



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS

**ADAPTACIÓN DE DOS ESCALAS DE
PREOCUPACIÓN PARA ADOLESCENTES
DEL D.F.**

ADRIANA GABINA RANGEL MENDIETA

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

**ESTÁ 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

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis esta dedicada a cada una de las personas que me acompañaron a lo largo de esta travesía, pero en especial a un ser mágico que llego a mi vida para cambiarla de manera radical, a mi hija Angelica.

Quiero agradecerle a mi hija por ser el ángel que llego a mi vida a pesar de todo, por ser el motor que me impulsa a continuar y ser mejor cada día.

Agradezco a mi padre (Alfonso Rangel) por su confianza y apoyo incondicional en mi proyecto de vida, a mi madre (Isaura Mendieta) por cada una de sus palabras de aliento y consejos dados para hacer de mi una persona mejor cada día, a mi esposo (Miguel Páez) por ser parte fundamental de mi vida, por su amor, comprensión, ternura y apoyo en cada momento. Los amo.

Agradezco a mi abuelo que desde el cielo me envía sus bendiciones, dándome la luz y la fuerza para seguir con mis sueños y proyectos, a mi abuela que siempre a estado ahí para apoyarme sin pedir nada a cambio.

Agradezco a cada uno de mis hermanos por su confianza en mi, por su apoyo, pero sobre todo por estar a mi lado, los quiero mucho Gris, Alfonso, Erika y Mony.

Agradezco a otros cuatro angelitos que inyectaron alegría en mi vida a su llegada con nosotros, mis sobrinas: Fania, Monserrat, Daniela y Fernanda.

También quiero agradecer a mis amigas, a esas personitas que me hicieron aprender el significado real de la amistad, que me apoyaron, se preocuparon por mi, soportaron mis berrinches, alegrías y tristezas, que hicieron menos pesadas las horas de clase y de trabajo, y que han estado conmigo cuando mas las he necesitado. Gracias Estela, Andro, Elisa, Jaky, Jessy, Jose, Judith y Gaby.

No se me olvida darle las gracias a la persona que me dio la oportunidad y todas las facilidades para realizar mi tesis, gracias al Doctor Samuel Jurado Cárdenas por darme esta oportunidad y por ser la persona tan linda u amable que es.

Y finalmente pero no menos importante, doy gracias a Dios por iluminarme y dejarme cumplir mi sueño.....

Muchas gracias a todos....

Atentamente: Adriana Gabina Rangel Mendieta.

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2

CAPITULO 1.

Ansiedad	4
El Miedo y la Ansiedad.....	6
Definiciones.....	9
Clasificación y sintomatología de los trastornos de ansiedad.....	11
Origen de los trastornos de Ansiedad.....	13
Epidemiología.....	17
Diferencias Sexuales en la Respuesta de Ansiedad.....	18
Ansiedad en niños y adolescentes.....	20
Comorbidad con la ansiedad.....	21
Ansiedad y depresión.....	21
Ansiedad y Alcoholismo.....	23
Diagnostico.....	24
Tratamiento.....	25

CAPITULO 2

Ansiedad Generalizada.....	26
Ansiedad Generalizada en niños y adolescentes.....	29
Preocupación.....	30
Preocupación en adolescentes.....	35
Técnicas para el control de la Preocupación.....	36
Etiopatogenía.....	38
Descripción clínica.....	49
Epidemiología.....	50
Diagnostico.....	51
Diagnostico en Adolescentes y niños.....	54
Diagnostico diferencial.....	55
Instrumentos de Evaluación.....	59
Tratamiento.....	60

Planteamiento del Problema.....	70
Justificación.....	70

METODO

Hipótesis.....	72
Variables.....	72
Diseño.....	73
Muestreo.....	73

Sujetos.....	73
Instrumentos.....	74
Procedimiento.....	74
Resultados.....	75
Discusión y/o Conclusión.....	90
Bibliografía.....	94

RESUMEN

Este proyecto tiene como finalidad realizar la validación de dos escalas de Preocupación en adolescentes residentes del Distrito Federal con la finalidad de contar con nuevos instrumentos que permitan un diagnóstico adecuado para el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Estas dos escalas son: La Escala de preocupación de Pensilvania (PSWQ) y la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-QIV) . Con el propósito de realizar esta validación se realizó una prueba T y un alfa de Cronbach para la primera escala y para la segunda se corrió un análisis de frecuencias y de contenidos, lo primero con la intención de conocer el carácter discriminativo de cada uno de los reactivos de esta escala así como su nivel de significancia. En el caso de la segunda escala se pretendió encontrar los temas por los que más se preocupa esta población así como la frecuencia con la que siente preocupación.

Los resultados encontrados arrojaron que en el caso del PSWQ los reactivos 1 y 10 no cuentan con una capacidad discriminativa adecuada y el alfa de Cronbach total fue $\alpha = .70$, mientras que para el GAD-QIV solo el 18.2% reportó haber sentido preocupación excesiva y siendo el tema de mayor preocupación para los adolescentes lo relacionado con aspectos Académicos.

Concluyendo así que estas dos escalas pueden ser de mucha utilidad en el diagnóstico y por ende en el tratamiento de TAG en la población adolescente.

INTRODUCCIÓN

El ser humano es dentro de todos los seres vivos uno de los más complejos debido primero que nada a sus características fisiológicas, tales como un cerebro sumamente avanzado, su dedo pulgar en forma de pinza que le permite manipular objetos hábilmente, su caminar en dos pies, etc., pero además de esto posee otras diferencias de carácter social lo cual le permite desenvolverse de manera adecuada en diversos ambientes.

Esta sociedad es la responsable de establecer normas y principios que permiten una convivencia adecuada, pero también es la responsable de la existencia de múltiples eventos y fenómenos que dan origen a numerosas patologías que complican el desempeño de las personas que lo padecen. Ejemplo de esto es un trastorno que cada vez es más común y con un impacto muy importante sobre la vida de las personas; el Trastorno de Ansiedad (Coon, 2001; Corsi, 2003).

El trastorno de ansiedad no es algo nuevo para los seres humanos, ya que desde la época de Darwin ésta ha sido reconocida como un mecanismo adaptativo, como el resultado de conductas defensivas ante alguna amenaza que atenta contra la integridad del individuo, aunque también es concebida como una entidad clínica capaz de provocar alteraciones tanto psíquicas como somáticas.

A pesar de que todos hemos sentido o experimentado ansiedad se sabe poco a cerca de ella, pues la ansiedad es un término médico reciente ya que se incorporó como enfermedad mental aproximadamente en el siglo

XVIII, con lo cual se establecía una distinción entre las reacciones normales de la gente ante fenómenos cotidianos como un fracaso sentimental, problemas económicos, etc. y una patología (Contreras,2003; Heinze, 2003).

Se conoce poco acerca de las posibles causas de origen de estos padecimientos, y a pesar de contar con cuadros diagnósticos y múltiples alternativas de tratamiento este trastorno avanza con rapidez atacando a todas las clases sociales sin importar sexo o edad, ya que en la actualidad se reporta que cada vez mas niños y adolescentes padecen de este trastorno.

