.- Por favor enliste los temas más frecuentes por los que se preocupa de manera excesiva e incontrolable.

Pregunta 5, opción de respuesta A:

SITUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Salud	18	7.0
Familia	45	17.6
Asuntos personales	14	5.5
Economía	29	11.3
Trabajo	29	11.3
Académico	31	12.1
Tiempo	29	11.3
Otros	5	2
No contestaron	56	21.9

Pregunta 5, opción de respuesta B:

SITUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Salud	18	7
Familia	48	18.8
Asuntos personales	24	9.4
Economía	31	12.1
Trabajo	29	11.3
Académico	17	6.6
Tiempo	9	3.5
Otros	8	3.1
No contestaron	72	28.1

Pregunta 5, opción de respuesta C:

SITUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Salud	12	4.7
Familia	39	15.2
Asuntos personales	21	8.2
Economía	27	10.5
Trabajo	20	7.8
Académico	16	6.3
Tiempo	7	2.7
Otros	7	2.7
No contestaron	107	41.8

Pregunta 5, opción de respuesta D:

SITUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Salud	10	3.9
Familia	22	8.6
Asuntos personales	23	9
Economía	10	3.9
Trabajo	11	4.3
Académico	7	2.7
Tiempo	4	1.6
Otros	3	1.2
No contestaron	166	64.8

Pregunta 5, opción de respuesta E:

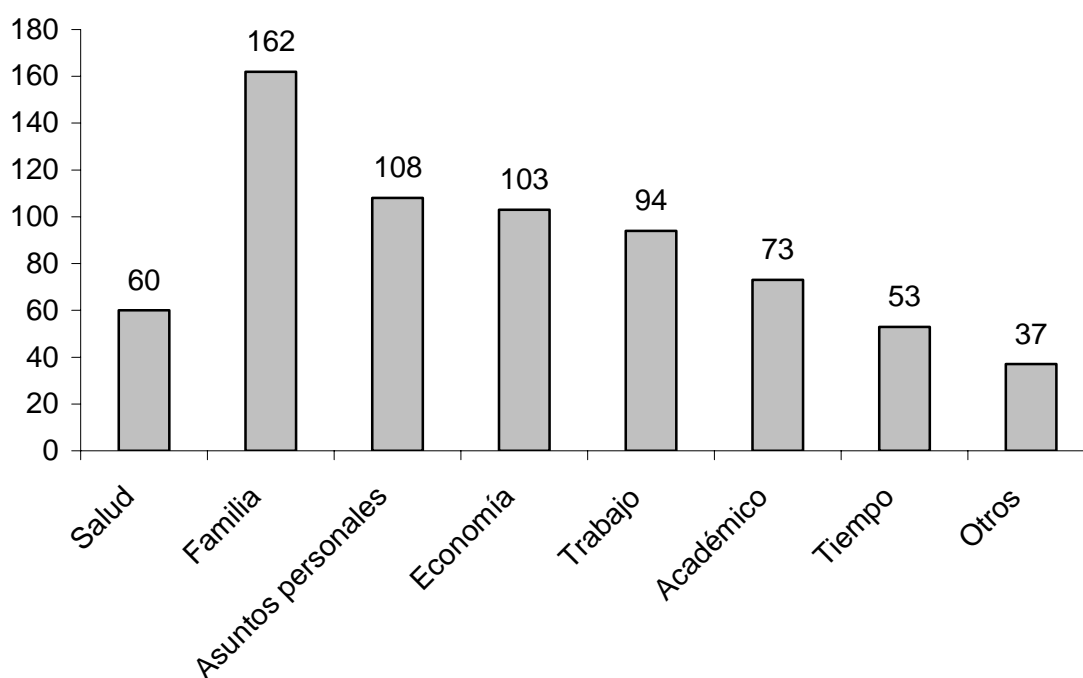
SITUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Salud	0	0
Familia	7	2.7
Asuntos personales	18	7
Economía	5	2
Trabajo	2	.8
Académico	1	.4
Tiempo	2	.8
Otros	8	3.1
No contestaron	213	83.2

Pregunta 5, opción de respuesta F:

SITUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Salud	2	.8
Familia	1	.4
Asuntos personales	8	3.1
Economía	1	.4
Trabajo	3	1.2
Académico	1	.4
Tiempo	2	.8
Otros	6	2.3
No contestaron	232	90.6

En general, es de notarse que la situación preocupante que se mencionó con mayor frecuencia en la población general fue la familia seguida de asuntos personales, economía, trabajo, académico, salud y con menor frecuencia el tiempo y otros, tal como se muestra en la figura 5.

**Figura 5: Frecuencia total de situaciones preocupantes**

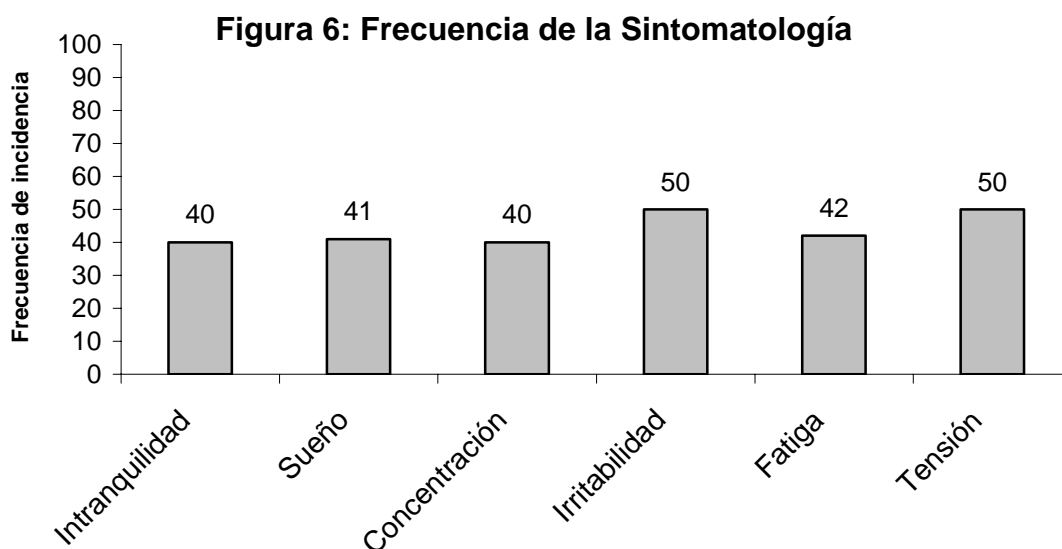


6.- ¿Durante los últimos seis meses le han molestado excesivamente preocupaciones incontrolables la mayoría de los días?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No contestaron	4	1.6
Si	62	24.2
No	190	74.2

7.- ¿Durante los últimos seis meses, le ha molestado algunos de los siguientes síntomas?