CAPITULO 1

ANSIEDAD

La ansiedad parece derivarse de un mecanismo subyacente más básico, que es el miedo, que es concebido como una respuesta adaptativa ante una situación de peligro, lo cual conlleva a la supervivencia, ya que aumenta la actividad, permitiéndole al individuo el ataque o la huida. El miedo es la reacción cognitiva inmediata, pero cuando no es posible alejarse o dominar al estímulo amenazador, el tono afectivo es de larga duración; tanto que puede convertirse en permanente, acompañado de una sensación de peligro y de falta de control. Los indicadores psíquicos y fisiológicos de la ansiedad son semejantes a la respuesta emocional del miedo (Corsi, 2003; Vallejo, 2000).

El miedo y la ansiedad pueden ser provocados por estímulos reales del medio ambiente, pero también por la evaluación que se hace de la situación, en la que entran en juego la subjetividad, las experiencias previas o recuerdos, y las predicciones que el cerebro hace a partir de un modelo de la realidad construida por el mismo. Por tanto, la ansiedad puede ser adecuada a la situación que se está viviendo o tornarse inadecuada o patológica, cuando la evaluación no corresponde con la realidad. Y esta evaluación errónea, tiene como consecuencia una respuesta que puede ser también inadecuada, es decir, la sobreestimulación debida a la ansiedad de los sistemas fisiológicos involucrados en la respuesta emocional del miedo, puede provocar alteraciones en ellos, como las llamadas enfermedades psicósomáticas, que incluyen úlceras, diarreas, trastornos de la alimentación,

problemas cardiovasculares, alteraciones de la conducta y trastornos afectivos como la depresión (Linford, 1974).

Como observamos la ansiedad es un fenómeno cotidiano en la vida del ser humano, pero no siempre es normal, por ello la importancia de establecer una distinción entre lo que es una ansiedad normal de aquella que es una ansiedad patológica:

- *ANSIEDAD NORMAL*: aquella que no atenta contra la integridad personal, es decir ayuda a resolver problemas de la vida es controlable y lógica, además desempeña una función adaptativa.
- *ANSIEDAD PATOLOGICA*: es aquella de tal frecuencia, gravedad o duración que puede llegar a comprometer el bienestar o la eficiencia de la persona, además de ser inútil, excesiva, inapropiada (Martín, 1999).

En resumen la ansiedad es diferente al miedo a un peligro o amenaza real, y puede servir para la adaptación a la vida. Pero es evidente que cuando la ansiedad es una respuesta a algo que nos sucede, el hecho de sentirla supone que nos interesamos y movilizamos nuestros recursos, esta es una ansiedad normal, Cuando por el contrario la ansiedad más que ayudar, dificulta el rendimiento empieza una patología, pues provoca sufrimiento.

Para fines de este trabajo nos enfocaremos en la descripción del fenómeno de la ansiedad como una patología, ya que este fenómeno va en aumento y cada vez tiene muchas más vertientes afectando incluso a niños.

EL MIEDO Y LA ANSIEDAD

Las emociones en general, y el miedo y la ansiedad en particular, a pesar de ser una experiencia universal, no han alcanzado, debido a su complejidad, una definición científica única. Para poder investigar las emociones experimental y objetivamente, se han distinguido por lo menos tres componentes: uno relacionado con la respuesta emocional o conducta, que incluye manifestaciones motoras y cambios en los sistemas fisiológicos, especialmente en el sistema nervioso autónomo y el endocrino (hormonal).

Otro componente visible se ha relacionado con la comunicación de las emociones, que incluye desde el lenguaje, las vocalizaciones y la entonación o prosodia, hasta las expresiones faciales y posturales o lenguaje corporal. Finalmente, está el componente más complejo y difícil de investigar: la experiencia subjetiva o "sentimiento". Las emociones se acompañan de un sentimiento de agrado o desagrado de intensidad variable que motiva al individuo a evitar o alejarse de los objetos o situaciones que le proporcionan emociones negativas, y a acercarse a buscar situaciones placenteras que le proporcionan sentimientos agradables o emociones positivas. Las emociones son, por lo tanto, uno de los principales motores de la conducta. Para que se de una emoción primero que nada el estímulo tiene que ser detectado por el sistema nervioso central, que pone en marcha mecanismos centrales de alertamiento y atención, algunos de tipo motor y otros controlados de forma autónoma. Si se reconoce al estímulo como un peligro potencial, se interrumpe lo que se está haciendo (como lo muestran expresiones populares como "quedarse paralizado de miedo" o, mas literalmente, "quedarse helado") y los

sistemas sensoriales se orienten hacia la fuente de estimulación. A esta etapa se le denomina “reacción de orientación”. Inmediatamente después aumenta la tensión muscular, se adoptan posturas de ataque o de huida y se desencadenan mecanismos reflejos autónomos que estimulan al sistema nervioso simpático, que forma parte del sistema nervioso autónomo.

La estimulación del sistema simpático provoca que la medula suprarrenal libere hacia el torrente sanguíneo las hormonas epinefrina (adrenalina) y norpinefrina (noradrenalina), que provocan un aumento de la frecuencia cardíaca, cambios en la respiración, aumento de la presión sanguínea, vasoconstricción periférica, sequedad de boca, que se suspenda la digestión, y se presente defecación, micción, erección de los vellos, aumento de la sudoración, midriasis o dilatación de la pupila y tensión de los músculos del oído medio. Estos cambios, controlados por el sistema nervioso simpático, tienden a perdurar más que los cambios motores, hasta que vuelven a disminuir el nivel circulante de estas hormonas. Simultáneamente se estimula también el eje Hipotálamo-apófisis-corticosuprarrenal, provocando la liberación de hormonas cortico-esteroides, producidas en la corteza suprarrenal, que se promueven de la disponibilidad de energía, disminuyen la sensibilidad al dolor y preparan al organismo para soportar lo que venga (Corsi, 2003).

El tercer ingrediente es la respuesta consciente a la emoción, o componente cognitivo. Cannon y Bard demostraron el papel mediador de dos estructuras cerebrales, el tálamo y el hipotálamo, en la respuesta emocional, que por un lado integran las respuestas motoras y las autónomas, y al mismo tiempo

informan a la corteza cerebral sobre el estado emocional. El hipotálamo controla también 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.

Si bien estos circuitos subcorticales dan cuenta de las respuestas autónomas y endocrinas, no son suficientes para explicar la experiencia cognitiva del miedo. Schacter propuso que la experiencia cognitiva de la emoción depende del procesamiento de los estímulos tanto externos como internos por la corteza cerebral, de una manera muy similar al procesamiento de otros estímulos sensoriales. Las evidencias clínicas integradas por el investigador Antonio Damasio han demostrado que la experiencia emocional surge de la interacción de las respuestas periféricas y centrales, es decir, de los circuitos mencionados, responsables de coordinar la respuesta autónoma y endocrina, y de la integración de la información de la corteza cerebral. Algunos de los mecanismos cerebrales que participan en la respuesta emocional y en la adquisición de respuestas condicionadas de miedo, colocando en un papel central a un pequeño núcleo localizado en las profundidades del lóbulo temporal: la amígdala.