Esta pregunta se compone por seis síntomas, los que se presentan a continuación con su respectiva frecuencia en la figura 6.

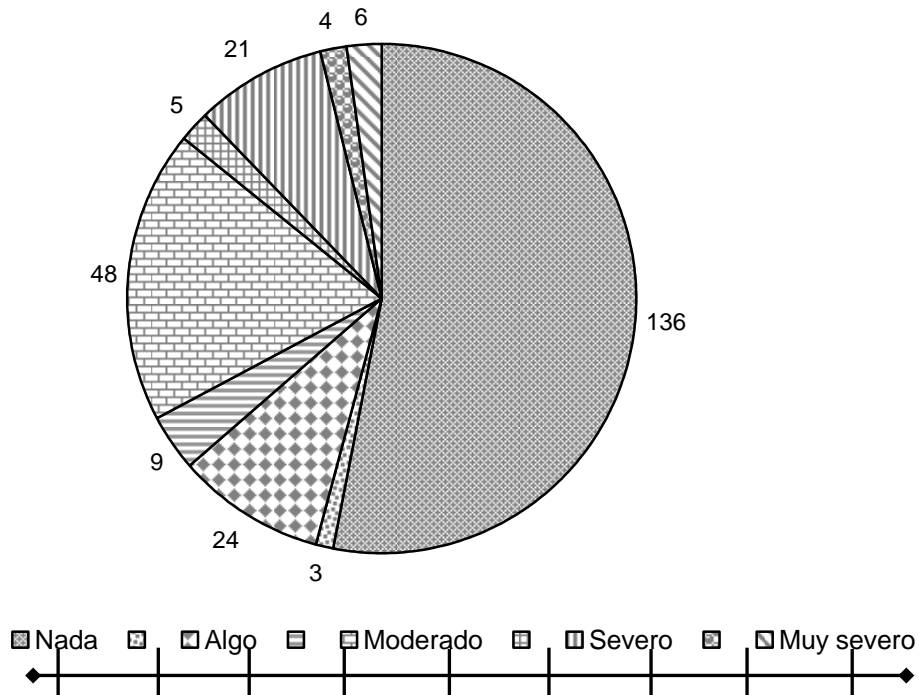


Siendo la tensión muscular y la irritabilidad las opciones que han molestado con mayor frecuencia, seguidas por el fatigarse fácilmente, dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido o sueño intranquilo, insatisfactorio; seguido en menor frecuencia por intranquilidad o sentirse excitado o nervioso y dificultad para concentrarse o tener la mente despejada.

8.- ¿Que tanto interfiere la preocupación y los síntomas físicos en su vida, trabajo, actividades sociales, familia, etc.?

Esta pregunta se compone por 9 opciones de respuesta que van del 0 al 8, según la intensidad de interferencia que causa la preocupación y los síntomas físicos en la vida diaria. A continuación se presenta el valor de cada opción de respuesta, la frecuencia en la figura 7.

**Figura 7: Frecuencias**

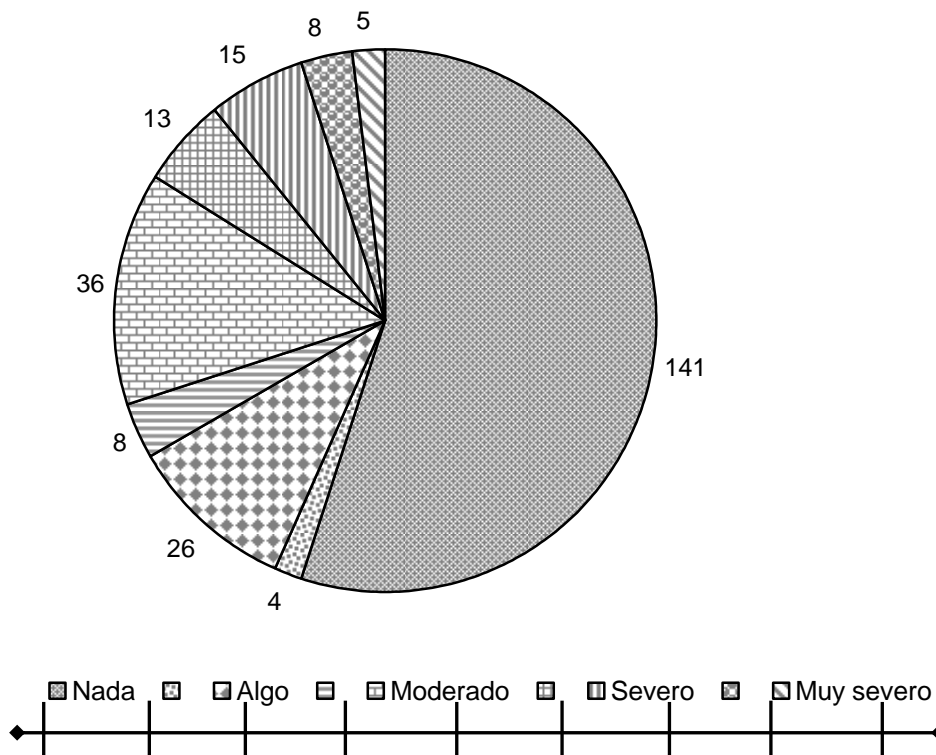


De acuerdo con los datos, para la mayoría de los sujetos no interfieren las preocupaciones y los síntomas físicos en su vida diaria. Con respecto a los que sí reportaron interferencia, la mayoría de ellos reportó un grado de interferencia moderado y en menor proporción en las opciones de severo, algo y muy severo.

9.- ¿Cuánto malestar le causan la preocupación y los síntomas físicos?

Al igual que la pregunta anterior, esta cuenta con 9 opciones de respuesta etiquetadas de la misma manera que en la pregunta 8, obteniendo las siguientes frecuencias que se muestran en la figura 8.