El miedo y la ansiedad pueden ser provocados por estímulos reales del medio ambiente, pero también por la evaluación que se hace de la situación, en la que entran en juego la subjetividad, las experiencias previas o recuerdos, y las predicciones que el cerebro hace a partir de un modelo de la realidad construida por el mismo. Por tanto, la ansiedad puede ser adecuada a la

situación que se está viviendo o tornarse inadecuada o patológica, cuando la evaluación no corresponde con la realidad. Además la evaluación errónea, la respuesta puede ser también inadecuada (Corsi, 2003; Heinze, 2003).

DEFINICIÓN

A continuación se presentan algunas definiciones para este trastorno, como se observará este concepto ha sufrido algunas modificaciones a través del tiempo, pero también cabe resaltar que tienen mucha afinidad entre ellas:

Por su parte Linford, (1974), la define como “Un estado de ánimo transitorio reflejo de la conciencia de la amenaza de un suceso desagradable o puede acompañar a un deseo intenso”.

Vallejo, (1985) describe a los pacientes ansiosos como personas “en el plano psíquico como un sujeto que se encuentra nervioso, inquieto, con un sentimiento penoso de malestar moral que anuncia la fragilidad de un yo que se siente amenazado. Todo le preocupa y progresivamente se va deteriorando su rendimiento, lo que le hace sentir incapaz. Los ruidos le sobresaltan, el futuro le agobia, y poco a poco entra en una restricción de su relación social”.

Coon, (2001)” Aprensión, temor o desasosiego parecido al miedo pero basado en una amenaza poco clara, es una combinación de activación fisiológica y preocupación excesiva”.

En una definición más amplia y completa Morales, (1992) la define como “ estado emocional de características muy peculiares que en términos de respuesta, se asemeja en gran medida al miedo ; pero la diferencia es que en la ansiedad el estímulo desencadenante es mucho mas difuso y ambiguo; y en ocasiones difícil de identificar. Ante está situación el individuo manifiesta una sensación de desagrado y malestar característico, incluyendo síntomas que oscilan desde ligeras palpitaciones y sudoración hasta perdida de sueño y sensación de muerte inminente. En un grado adecuado esta reacción posee un evidente valor adaptativo, ya que supone la preparación del sujeto para enfrentarse a situaciones potencialmente peligrosas. Cuando dicha reacción es desproporcionadamente intensa o persistente durante un tiempo excesivo, puede devenir en un estado patológico (ansiedad patológica, en sus múltiples manifestaciones) gravemente perturbada de la conducta”.

En síntesis se podría decir que la Ansiedad es un fenómeno humano normal que desempeña una función adaptativa, pero cuando la preocupación es excesiva y las alteraciones fisiológicas interfieren con el desempeño de la persona se considera una patología, capaz de alterar el comportamiento normal de la persona, incluso ante estímulos que no lo ameritan.

CLASIFICACIÓN Y SINTOMATOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

El concepto de ansiedad ha evolucionado a través del tiempo y se ha redefinido en algunos aspectos, pues lo que antes se consideraba un

síntoma de la ansiedad ahora son considerados otros trastornos de Ansiedad. Por ello la ansiedad como una patología cuenta con una clasificación dentro del DSM-IV (APA, 1994):

- Trastorno de angustia o pánico sin agorafobia:
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Fobia social
- 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

Además de esta larga clasificación, la Ansiedad cuenta con ciertas características clínicas que la identifican entre las que encontramos :

- Un paciente con ansiedad presenta una actitud y comportamiento aprensivos y tensos.
- Dificultad para relajarse
- Puede temer por su salud, su familia, economía, aptitudes, relaciones sociales, y otros aspectos de su vida.
- Reiterada búsqueda de garantías
- Su lenguaje suele ser rápido y puede mostrar vacilación o tartamudeo (Linford, 1974).

Aunado a estas características clínicas los pacientes que padecen trastornos de ansiedad presentan una activación fisiológica que conlleva a diversas alteraciones en varios sistemas citados a continuación, estas alteraciones son una sintomatología importante en este trastorno:

- Muscular: temblores, dolores y molestias en diversos músculos del cuerpo
- Sudomotor: sudoración en las palmas de las manos, axilas y frente, así como palmas húmedas y frías.
- Cardiovascular: taquicardia, aumenta la tensión sanguínea y de manera especial la sistólica y la vasoconstricción periférica de las manos y pies.
- Respiratorio: presencia de una respiración superficial y rápida.
- Gastrointestinal: Reducción de la secreción salival y por ende sequedad bucal, en ocasiones provoca espasmos del intestino grueso produciendo estreñimiento, el apetito tiende a verse menoscabado, aunque en algunas personas el apetito aumenta.
- Genitourinario: Mayor frecuencia y urgencia de la micción.
(Linford, 1974; Vallejo, 1990)

Como se puede observar los trastornos de ansiedad son muchos y muy complejos, además de que varios de ellos son padecimientos poco conocidos y por ende se dificulta su diagnóstico y tratamiento así que a continuación hablaremos muy brevemente sobre las posibles causas, diagnóstico y tratamiento de este trastorno.

ORIGEN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Aunque no existe una teoría universal acerca del origen de este padecimiento, a través de los años y en base a la investigación se han propuesto numerosas explicaciones sobre su origen entre las que encontramos las relacionadas con la fisiología, con las causas externas, además de alteraciones a nivel estructuras cerebrales y neurotransmisores.

NEUROTRANSMISORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC)

Se ha relacionado los trastornos de ansiedad con deficiencias presentes en los sistemas de neurotransmisores del Sistema Nervioso Central, y aunque no parece existir un solo sistema como causa general de este padecimiento se plantea la existencia de una QUIMICA DE LA ANSIEDAD, ya que como lo plantea Pérez (2003) hay la probabilidad de que estén implicados un buen número de moléculas que modulan el trabajo a nivel de la sinapsis en las que se liberan. El también plantea que los neurotransmisores son sólo mensajeros que permiten que el mensaje de una neurona sea transmitido a otra. Es decir, los neurotransmisores son liberados y es cuando llegan a la sinapsis que sufren alguna alteración llegando con una decodificación errónea a la siguiente neurona provocando así ansiedad.

Dentro de los neurotransmisores más mencionados en la bibliografía como posibles responsables de este padecimiento encontramos a:

El sistema GABA; este se relaciona con ello gracias a que gran parte de los medicamentos que se administran para el tratamiento de la Ansiedad actúan

sobre el y dan buenos resultados, además de ser el principal inhibidor del Sistema Nervioso Central.

Como otra posible explicación encontramos a la serotonina y el sistema noradrenérgico, ya que muchos fármacos que tienen como finalidad el control de la ansiedad atacan sobre estos neurotransmisores (Howart,2001; Pérez, 2003).

En el siguiente capítulo se hablara de estos neurotransmisores un poco más a fondo ya que es de nuestro interés comprender como funcionan en el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

ESTRUCTURAS CEREBRALES.

Se plantea la participación de diversas áreas del cerebro involucradas en esta patología conocida como ansiedad entre ellas se encuentran:

- La amígdala: se encuentra en el lóbulo temporal y recibe un importante cúmulo de información sensorial que le permitiría recibir e interpretar el sentido de la eventual amenaza, además de que emite importantes eferencias.
- Locus Coeruleus (principal núcleo noradrenérgico encefálico, con respuesta al estrés y con aquellos estímulos que generan miedo y por la cualidad de sus aferencias y eferencias permite establecer tiene cierto grado de vinculación con los trastornos de pánico) (Perez,2003; Corsi,2003).
- Hipotálamo: región ubicada en el rombencéfalo que rige la motivación y las respuestas emocionales.