**Figura 8: Frecuencias**



Es de notarse que la mitad de los sujetos no reportó malestar, mientras que la otra mitad afirmó sentir malestar con mayor frecuencia en una intensidad moderada y menores en algo, severo y muy severo.

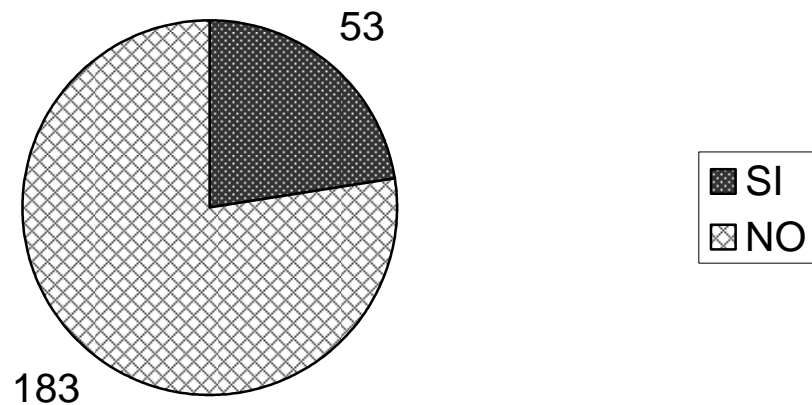
Con base en la descripción hecha tanto en el personal de salud, como en la población general se obtuvieron los siguientes resultados.

**Diferencia de frecuencias entre la población general y el personal del área de salud para el GAD-Q-IV**

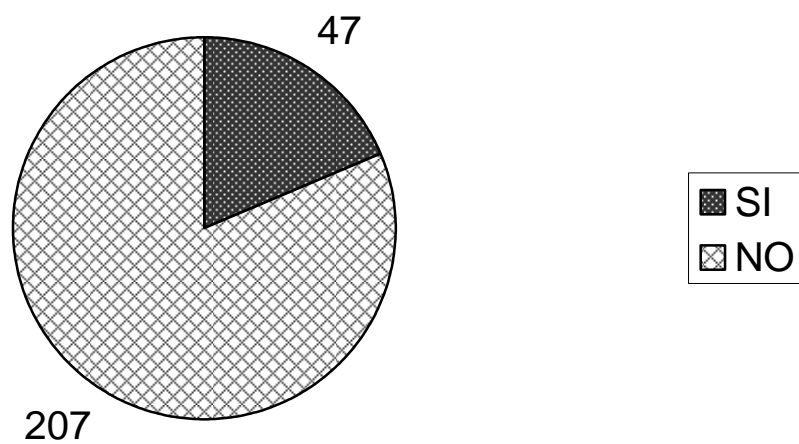
Cabe mencionar que en ambos grupos la diferencia en frecuencias por cada pregunta fue baja, sin embargo cabe destacar que se observaron cambios en la pregunta 2, ¿Su preocupación es excesiva en intensidad, frecuencia o cantidad

de incomodidad que le causa? tal como se muestra en la figura 9 para personal de salud y en la figura 10 para población general.

**Figura 9 : Frecuencias en la población del área de salud**



**Figura 10 : Frecuencias en la población general**

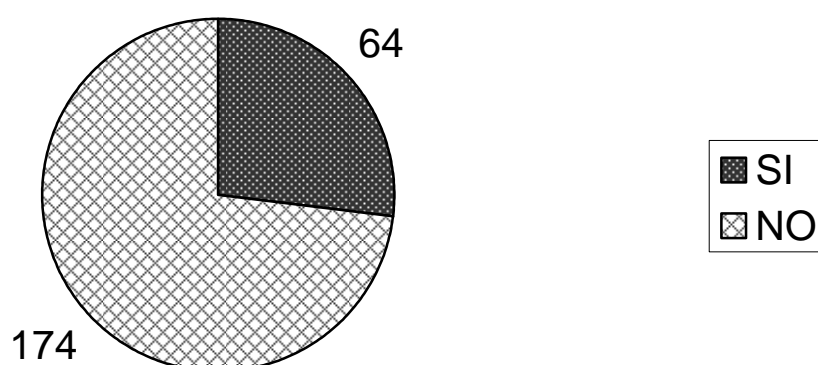


Obteniendo un mayor puntaje en su respuesta de “si” el personal de salud que la población general.

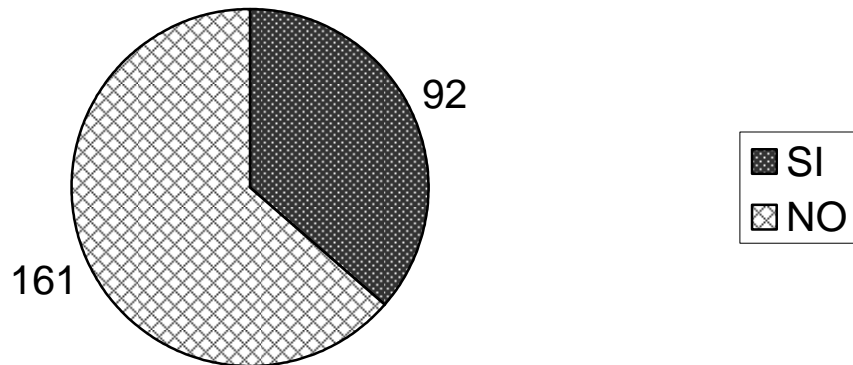


También se observaron cambios notables en la pregunta 4, ¿Se preocupa de manera excesiva e incontrolable por detalles pequeños tales como llegar tarde a una cita, pequeñas reparaciones, la tarea, etc.? tal como se observa en la figura 11 que muestra las frecuencias del personal del área de salud y la figura 12 muestra las frecuencias para la población general.