- Tálamo: región del prosencéfalo que transmite y traduce los mensajes de entrada de los receptores sensoriales (Morris, 2000).

NEUROPEPTIDOS.

Estas son sustancias proteicas presentes en el sistema nervioso central (SNC), los cuales funcionan como transmisores de las señales nerviosas.

Estos se relacionan con la ansiedad debido a:

- Regulación del eje hipotálamohipofisario.
- Regulación de las conductas, emociones y aprendizaje.

COMPONENTE GENETICO.

Sobre la posibilidad de un componente genético como posible explicación sobre el trastorno de ansiedad hay muy poca información, por lo que es necesario realizar nuevas investigaciones que amplíen el horizonte de esta perspectiva. A pesar de ello existe información que reporta que los familiares de personas con ansiedad tiene una mayor probabilidad de padecerla que personas sin antecedentes familiares (Morris, 200).

PERSPECTIVA ATRIBUTIVA

Uno de los avances en el último tiempo, ha sido el incluir las variables de controlabilidad en la etiología y mantenimiento de la ansiedad (Vera, 2000).

Recientemente Chorpita y Barlow, (1998) realizaron una revisión acerca de las relaciones entre control y desarrollo de la ansiedad. En este sentido, plantean un modelo acerca de la etiología de la ansiedad. Estos autores argumentan que las experiencias tempranas en estímulos incontrolables generarían un bajo

control percibido, esto a su vez desarrollaría una serie de procesos que finalmente crearían una vulnerabilidad emocional. De esta forma, las percepciones de bajo control se mantendrían en la etapa adulta, interactuando con las experiencias medioambientales activando estados emocionales ansiosos en la adultez.

Los sujetos que tienden a atribuir las causas de los hechos a otras personas tienden a presentar mayor ansiedad rasgo, lo mismo ocurre a aquellas personas que atribuyen las causas al azar. La falta de control de las situaciones se relaciona con aumentos en los niveles de ansiedad, (Vera,2000)

CAUSAS EXTERNAS

La ansiedad esta determinada en su mayor parte por contingencias provenientes del medio ambiente, es decir, que su origen es externo. Los eventos aversivos cotidianos pueden provocar o exacerbar la ansiedad (Contreras, 2003). Asi como las relaciones familiares y eventos de la vida cotidiana pueden deencadenar episodios ansiosos (Saiz, 2000).

EPIDEMIOLOGÍA

En los últimos tiempos las estadísticas indican que los trastornos de ansiedad (junto con la depresión) son las perturbaciones psicológicas que en mayor medida se presentan en la población. (Contreras, 2003; Vera, 2000). La prevalencia durante la vida de cualquier trastorno de ansiedad es de alrededor del 25% y la prevalencia en doce meses es del 17%.

El inicio de los desórdenes de ansiedad se presenta generalmente durante la adolescencia temprana y algunos individuos desarrollan su primer episodio de ansiedad o depresión durante la adolescencia, con un notorio predominio en el género femenino. Por su parte el desorden de pánico suele presentarse aproximadamente a los 35 años y la depresión mayor después de esta edad. Y la probabilidad de padecer depresión y ansiedad es dos veces más alta en la mujer.

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. Mientras las fobias y los trastornos de ansiedad generalizada son los trastornos de ansiedad mas frecuentes en edades avanzadas (Contreras,2003; Heinze, 2003; Mariano,2000).

DIFERENCIAS SEXUALES EN LA RESPUESTA DE ANSIEDAD

La respuesta al miedo y la ansiedad, así como los estímulos desencadenantes son diferentes en los hombres que en las mujeres. Estudios recientes sobre la prevalencia de trastornos del estado de ánimo han encontrado que el abuso de drogas y la conducta hostil son más frecuentes en los hombres mientras que los trastornos de ansiedad o depresión son más comunes en las mujeres.

Naturalmente los factores culturales y ambientales también juegan un papel fundamental en el desarrollo de estas alteraciones. A pesar de no estar claro si las diferencias biológicas se deben al efecto activador de los esteroides

sexuales en los individuos adultos, o al efecto organizador de los mismos durante el periodo crítico de diferenciación sexual, las evidencias muestran claramente una relación de los esteroides sexuales con el estado de ánimo.

Los esteroides sexuales (estrógeno, progestinas y andrógenos), producidos primordialmente por las gónadas (ovarios y testículos), actúan como mensajeros no solamente en el cuerpo, si no también en el cerebro.

Desde la década de los 40s se sabe que la progesterona tiene propiedades hipnóticas, analgésicas, sedantes y anestésicas. Los estrógenos en cambio poseen efectos excitadores y antidepresivos, al alterar la concentración y disponibilidad de neurotransmisores como la serotonina y la norepinefrina.

Uno de los derivados de la progesterona como la alopregnanolona, actúa potenciando el efecto del ácido gama-amino butírico sobre su receptor (el ácido gama-amino butírico es el neurotransmisor inhibitorio más abundante en el sistema nervioso). Las benzodiacepinas (uno de los grupos de compuestos ansiolíticos, o que contrarrestan la ansiedad más empleados) y los barbitúricos actúan también de forma similar a la progesterona.

La progesterona y sus derivados metabólicos se fabrican en el cerebro en situaciones de estrés y ansiedad incluso en animales a los que se les han extirpado las gónadas y las glándulas adrenales. Los esteroides sexuales ejercen también influencias indirectas sobre el estado de ánimo y la ansiedad a través de su acción sobre el metabolismo de los sistemas de neurotransmisión. La progesterona incrementa además el recambio de serotonina en ciertas áreas cerebrales, en ratas a las que se le s han extirpado los ovarios. Estos

neurotransmisores están estrechamente relacionados al estado de ánimo y a la capacidad de experimentar placer o emociones positivas (Corsi,2003).

ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

El temor y la ansiedad son experiencias frecuentes durante la infancia y la adolescencia. De hecho, estas son adaptativas y desarrollan estrategias de afrontamiento para estados afectivos en los niños y adolescentes, permitiéndole una mejor convivencia en la sociedad.

Así como en adultos este padecimiento va en aumento en niños y adolescentes, las estimaciones de la prevalencia indican que el 4 % de los niños y adolescentes jóvenes cumplen los criterios diagnósticos de trastorno de ansiedad por separación (TAS). Este puede ser debido a numerosas causas tanto internas (como causas biológicas o genéticas) como externas (las experiencias de la vida, el contexto social y familiar en las fases del desarrollo). Además se debe tener en cuenta el carácter único de cada niño y la compleja interrelación entre las variables internas y externas que dan origen a la ansiedad (Laszlo, 2004).

COMORBIDAD CON LA ANSIEDAD

Cuando se encuentra un trastorno en conjunto con otro se dice que hay comorbilidad. Y generalmente, el alcoholismo tiene comorbilidad con depresión, pero estas son dos entidades bien definidas e independientes. Los trastornos depresivos y la ansiedad se han encontrado en comorbilidad con el consumo de alcohol (Gasca, 1994).

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

Dentro de los padecimientos comórbidos, los que tienen una mayor probabilidad de presentarse juntos son la ansiedad y la depresión, presentando un trastorno mixto. Los pacientes que padecen de crisis de ansiedad, ansiedad generalizada y depresión mayor, tratan de cubrir sus síntomas así como sus comportamientos. La depresión sugiere la pérdida de esperanza de la tensión activa de hacer frente (actividad baja del efecto positivo/sistema de activación del conocimiento); La ansiedad implica esfuerzos de hacer frente activamente a la tensión (alta actividad del efecto positivo/sistema de activación del comportamiento) (Richarts, 2006)

La depresión se considera una reacción secundaria de la ansiedad. En diferentes investigaciones 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. En específico tres cuartas partes de los pacientes con depresión primaria se reportan ansiosos, preocupados o temerosos. Por ello hay tres posibles asociaciones entre estos dos trastornos 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 (Gasca, 1999; Heinze, 1999; Howard, 2001).

El desorden de pánico suele presentarse aproximadamente a los 35 años y la depresión mayor después de esta edad. La crisis de ansiedad en primer grado

es relativa y anticipatoria con periodos directos de ansiedad. Mientras que los antecedentes de la depresión pueden ser crisis de ansiedad y consumo de alcohol, entre otros.

Los desordenes mixtos son nuevos para algunos por lo cual es necesario hacer mas investigaciones y elaborar un tratamiento adecuado y un diagnostico correcto. Es decir, como se sabe la ansiedad puede ser depresiva por si sola y si un paciente tiene ansiedad primaria y depresión primaria cae claramente en la categoría del DSM-IV en ansiedad y depresión, haciendo que la realización de un diagnostico diferencial pueda ser difícil de realizar y requerir de mayor evaluación para un buen diagnostico y tratamiento. Una buena terapia debe estar combinada con fármacos y psicoterapia. La administración de antidepresivos con ansiolíticos es una buena opción aunque debe ser administrado por un corto periodo (Heinze,1999; Howar, 2001).

ANSIEDAD Y ALCOHOLISMO

La idea de 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. El beber alcohol reduce la tensión , aunque 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 (Matt, 1990). La comorbidad entre pacientes

diagnosticados con el desorden de ansiedad y alcoholismo es muy elevada.

En un estudio realizado por Gasca, 1994; en el cual se pretendía corroborar esta comorbidad y la frecuencia con que se presenta se encontró en 2005 sujetos de edades entre 18-65 años que la comorbidad entre el alcoholismo y la ansiedad es de un 12.3 %, los hombres beben más que las mujeres y la ansiedad es mayor en mujeres. En otro estudio realizado a pacientes con neurosis ansiosa se estima que los problemas de alcohol se presentaron en un 16-25% de los casos. En otro estudio realizado en pacientes bajo tratamiento de alcoholismo, dejar de ingerir alcohol, presentaron cuadros de ansiedad en un 22.6-68.7% de los casos (Matt, 1990)

DIAGNOSTICO.

Para la realización del diagnostico para cualquiera de los trastornos de Ansiedad es necesario apoyarse en lo establecido por el DSM-IV, en el cual se encuentran estipulados los síntomas, así como la duración de los mismos según el padecimiento. Aunque comparten muchas características o síntomas entre ellos, este manual establece ciertas diferencias que permiten realizar un buen diagnostico y por ende una buena canalización de los pacientes. (Ver cuadro 1)

Cuadro 1. criterios del DSM-IV (2000) para la Ansiedad (Crisis de angustia)
Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

- 1-Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. Escalofríos o sofocaciones

TRATAMIENTO

El tratamiento para cualquier trastorno de ansiedad esta compuesto de dos partes:

- Tratamiento farmacológico
- Tratamiento no farmacológico.

El primero se apoya básicamente en los medicamentos conocidos como ansiolíticos, aunque la dosis y el nombre específico del medicamento dependerá del trastorno para el que este destinado. Por su parte el tratamiento no farmacológico tiene una muy amplia gama de posibilidades como lo son: la meditación, relajación, aproximaciones sucesivas, exposición, retroalimentación, Psicoanálisis, Terapia Cognitivo-Conductual, acupuntura, etc. Obviamente la utilización de cada una de estas dependerá del

padecimiento a tratar y de la perspectiva con la que se maneje el problema (Caballo, 2002; Chambless, 1993; Wells, 1999).

Como vemos los trastornos de Ansiedad son muchos y en su gran mayoría comparten tanto síntomas como características, pero para cumplir con los objetivos de este proyecto centraremos nuestra atención en uno de los padecimientos que actualmente esta tomando mucha fuerza en el mundo, este es el trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), cuya presencia va en aumento y que cada vez llama más la atención de los investigadores.

CAPITULO 2

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es uno de los trastornos de ansiedad que en la actualidad se presenta con mayor auge, sin importar el sexo, edad o nivel socioeconómico, además de ser uno de los padecimientos cuyas deficiencias en información de posibles causas, diagnóstico y por ende tratamiento hacen aún más complejo el problema.

La entidad que en la actualidad definimos como trastorno de ansiedad generalizada (TAG) conceptualmente era una parte del síndrome diagnóstico independiente, descrito por Freud en 1896 con el nombre de neurosis de ansiedad. Freud describió diez características en la neurosis de ansiedad que le conferían una identidad propia y que permitían su separación del concepto tradicional de neurastenia.

De las diez características nueve eran signos y síntomas y la décima se refería al curso evolutivo del cuadro. Estos signos y síntomas descritos por el son:

- 1.- irritabilidad general.
 - 2.- expectación aprensiva.
 - 3.- angustia flotante.
 - 4.- ataques de ansiedad.
 - 5.- terror nocturno.
 - 6.- vértigo.
 - 7.- desarrollo de fobias.
 - 8.- trastornos gastrointestinales.
 - 9.- parestesia.
- Curso Clínico
- 10.- tendencia a la cronicidad.

Dentro del diagnóstico del DSM-II fue adoptada la concepción de Freud que incluía todos los trastornos en los que la angustia era la característica importante (Bobes, 2002). Por el contrario en el DSM-III se introdujo la distinción entre crisis de angustia y trastorno de ansiedad generalizada confiriendo así a ambas entidades el carácter de trastornos mentales específicos e independientes los cambios producidos de unas ediciones a otras en cuanto a los criterios de la ansiedad generalizada en las ediciones del DSM afectan aspectos del cuadro, por lo que se han organizado en cinco criterios:

- 1.- criterio Erario: se suprime en le DSM-III –R y el DSM-IV la necesidad de una edad mayor o igual a los 18 años para poder establecer el diagnostico.
- 2.- criterio temporal: aumenta el tiempo mínimo de presencia de los síntomas exigido para poder realizar el diagnostico, pasado de un mes en el DSM-III a seis meses en el DSM-III-R, DSM-IV, y DSM-IV-TR.
- 3.- criterio fenomenológico.
 - a) el síntoma de “expectación aprensiva”
 - b) disminución del mismo número presente de síntomas acompañantes y mayor especificidad de estos para poder realizar el diagnóstico.
- 4.- criterio de impacto personal (discapacidad): se incluye por primera vez como criterio exigible para el diagnostico en el DSM-IV.
- 5.- criterio jerárquico: en el DSM-III el trastorno de ansiedad generalizada era considerado una categoría residual que solo podía ser formulada por exclusión, es decir, que no se cumpliera con ningún otro criterio para ningún otro trastorno de ansiedad ni afectivo (Bobes, 2002).