**Figura 11 : Frecuencias en la población del área de salud**



**Figura 12 : Frecuencias en la población general**



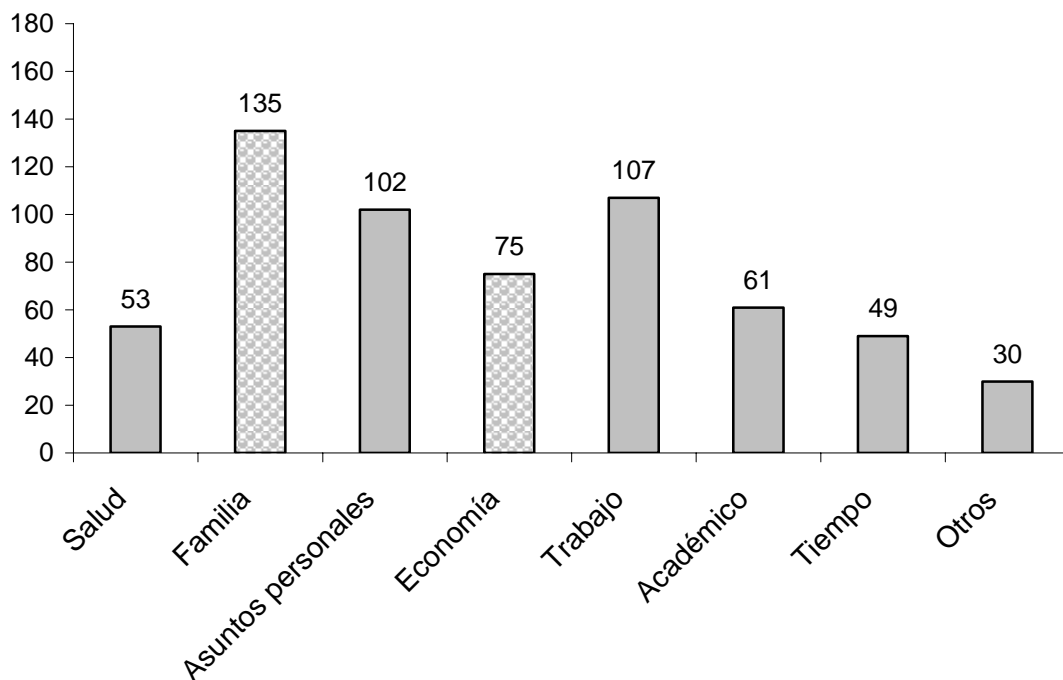
Se observó una diferencia de hasta 28 puntos más arriba en la población general que en personal de salud, mostrando una mayor tendencia para preocuparse por detalles pequeños.

En otra pregunta en la que hubo variaciones, fue la número 5, donde se le pidió a la gente que mencionara los temas por los que más se preocupaba.

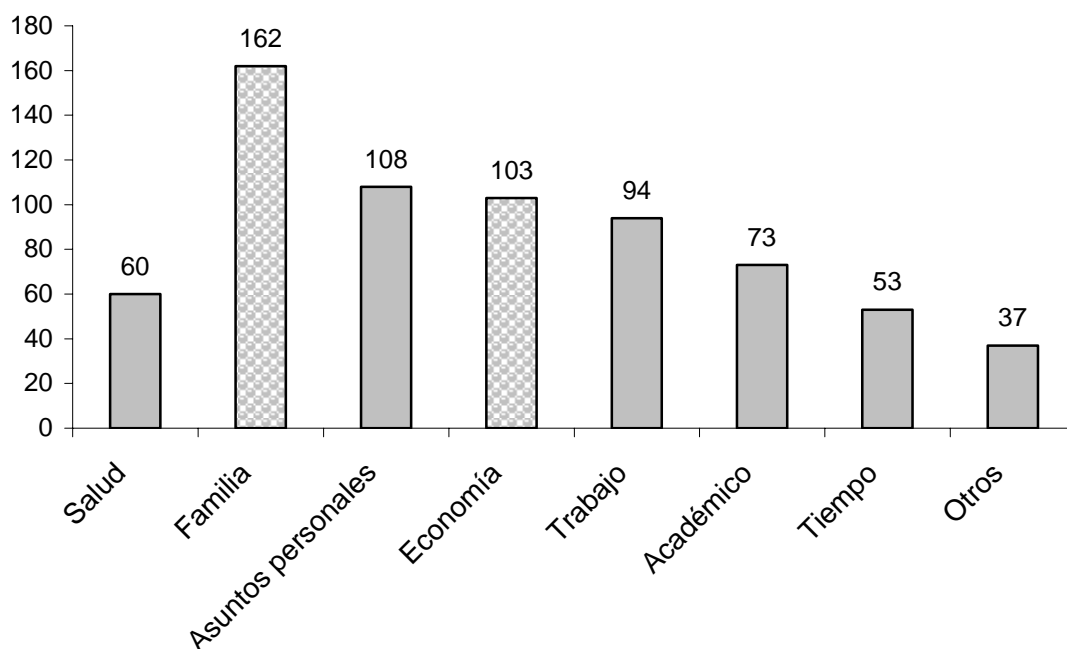
Se tomaron como referencia las frecuencias totales de las seis opciones de respuesta para ambos grupos como se puede observar en la figura 13 para la población del personal de salud y en la figura 14 para la población general.

En la categoría de la salud la diferencia en frecuencia entre los grupos fue de solo 7 puntos, sin embargo en la categoría de familia, hubo una diferencia de 27 puntos, siendo la población en general la que tuvo mayor frecuencia de preocupación en este tema.

**Figura 13 : Frecuencia total del personal de salud**



**Figura 14: Frecuencia total en población general.**



En asuntos personales hubo una diferencia de 6 puntos, siendo más alto en la población general. En la economía, la población general tuvo 28 puntos más que el personal de salud; en el trabajo el personal de salud superó por 13

puntos a la población general; en lo académico la población general registró 12 puntos más que el personal de salud, 4 en el tiempo y 7 en otros temas.

Siendo los temas de la familia y la economía donde hubo mayores diferencias en las frecuencias entre ambos grupos.

Por otro lado, en la pregunta 8, también se observaron algunas diferencias, como puede observarse en la tabla 5.

<b>Tabla 5:</b> Diferencias de frecuencias y porcentajes en la pregunta 8.				
RESPUESTA	PERSONAL DE SALUD		POBLACIÓN GENERAL	
	FR	PORCENTAJE	FR	PORCENTAJE
NADA	<b>117</b>	<b>47.8</b>	<b>136</b>	<b>53.1</b>
ALGO	22	9	24	9.4
MODERADO	<b>60</b>	<b>24.5</b>	<b>48</b>	<b>18.8</b>
SEVERO	21	8.6	21	8.2
MUY SEVERO	4	1.6	6	2.3

En esta pregunta se les pidió indicar el grado de interferencia que tenía la preocupación y los síntomas físicos en la vida diaria. Ambos grupos tuvieron diferencias principalmente en la respuesta de nada (0), donde el personal de salud tuvo valores menores que la población en general, sin embargo puntuó más alto en la opción de moderado (4).

En las otras opciones de respuesta, la diferencia que se encontró entre los grupos fue mínima.

Finalmente, en la pregunta 9, también hubo diferencias entre los grupos, tal como puede apreciarse en la tabla 6.

<b>Tabla 6:</b> Diferencias de frecuencias y porcentajes en la pregunta 9.				
RESPUESTA	PERSONAL DE SALUD		POBLACIÓN GENERAL	
	FR	PORCENTAJE	FR	PORCENTAJE
NADA	<b>120</b>	<b>49</b>	<b>141</b>	<b>55.1</b>
ALGO	23	9.4	26	10.2
MODERADO	<b>51</b>	<b>20.8</b>	<b>36</b>	<b>14.1</b>
SEVERO	18	7.3	15	5.9
MUY SEVERO	4	1.6	5	2

En dicha pregunta se les pidió indicar el grado de molestia que les provocaba la preocupación y los síntomas físicos. Al igual que en la pregunta 8, las respuestas donde hubo mayor diferencia fue en la de nada (0) donde los valores más altos los obtuvo la población general a diferencia de la opción de moderado (4), donde el personal de salud registró mayor puntaje que la población general.

En las otras opciones de respuesta, las diferencias entre los grupos fueron mínimas. En las preguntas restantes de este cuestionario (1, 2, 3, y 6) las diferencias en las frecuencias observadas entre los grupos fueron por muy pocos puntos, encontrándose más o menos en valores similares.

### **Resultados de la prueba t para muestras independientes en el GAD-Q-IV**

Por otro lado, aparte del análisis de frecuencias se realizó una prueba t para muestras independientes entre el grupo del personal de salud y el grupo que representó a la población general, considerando para tal fin un nivel de significancia al .05, obteniendo los resultados que se presentan en la tabla 7.

<b>Tabla 7:</b> Resultados de la prueba t para muestras independientes		
PREGUNTA	t	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
¿Experimenta usted preocupación excesiva?	-280	.780

¿Su preocupación es excesiva en intensidad, frecuencia o cantidad de incomodidad que le causa?	- 2.127	.034
¿Le es difícil controlar su preocupación (o dejar de preocuparse) una vez que está comiienza?	-.855	.393
¿Se preocupa de manera excesiva e incontrolable por detalles pequeños tales como llegar tarde a una cita, pequeñas reparaciones, la tarea, etc.?	1.393	.164
Por favor enliste los temas más frecuentes por los que se preocupa de manera excesiva e incontrolable.	-	
Opción A	1.644	.101
Opción B	-.372	.710
Opción C	-	
Opción D	1.463	.144
Opción E	.253	.801
Opción F	.224	.822
¿Durante los últimos seis meses le han molestado excesivamente preocupaciones incontrolables la mayoría de los días?	-.062	.951
¿Durante los últimos seis meses, le ha molestado algunos de los siguientes síntomas?	-	
Opción A	1.412	.159
Opción B	.805	.421
Opción C	-.171	.864
Opción D	.688	.492
Opción E	-.810	.418
Opción F	.241	.810
¿Que tanto interfiere la preocupación y los síntomas físicos en su vida, trabajo, actividades sociales, familia, etc.?	.910	.363
¿Cuánto malestar le causan la preocupación y los síntomas físicos?	.922	.357
	.871	.384

Por lo tanto se considera que no hubo diferencias significativas entre el personal de salud y la población general en cuanto a la incidencia de ansiedad generalizada, con base en los resultados observados en la tabla 7, excepto en la pregunta 2 ¿Su preocupación es excesiva en intensidad, frecuencia o cantidad de incomodidad que le causa? Donde si hubo diferencias significativas entre los grupos.

## DISCUSIÓN

Los resultados que se obtuvieron para corroborar el trabajo psicométrico del PSWQ y del GAD-Q-IV reflejan, por un lado, que el PSWQ es un instrumento válido y confiable para su empleo en el personal del área de salud del DF, en este sentido, cabe mencionar que los valores obtenidos para la capacidad discriminativa de los reactivos y el coeficiente alfa para la consistencia interna de los reactivos en la población del personal del área de salud, fueron muy similares a los obtenidos en poblaciones de adolescentes, jóvenes y adultos del DF por Rangel (2007), Salmerón (2007) y Bernardo (2007), respectivamente. Por lo que se confirmó que, efectivamente, el PSWQ es un instrumento válido para la población mexicana que radica en el DF. Queda claro que, a pesar de que hubo tres reactivos (8, 10 y 11) que no cumplieron con el nivel de significancia establecido, no se volvió a aplicar el cuestionario para calcular nuevamente la capacidad discriminativa de dichos reactivos, puesto que ese trabajo ya no corresponde a la presente investigación. Cabe indicar que el hecho de que esos tres reactivos no hayan cumplido con las exigencias del análisis estadístico, puede atribuirse al tamaño de la muestra empleado en esta investigación, pues en este caso se incluyeron 245 sujetos, mientras que en los estudios anteriores las muestras se integraron por 500 sujetos, por lo que muy probablemente, en una muestra más grande puedan cubrirse las exigencias para todos los reactivos para la capacidad discriminativa de los mismos. También es importante mencionar que, el trabajo psicométrico se hizo solamente en el grupo del personal del área de salud, dado que los estudios de Rangel (2007), Salmerón (2007) y Bernardo (2007) indican que el PSWQ es un instrumento válido en la población del DF de acuerdo a un rango de edades sin precisar otras características de la población, similar a la muestra empleada en

este estudio que constituyó la población general, dando por hecho que el instrumento ya es válido para este tipo de población, pero el análisis se realizó para asegurar que el instrumento podía emplearse específicamente para población que labora dentro del área de salud. Por lo tanto, en relación al PSWQ, se encontró, al igual que Meyer, Miller, Mertzger y Borkovec (1990) que es un instrumento de auto reporte considerado psicométricamente con buena validez y alta consistencia interna para evaluar el rasgo de preocupación.