En la actualidad este trastorno es conocido como el TAG y es concebido como un estado invalidante crónico común, que se caracteriza por una preocupación excesiva casi siempre sin motivo alguno, esta categoría diagnostica se introdujo inicialmente en el DSM-III, en 1980 y los síntomas variados del trastorno pueden remedar una serie de enfermedades médicas, de modo que los pacientes pueden ser atendidos por especialistas ajenos a la salud mental (Laszlo, 2004).

El TAG se produce cuando el individuo siente ansiedad constante sin que existe una causa de preocupación evidente, en la mayoría de los casos esta preocupación exagerada se produce independientemente del entorno en que se da la situación. Es decir, se caracteriza por una anticipación temerosa con un fuerte sentimiento de tensión, que se manifiesta objetivamente en un aumento del tono muscular y temblor distal. A nivel interno experimenta sensación de inquietud y de incapacidad para la relajación, que se manifiesta al observador por pequeños movimientos inmotivados y a veces estereotipados. El sueño puede hallarse perturbado, es difícil conciliarlo, y cuando llega resulta intranquilo e insatisfactorio. El individuo se queja de dificultad de concentración, de pérdida de interés por las cosas y de la capacidad de experimentar placer. Generalmente se vuelven irritables, coléricos e impacientes y disminuye la tolerancia a la frustración (Meyer-Gross y cols. 1974).

ANSIEDAD GENERALIZADA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los niños y adolescentes con TAG tienden a preocuparse excesivamente por su rendimiento y competencia sin que exista un examen externo de ellos. Los niños con TAG son considerados con frecuencia perfeccionistas, cautelosos y buscan a menudo ser tranquilizados. Dado que no pueden dejar de preocuparse, estos niños se muestran a menudo poco atentos, inquietos, tensos e irritables. Cuando existe una discrepancia entre las expectativas elevadas y los logros alcanzados, puede producirse una depresión, en especial en los adolescentes.

En los niños más pequeños existen a veces síntomas acompañantes de TAS (Trastorno de Ansiedad por Separación) y del trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH). Los niños con TAG manifiestan frecuentemente alteraciones somáticas, como dolores de estomago y cefaleas. Se estima mediante el empleo de los datos epidemiológicos existentes sobre la TAE que entre 2.7-4% de la población lo padecen y no parece haber diferencias en cuanto a la prevalencia del TAG entre los dos sexos.

En cuanto a su origen todavía no se dispone de datos obtenidos en estudios longitudinales del TAG en niños. En consecuencia la impresión clínica es la única fuente de que disponemos para plantear hipótesis respecto a la evolución natural del trastorno. Parece que el TAG tiene un curso variable, con exacerbaciones y remisiones (Laszlo, 2004).

PREOCUPACIÓN.

La preocupación se usa como un método para resolver problemas y anticiparse o prepararse para futuros eventos, 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.

El TAG tiene dos componentes:

a)-*Emocional*: esta incluye las sensaciones corporales de las que las personas son conscientes. El rasgo de ansiedad tiende a ser asociado con un estilo de afrontamiento de evitación y una falta de confianza para resolver el problema.

b)-*Preocupación*: La cual es el interés mental sobre la ejecución de la tarea. se ha conceptualizado cognitiva por naturaleza, enfocándose en excesiva o irreal importancia por eventos futuros.

La preocupación parece asociarse con estilos de afrontamiento enfocados al problema y se considera adaptativa (Zebb, 1998).

La preocupación es algo normal para todos, ya que podemos sentir preocupación al estudiar para un examen, al no saber si nos van a aceptar en un trabajo o no, al ver que algún familiar esta enfermo a cuando es tarde y no llegan a casa, es decir, la preocupación se usa como un método para resolver problemas y anticiparse para eventos futuros, pero las personas que padecen ansiedad son personas que consideran necesario preocuparse, pues piensan que al dejar de hacerlo ocasionaran que ocurra lo peor con respecto a lo que se estaban preocupando, estas personas experimentan una mezcla de emociones negativas y predomina un bajo pero constante nivel de miedo generalmente con respecto al futuro., y lo más importante es que esta preocupación es incontrolable y se genera en escenarios catastróficos.

Los que se preocupan experimentan una mezcla de emociones negativas y predomina un nivel bajo de constante miedo y la mayoría experimenta ese miedo con respecto al futuro. 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”. Los

preocupaciones generan una serie de escenarios catastróficos hipotéticos y tratan de evadir sus implicaciones. También pueden tratar de resolver mentalmente los problemas asociados con las catástrofes para tener estrategias para evitarlos o prepararse ellos mismos para su ocurrencia.

Y el que la preocupación se mantenga constante es debido a un patrón de preocupación que puede fluir de manera circular, es decir, la gente con TAG aparentemente suele convertir sus preocupaciones en positivas y negativas las cuales se mantienen en un desorden constante por ende las preocupaciones suelen ser repetitivas, generalizadas e incontrolables.

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 precisamente lo que mantiene este desorden (Borckovec, 1999; Wells, 2005)

Se han usado varias estrategias para estudiar este fenómeno, comparando aquellos que se consideran como preocupados y los que no se consideran así, usando varias medidas psicológicas y tareas para identificar las características del proceso de preocupación.

En una investigación se definió a los preocupados crónicos como personas que reportan preocuparse más de ocho horas al día durante los últimos seis meses. Se encontró que el 15% de la población son preocupados crónicos y se consideraron a los no preocupados como personas que se preocupan menos de una hora y media al día y que no consideran a la preocupación como un problema, ellos ocupan usualmente el 30% de la población (Borkoveck, 2004).

Como observamos la preocupación podría considerarse como la principal característica de la ansiedad y esto es tan cierto que hasta ahora la distinción entre ansiedad y preocupación no es clara. Además los criterios diagnósticos para la ansiedad generalizada han ido en progresivo incremento enfatizando la presencia de la preocupación, con un decremento concurrente en el énfasis sobre la sintomatología somática. En pacientes con ansiedad generalizada, la correlación entre la preocupación y el rasgo de ansiedad ha sido bajo en comparación con la población normal (Zebb, 1998).

La gente describe a sus emociones como pasajeras mientras que la preocupación la describen como ansiedad, tensión, aprehensión y frustración. Sus sensaciones físicas incluyen tensión muscular, malestar estomacal, sentimientos de pesadez en el estómago (esas mismas sensaciones corporales se reportan en los estados de ansiedad, aunque con más intensidad). Se ha encontrado en estudios que los preocupados tienen una gran dificultad para excluir los pensamientos negativos y son menos hábiles para enfocar la atención en su propia respiración y sienten emociones negativas con más frecuencia que aquellos que no se preocupan. El hecho de que no puedan enfocar su atención en su propia respiración sugiere que los pensamientos intrusivos pueden interrumpir su atención y alterar dicha tarea.