Por otro lado, en relación al trabajo psicométrico realizado para el GAD-Q-IV, al igual que Rangel (2007), Salmerón (2007) y Bernardo (2007), se encontraron algunas inconsistencias en las frecuencias de las preguntas 7, 8 y 9 en relación a la pregunta 6. Dichas inconsistencias pueden atribuirse a las características de la pregunta 6, pues en ésta se especifica que si la respuesta es "sí" se continua contestando el cuestionario, pero si la respuesta es "no" se da por terminada la prueba. A pesar de estas instrucciones hubo personas que aunque su respuesta fue "no" continuaron contestando el cuestionario, lo que no permitió dar la continuidad apropiada a la prueba, sin embargo tales respuestas también se consideraron dentro del análisis, ya que proporcionaron información sobre las molestias físicas experimentadas por la gente, independientemente de la presencia o ausencia de TAG. Esta misma situación la reportó Newman (2002) donde se provocó una alteración en los puntajes obtenidos en el GAD-Q-IV debido a la estructura de la pregunta 6. Sin embargo, se considera que es una prueba capaz de discriminar la presencia o la ausencia del TAG, pero no precisa severidad, pues las preguntas destinadas a evaluar dicha característica (7, 8 y 9) mostraron resultados inconsistentes por las características ya mencionadas de la pregunta 6.



En relación a los resultados obtenidos para explorar si había diferencias en la preocupación y ansiedad generalizada entre el personal del área de salud y la población general, los resultados de la prueba t para muestras independientes del PSWQ indicaron que no hubo diferencias entre el personal del área de salud y la población general en cuanto al grado de preocupación que experimentan, excepto en la pregunta 2 del GAD-Q-IV ¿Su preocupación es excesiva en intensidad, frecuencia o cantidad de incomodidad que le causa? Donde el grupo del personal del área de salud mostró puntajes mayores que la población general, lo que sugiere que este tipo de población experimenta más preocupación en cuanto a su intensidad, frecuencia o cantidad de incomodidad que les causa, lo cual, puede atribuirse a las características de su trabajo que involucra factores físicos, mentales y sociales, además del contacto frecuente con los pacientes y la familia de los mismos, además de las responsabilidades con los mismos. Por otro lado, los resultados del GAD-Q-IV con respecto a las diferencias en el TAG entre los grupos, cabe mencionar que a pesar de la comparación que se hizo a partir del análisis de frecuencias reflejó variaciones en las preguntas ¿Su preocupación es excesiva en intensidad, frecuencia o cantidad de incomodidad que le causa?, ¿Se preocupa de manera excesiva e incontrolable por detalles pequeños?, Las situaciones preocupantes reportadas, ¿Qué tanto interfieren la preocupación y los síntomas físicos en su vida? y ¿Cuánto malestar le causan la preocupación y los síntomas físicos?, los resultados de la prueba t para muestras independientes del GAD-Q-IV reflejó que tampoco hay diferencias entre los grupos en cuanto a la incidencia del TAG.

Con respecto a los temas que se reportaron como preocupantes con mayor frecuencia en ambos grupos de la presente investigación, al igual que Diefenbach, Stanley y Beck (2001) se encontró a la familia, asuntos personales, trabajo, economía, salud y asuntos académicos y de manera similar a lo encontrado por Street (1997) en población hispana residente en Nueva York, donde los temas más frecuentes fueron la familia, economía, trabajo, escuela y salud. Cabe mencionar los resultados obtenidos por Salmerón (2007) en jóvenes de la ciudad de México, donde asuntos personales, familia, cuestiones académicas y el trabajo, fueron los temas más comunes, mientras que Bernardo (2007) en adultos del DF reportó a la familia, la economía, el trabajo y el tiempo como los más frecuentes.

Cabe mencionar que la comparación hecha entre ambos tipos de población mexicana constituyó un estudio exploratorio y que por lo tanto, no hay estudios con las mismas características hechos en población del DF para contrastar lo encontrado, pero marca una pauta para continuar con investigaciones en este tipo de población. Finalmente, cabe resaltar que para la realización del estudio, en relación al trabajo psicométrico aplicado a las pruebas, se limitó a la estadística empleada al igual que en los estudios de Rangel (2007), Salmerón (2007) y Bernardo (2007) ya que forma parte del proyecto de Construcción Psicométrica de Instrumentos de Medición del TAG en población mexicana, además, tampoco se hizo una comparación en cuanto a edades ni género puesto que en ambas muestras predominó el género femenino. Por lo tanto, el seguimiento que puede darse para las propiedades psicométricas de los instrumentos es la estandarización de los mismos, así como la validez concurrente, validez test-retest y asegurarse que son instrumentos que son

útiles para la evaluación del tratamiento para el TAG en población mexicana, por tales motivos, debido al trabajo psicométrico que está por realizarse con las escalas, no se incluyeron los instrumentos, pues no son las versiones finales.

En cuanto a la investigación en el personal del área de la salud, sabiendo que es una población que frecuentemente padece de trastornos de ansiedad y estrés por las características de su trabajo, valdría la pena la implementación de un programa sobre el manejo de estrés y ansiedad específicamente en ambientes hospitalarios y evaluar si dichos programas causan algún efecto benéfico en cuanto a la realización de su trabajo, satisfacción laboral y calidad de vida. También sería conveniente utilizar una muestra equitativa en género para hacer una comparación entre ellos, además de utilizar una muestra más grande. Pudiendo hacer una comparación entre el personal de las diferentes áreas hospitalarias para saber si en alguna de ellas la ansiedad experimentada es mayor en alguna de ellas. Del mismo modo, valdría la pena considerar el perfil de personalidad del personal de salud, tanto de médicos, paramédicos y enfermeras, pues la ansiedad también podría explicarse como un rasgo de personalidad característico de este tipo de población.

## BIBLIOGRAFÍA

Aguado, M. (2006). Enfermedad de Alzheimer y ansiedad. Disponible en (<http://www.infodoc.com>).

Angst, J.; Vollrath, M. (1991) The Natural History of Anxiety Disorders. Acta Psychiatr Scand Vol. 84, pp. 446-452.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington.

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision. Washington.

Arntz, A.; Hildebrand, M.; Van Den Hout, M. (1994) Overprediction of Anxiety, and Disconfirmatory Processes in Anxiety Disorders. Behaviour Research and Therapy. Vol. 32, No. 7, pp. 709-722.

Barlow, D.; Rapee, R.; Brown, T. (1992) Behavioral Treatment of Generalized Anxiety Disorder. Behavior Therapy. Vol. 23 pp. 551-570.