Los pensamientos y las imágenes de eventos temidos son reportados comúnmente reportados por personas que sufren de agorafobia, ansiedad generalizada, y desorden de pánico. Frecuentemente se preocupan por que

puedan desmayarse, tener un ataque al corazón, perder el control, morir o volverse locos.

Si la preocupación es el componente cognitivo de la ansiedad, se deberían encontrar diferencias en el EEG entre personas preocupadas y no preocupadas. En un estudio se registró la actividad de áreas frontales, parietales derecho e izquierdo. Se monitorearon las áreas frontales y parietales especialmente porque otro trabajo ha mostrado que esas áreas pueden estar involucradas en la comunicación interna del cerebro.

El EEG mostró una diferencia entre preocupados y no preocupados cuando ellos se preocupan. Carter y Johnson encontraron que los dos grupos preocupados y no preocupados no diferían en la línea base de condiciones de evaluación, pero una vez que empezaron a preocuparse la actividad de ondas beta se incrementó más en el hemisferio izquierdo que en el derecho en preocupados, en no preocupados se mostró el patrón opuesto. Es difícil interpretar esas diferencias pues la literatura en la actividad hemisférica es algo contradictoria. Sin embargo, es de notar que los preocupados y no preocupados tienen patrones de actividad diferentes en la actividad cerebral, mientras se resuelven problemas. Algunas personas se convierten en preocupados 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.

(Borcoveck, 2004, Mathews, 1990). Y los principales temas de preocupación en las personas son:

- Familia
- Finanzas
- Trabajo
- Enfermedad personal (Caballo, 1995).

PREOCUPACIÓN EN ADOLESCENTES.

La adolescencia es una etapa de la vida considerada por muchos como la más crítica, donde los cambios biológicos, psicológicos y sociales se aceleran notablemente, tanto para el joven, como para la familia y la sociedad, los que frecuentemente se muestran incapaces de entenderlos y manejarlos.

Estudiada desde muchos aspectos, es poco explorada desde la óptica personal de su principal *actor*. En los adolescentes pueden apreciarse variaciones de intereses, preferencias, modas, formas de expresión y actitudes, las cuales están determinadas por las influencias sociales y educativas que sobre ellos se ejercen, y varían de una o otra época, pero que en el fondo giran sobre los mismos aspectos de su vida: la familia, la escuela, los amigos, el futuro, los ideales. Lo que cambia es la forma de enfrentarlo y expresarlo. La escuela, junto al hogar, componen el medio donde se desarrolla el adolescente; en ellos busca las respuestas, mientras que en su grupo satisface la necesidad de aceptación (Abreu, 1992). Como sabemos esta es una etapa difícil, llena de exigencias, por ende en la actualidad se habla de niños y adolescentes apresurados, debido a las demandas de su medio, por lo cual nos encontramos cada vez más con una población estresada y ansiosa a edades más tempranas. Los niños son adultos pequeños que se dan cuenta perfectamente

de la violencia, deudas, problemas familiares, etc., esto hace que vivan estresados y preocupándose por una infinidad de asuntos, entre las cosas que más preocupan a los niños y adolescentes encontramos temas como: la escuela, salud propia y de algún familiar, seguridad y futuro (Papalia, 2002). En una investigación realizada en Cuba por Robaina (2001) a una muestra de N=197 niños se encontró que dentro de los temas que más preocupan a esta población son:

1. Familia
2. Escuela
3. Futuro.

Siendo estos los tres temas y el orden de lo que más les preocupa los adolescentes.

TECNICA PARA EL CONTROL DE LA PREOCUPACIÓN.

Profesores y estudiantes graduados del estado de Pensilvania generaron algunas técnicas simples para el control de la preocupación. El programa de Penn State para la reducción de la ansiedad 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.

Para entender como funcionan las técnicas, el preocupador debe entender lo que es la preocupación y como interfiere en su vida, ya que la preocupación genera una realidad en nuestras mentes que en el momento presente no existe, está orientada al futuro. Demasiada preocupación puede activar un sistema de alarma primitivo conocido como la respuesta de ataque-huida. Los humanos primitivos, para sobrevivir, necesitaron la habilidad de reaccionar instantáneamente al peligro. Los humanos modernos raramente enfrentan crisis físicas inminentes, pero todavía el sistema de alarma permanece intacto.

La preocupación es de esta manera un entendible 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. (Heimberg,2004)

ETIOPATOGENIA.

A pesar de la amplia investigación que se realiza para conocer el origen de la Ansiedad, aun se conoce poco acerca de sus causas, entre las posibles explicaciones encontramos: factores genéticos, alteraciones en diversas regiones cerebrales y causas externas al individuo. Es decir, la ansiedad es un fenómeno complejo que entraña componentes biológicos, existenciales e incluso etiológicos, es algo obvio que puede resultar trivial, sino fuera porque la consideración de todos estos aspectos es totalmente necesaria para entender su génesis, de cualquier forma, existe consenso en aceptar que la ansiedad surge como y una vivencia de amenaza a la integridad psicofísica del individuo, por tal motivo hay que admitir que es un estado emocional, susceptible de surgir en múltiples situaciones (Vallejo, 1990). Además de que la presentación de un tipo concreto de trastorno depende de la susceptibilidad individual, es decir, de la vulnerabilidad específica de ciertos sistemas homeostáticos, que en unas individuos tendrá más posibilidad de fracasar que en otros.

-CAUSAS GENETICAS

Hasta la fecha no existen pruebas fehacientes de la implicación de factores genéticos en la etiología del trastorno de ansiedad. En un estudio realizado por Noyes y Cols. se pone de manifiesto que los familiares de pacientes con este trastorno tienen un mayor riesgo de padecerlo que los familiares de sujetos control. En otro estudio realizado con 3300 parejas de gemelos de sexo masculino se pone de manifiesto que el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y el trastorno de estrés postraumático comparten factores

genéticos comunes, de modo que el riesgo de que se produzcan síntomas del trastorno de ansiedad generalizada es debido al 37.9% de contribución genética común a síntomas de trastorno de pánico y de estrés postraumático. (Bobes, 2002)

Los estudios de genética molecular son muy escasos, pero a pesar de ello se ha descrito la posibilidad de la existencia de un polimorfismo del gen transportador de serotonina, que produciría una reducción en la recaptura de este neurotransmisor por parte de la célula presináptica y determinados rasgos de ansiedad en pacientes y sus familiares (Bobes, 2002).

-NEUROTRANSMISORES

Existen diversos neurotransmisores asociados con la génesis de la ansiedad entre ellos encontramos al GABA, a la Serotonina, etc.

En el caso del neurotransmisor gaba-aminobutírico (GABA) el interés por su estudio radica en que este es el principal inhibidor del Sistema Nervioso Central y en que las benzodiacepinas (que son el medicamento más empleado en el tratamiento de la ansiedad) actúan sobre los receptores de éste, lo cual plantea la hipótesis de que los pacientes con ansiedad pueden tener una reducción en la sensibilidad receptorial del ácido GABA, posiblemente debido a una reducción en el número de receptores, o bien debido a un déficit de neurotransmisores endógenos inhibidores. Por su parte la Serotonina está relacionada con la ansiedad ya que este neurotransmisor regula la respuesta ante situaciones de alarma y de miedo y a través de las vías que se originan

en los núcleos de Rafe y que inervan en otras áreas cerebrales como el sistema límbico, el hipotálamo y el tálamo, en especial dos de sus receptores como son el 5-HT1A y 5-HT2 (Horacio, 2003; Perez,2003).