Beck, A.; Brown, G.; Steer, R.; Eidelson, J.; Riskind, J. (1987) Differentiating Anxiety and Depression: A test of the cognitive content.-Specificity Hypothesis. Abnormal Psychology. Vol. 86, No. 3, pp. 179-183.

Beck, A.; Emery, G. (1985) Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective. USA: A Member of the Perseus Books Group.

Bestard, J; Larduet, O. (1998) Salud Mental y su Relación con el Estrés en las Enfermeras de un Hospital Psiquiátrico. Medisan, Vol. 2, pp. 6-11.

Bobes J.; Bousoño, M.; Portilla, M.; Sáiz, P. (2002). Trastorno de Ansiedad Generalizada. Barcelona: Ed. Ars Medica.

Borkovec, T. (1985) What's the use of Worrying? Disponible en <http://www.findarticles.com>

Borkovec, T; Alcaine, O.; Behar, E. (2004) Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder. Heimberg, R.; Turk, C.; Mennin, D. (Editores) Generalized Anxiety Disorder. Advances in Research and Practice, pp. 77-103. New York: The Guilford Press.

Borkovec, T.; Hazlett-Stevens, H.; Diaz, M. (1999) The Role of Positive Beliefs About Worry in Generalized Anxiety Disorder and its Treatment. Clinical Psychology and Psychotherapy. Vol. 6, pp. 126-138.

Borkovec, T.; Inz, Jonathan (1989) The Nature of Worry in Generalized Anxiety Disorder: A Predominance of Thought Activity. Behavior Research and Therapy. Vol. 28, No. 2, pp. 153-158.

Borkovec, T. (2005) Cognitive Behavioral Treatment of Generalized Anxiety Disorder With Integrations of Interpersonal and Experiential Therapies. Disponible en <http://www.gacbp.com>

Borkovec, T.; Newman, M.; Pincus, A. (2002). A Component Analysis of Cognitive- Behavioral Therapy for Generalized Anxiety and the Role of Interpersonal Problems. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 70, No. 2, pp. 288-298.

Butler, G.; Cullington, A.; Hibbert, G.; Klimes, I.; Gelder, M. (1987). Anxiety Management for Persistent Generalized Anxiety. British Journal of Psychiatry. Vol. 151, pp. 535-542.

Caballo, V.; Buelacasal, G.; Carboles, J. (1995) Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol. 1 Fundamentos Conceptuales: Trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos. España: Siglo Veintiuno Editores.

Caballo, V. (2002) Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1. España: Ed. Siglo Veintiuno.

Carrasco, J.; Saiz J. (1990). Neuropeptidos y ansiedad. Revista de Psiquiatría Pág. 303-312

Calle, R. (1990) Ante la ansiedad. Técnicas de autoayuda para superar la angustia y el estrés. 3ª Ed. Barcelona: Ed. Urano.

Chambless, D.; Gillis, M., (1993). Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 61, No. 2, pp. 248-260

Chen, Ch.; Wu, H.; Yang, P.; Yen, Ch. (2005) Psychological Distress of Nurses in Taiwan Who Worked During the Outbreak of SARS. Disponible en <http://ps.psychiatryonline.org>

Contreras, C. (2003). El estudio experimental de la ansiedad y la depresión Ciencia. abril-junio, pp, 29-39

Corsi, M. (2003) El electroencefalograma y la ansiedad: diferencias sexuales. Ciencia, abril-junio, pp. 40-51

Coyle, J. (2000) A Nonlinear Dynamical Theory of Generalized Anxiety Disorder. Disponible en <http://www.josephcoyle.com>

Craske, M.; Gatz, M.; Wetherell, J. (2003) Treatment of Generalized Anxiety Disorder in Older Adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 71, No. 1, pp. 31-40.

Daraiseh, N.; Genaidy, A.; Karwowski, W.; Davis, L.; Stambough, J. Y. Huston, R. (2003) Musculoskeletal Outcomes in Multiple Body Regions and Work Effects Among Nurses: the Effects of Stressful and Stimulating Working Conditions. Ergonomics Vol. 46, No. 12, pp. 1178-1199.

Diefenbach, G.; Stanley, M.; Beck, J. (2001). Worry Content Reported by Older Adults With and Without Generalized Anxiety Disorder. Aging Mental Health. 5 (3):269-274.

Eriksen, W.; Tambs, K.; Knardani, S. (2006) Work factors and Psychological Distress in Nurses' aides: a Prospective Cohort Study. Disponible en [www.biomedcentral.com](http://www.biomedcentral.com)

Freud, S. (1986) Textos Fundamentales del psicoanálisis. España: Ed. Altaza.

Goldman, H. (1996) Psiquiatría General. Cuarta edición. México: Ed. Manual Moderno.

Goleman, D. (1995) La inteligencia emocional. México: Javier Vergara editor.

Harvard Mental Health Letter (2003) Generalized anxiety disorder: Toxic worry. January, Vol. 19, No. 7.

Heinze, G.; Escalante, C.; (1999) The Coexistence of Depression and Anxiety: Task Force for Depresión and Anxiety Disorders. Salud Mental. Vol. 22, No. 3, pp. 1-4.

Heinze, G. (2003) La ansiedad: cómo se la concibe actualmente. Ciencia, abril-junio, pp. 8-15

Hoffer, W. (1988) Get worrying under control. Marzo, disponible en <http://www.findarticles.com>

Hollander, E.; Simeon, D. (2004). Guía de Trastornos de Ansiedad. Madrid: Ed Elsevier.

Horacio, A. (2003) La ansiedad y sus trastornos. Buenos Aires: Ed. Polemos.

Kaplan, H. Sadock, B. (2002) Sinopsis de Psiquiatría. 8ª ed. México: Ed. Medica Panamericana.

Kushner, M. (1990) The relation Between Alcohol Problems and the Anxiety Disorders. Journal of Psychiatry. June, 147; 6

Linford, W. (1974). Factores de ansiedad en la asistencia global al enfermo. Países Bajos: Ed: Excerpta Médica

López, L. (1996) Anatomía Funcional del Sistema Nervioso. México: Editorial Limusa.

Luengo, D. (2005) "La ansiedad al descubierto. Como comprenderla y hacerle frente". España: Ed. Paidós

Luengo, D. (2003) Vencer la ansiedad. Una guía práctica para pacientes y terapeutas. España: Ed. Paidós.

Lyonfields, J.; Borkovec T.; Thayer, J. (1995) Vagal Tone in General Anxiety Disorder and the Effects of Aversive Imagery and Worrying Thinking. Behavior Therapy, Vol. 26, pp. 457-466.

Mardomingo, M. (2001) Características Clínicas de los Trastornos de Ansiedad. Revista Pediatría de Atención Primaria. Vol. 3, No. 10, abril-junio, pp. 237-247.

Martín, J. (1999). Angustia y Ansiedad; causas, síntomas y tratamiento. Madrid: Ed. Pirámide.

Masaoka, Y.; Hirasawa K.; Yamane, F.; Hori T.; Homma, I. (2003) Effects of left amygdala lesions on respiration, skin conductance, Heart rate, anxiety, and activity of the right amygdala during anticipation of negative stimulus. Behavior Modification. Vol. 27, No. 5, pp. 607-619.

Mathews, A. (1990). Why Worry? The Cognitive Function of Anxiety. Behavior Research and Therapy, Vol. 28, No. 6, pp. 455-468.

Meyer, T.; Miller, M.; Metzger, L.; Borkovec, T. (1990) Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behavior Research and Therapy, Vol. 28, No. 6, pp. 487-495.

Morales, A.; Torres, C.; Megias, J. (1992) Sistemas Neuronales de Relevancia en el Contexto de la Psicobiología de la Ansiedad: Una Revisión. Estudios de Psicología pp. 115-127.

Murin, P. (2002) Treatment of Childhood Anxiety Disorder: a Preliminary Comparison Between Cognitive-Behaviour. Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry. Vol. 33 Pag. 143-188.

Nathan, P.; Gorman, J.; Salkind, N. (1999) Tratamiento de trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funcionan. España: Alianza Editorial.

Newman, M.; Borkovec, T. (1995) Cognitive-Behavioral Treatment of generalized Anxiety Disorder. Disponible en <http://www.apa.org>

Newman, M.; Zuellig, A.; Kachin, K.; Constantino, M.; Prezeworski, A.; Erickson, T.; y Cashman-McGrath, L. (2002). Preliminary Reliability and Validity on the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: A Revised Self-Report Diagnostic Measure of Generalized Anxiety Disorder. Behavior Therapy, Vol. 33, pp. 215-233.

O'Brien, M. (1993) Multiple Sclerosis: Stressors and coping Strategies in Spousal Caregivers. Journal of Community Health Nursing, Vol. 10, No. 3, pp. 125-135.

Ontiveros, A. (1993) Crisis de angustia provocadas: agentes evocadores e hipótesis fisiopatológicas.

Ortiz-Tallo, M. (1997) Trastornos psicológicos. Málaga: Ed. Aljibe

Pérez, M. (2003) Donde y cómo se produce la ansiedad: sus bases biológicas. Ciencia, abril-junio, pp. 16-28.

Pérez, M.; Irvarrizaga, I.; Camuñas, N. Prevención y control del estrés en el ámbito hospitalario. I Congreso Virtual de Psiquiatría, 1 de Febrero-15 de Marzo, 2000. Conferencia 28-CI-C: Disponible en [http://www.psiquiatría.com/congreso/mesas/mesa28/conferencias/28\\_ci\\_c.htm](http://www.psiquiatría.com/congreso/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_c.htm)

Powell, T.; Enright, S. (1990) Anxiety and Stress Management. New York: Routledge.

Rascón, M. (1994) Trastornos de ansiedad y depresión asociado con el consumo de bebidas alcohólicas. La psicología Social en México. Vol. 5, pp. 345-350.

Richards, T. (2006) What is Generalized Anxiety Disorder? Disponible en <http://www.anxietynetwork.com>

Robles, R.; Varela, R.; Jurado, S.; Páez, S. (2001) Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck. Propiedades psicométricas. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 18, No. 2, pp. 211-218.

Roca, M. (2002) Trastornos Neuróticos. España: Ars Médica.

Rojas, E. (2002) La ansiedad: Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones". Tercera reimpresión. México: Ed. Planeta Mexicana.

Sexton, B.; Thomas, E.; Helmrich, R. (2000) Error, Stress and Teamwork in Medicine and Aviation: Cross Sectional Surveys. Disponible en <http://bmj.com>



Stanley M.; Beck, A.; Gayle J. (2003). Cognitive- Behavioral Treatment of Late- Life Generalized Anxiety Disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 71, No. 2, pp. 309-319.

Stein, D.; Hollander, E., (2004). Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Ed. Ars Medica.

Stober J.; Borkovec T. (2002). Reduced Concreteness of Worry in Generalized Anxiety Disorder: Findings From a Therapy Study. Cognitive Therapy and Research, vol. 26, No. 1. pp. 89-96.

Street, L.; Salman, E.; Garfinkle, R.; Silvestri, J.; Carrasco, J.; Cárdenas, D.; Zinbarg, R.; Barlow, D; Liebowitz, M. (1997) Discriminating Between Generalized Anxiety Disorder and Anxiety Disorder not Otherwise Specified in a Hispanic Population: is it Only a Matter of Worry? Depression and Anxiety, Vol. 5, pp. 1-6.

Téllez, A. (2001) Niveles de estrés y ansiedad en personal médico, paramédico y de enfermería de la Cruz Roja Mexicana. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.

Vallejo, J.; Gastó, C. (2000) Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión. España: Ed.Masson.

Vera, P.; Buela, G. (2000). Relaciones entre ansiedad y estilo atributivo. Revista mexicana de psicología, Vol. 17, No. 2, pp. 137-142.

Vila, J. (1996) Una Introducción a la Psicofisiología Clínica. Madrid: Ed. Pirámide, S.A.

Wells, A. (1999) A Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder. Behavior Modification. Vol. 23 No. 4 pp. 526-595

Wells, A. (2005) The Metacognitive Model of GAD: Assessment of Meta-Worry and Relationship with DSM-IV Generalized Anxiety Disorder. Cognitive Therapy and Research, Vol. 29, No. 1 pp. 107-121

Zebb, B.; Beck, G., (1998). Worry Versus Anxiety is There Really a Difference? Behavior Modification, Vol. 22, No. 1, pp. 45-61.

Zvolensky, M.; Lejuez, C.; Eifert, G. (2000) Prediction and control: operational definition for the experimental analysis of anxiety. Behaviour Research and therapy Vol. 38 pp. 653-663.