Hablando de los neurotransmisores en un estudio realizado por Ontiveros en 1993, se sugiere que 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 .Hay una probabilidad de que el sistema serotoninérgico desempeña 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.

-CAUSAS EXTERNAS

La ansiedad esta determinada en su mayor parte por contingencias provenientes del medio ambiente, es decir, que su origen es externo. los eventos aversivos cotidianos pueden provocar o exacerbar la ansiedad (Contreras, 2003).

Los problemas familiares en la infancia son más prevalentes entre todos los grupos con un diagnostico de TAG que los controles. Conflictos entre los padres, conflictos con los padres toman falta de cuidado o atención por parte

de los padres, experiencias sexuales estresantes y bajo prestigio de la familia fueron relevantes para los sujetos tanto con diagnóstico de ansiedad como con diagnóstico de depresión lo cual sugiere que tales factores ambientales son factores de riesgo inespecíficos para depresión y ansiedad (Angs, 1991). Por su parte Muris y colaboradores (2000) reportaron la existencia de distorsión comitiva en niños que padecían ansiedad.

-ESTRUCTURAS CEREBRAL

Han sido implicadas varias regiones cerebrales que corresponden en su mayor parte al llamado sistema límbico. Destacan entre ellas diversas porciones de la corteza cerebral, el septo lateral, localizado en la parte medial de los hemisferios cerebrales, y la amígdala, una región situada a ambos lados de la base del cerebro.

Destacan así mismo, el hipocampo, estructura involucrada en la memoria, algunas porciones del hipotálamo, porción neural cercana a la amígdala y que constituye el “cerebro” del sistema nervioso autónomo, pues 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 raquí dorsal y el locus Coeruleus, localizados ambos en el tallo cerebral (Horacio,2003).

Otra estructura relacionada es la amígdala que se encuentra en el lóbulo temporal y recibe un importante cúmulo de información sensorial que le permitiría recibir e interpretar el sentido de la eventual amenaza, además de que emite importantes eferencias. Este múltiple juego de aferencias y

Referencias permite desde una perspectiva anatómica concebir a la amígdala como una estructura central para coordinar los componentes cognitivos afectivos, neuroendocrinos, cardiovasculares, respiratorios y músculo esqueléticos de las respuestas al miedo a la ansiedad (Mariano, 2000).

Por otro lado se han identificado sistemas de estructuras cerebrales involucrados en el trastorno de ansiedad como:

El sistema septohipocampal

El sistema septohipocampal se relaciona primariamente con el control de las respuestas de un organismo tradicionalmente asociadas con la ansiedad. Los presupuestos básicos que sustentan este argumento son:

- Las sustancias ansiolíticas principalmente las benzodiazepinas, barbitúricos y etanol.

El sistema septohipocampal, y en especial la región subicular funcionaría a modo de comparador entre las expectativas del organismo (teóricamente se llevaría a cabo a través del circuito de Papez) y la realidad externa (que llegaría al hipocampo a través de las vías perforantes entorrinales, como información multimodal altamente procesada). Cuando se produce un desajuste entre ambas y una vez detectado el subículum, el sistema septohipocampal asumiría el control de la conducta, generando entre otras manifestaciones, inhibición del comportamiento e incremento en los niveles de activación y atención.

El complejo nuclear amigdalino

La amígdala parece ser un centro clave en el control de la expresión emocional, ya que fundamentalmente a través de sus conexiones eferentes, modula respuestas de naturaleza endocrina y somatomotora relacionadas con los estados emocionales. El complejo nuclear amigdalino, es una voluminosa estructura cerebral inmersa en el lóbulo temporal y localizada en posición anterior a la formación del hipocampo. Se subdivide en varios grupos nucleares siendo los más importantes el basolateral, el central y el corticomedia. La región central establece conexiones con regiones implicadas en el control de conductas típicamente asociadas a situaciones de miedo.

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. La estimulación eléctrica de la amígdala en humanos conscientes se asocia a intensas sensaciones de miedo y ansiedad (Morales, 1992).

Los sistemas monoaminérgicos ascendentes

Los sistemas monoaminérgicos se originan, fundamentalmente, en agrupaciones nucleares de localización troncoencefálica, innervando amplias zonas del Sistema Nervioso Central a través de vías ascendentes y descendentes. La Serotonina (5-HT) y la Norepinefrina (NE), éstas han recibido especial atención en el estudio de la ansiedad. La 5-HT es una sustancia química perteneciente al grupo de las indolaminas y localizada a nivel central en el sistema de rafe que es un conjunto de núcleos troncoencefálicos de los

que tres de ellos se ubican en el mesencéfalo. Los más relevantes son el rafe medial (B8) y el rafe dorsal (B7), cuyas eferencias alcanzan importantes regiones límbicas a través del fascículo pronsencefálico medial.

La mayoría de los datos experimentales obtenidos sugieren un descenso en los niveles de 5-HT el cual tiene efectos ansiolíticos. Las benzodiazepinas y otras sustancias ansiolíticas podrían producir este efecto inhibiendo al sistema serotoninérgico mesencefálico:

- Los núcleos serotoninérgicos mesencefálicos poseen receptores benzodiazepínicos e inervan estructuras límbicas tradicionalmente implicadas en el control de la ansiedad, ejemplo el hipocampo.

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, 1992).

El otro sistema monoaminérgico implicado en la ansiedad es el NE, principalmente a través del fascículo noradrenérgico dorsal ascendente (FNDA). Esta vía se origina en el locus coeruleus, agrupación nuclear de localización pontina y cuyas eferencias alcanzan prácticamente la totalidad del neuroeje. El FNDA inerva, entre otras regiones, el sistema límbico y la corteza cerebral (Corsi, 2003).

Una amplia evidencia experimental sugiere la posible modulación de las respuestas de ansiedad por parte de FNDA:

- Fibras noradrenérgicas procedentes del FNDA inervan amplias zonas de la formación del hipocampo .

- La estimulación eléctrica del locus coeruleus, y por ende la activación del FNDA, induce en primates una respuesta característica de miedo: dilatación pupilar, piloerección, intento de escape de la situación experimental, movimientos mandibulares, arañado, descargas simpáticas, estado general de alerta, etc. este patrón comportamental es muy similar al que se observa en circunstancias naturales donde la ansiedad y el miedo están presentes.
- En el contexto de la práctica clínica, ha podido comprobarse que el empleo de beta- bloqueadores adrenérgicos alivia los síntomas de ansiedad, principalmente en fobia social (Morales, 1992).

Por lo tanto el sistema noradrenérgico ascendente 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 arousal y una activación de tono simpático. Las fibras noradrenérgicas ascendentes originadas en el locus coeruleus podrían ser las responsables del primer efecto, en especial aquellas que inervan regiones límbicas (hipocampo y amígdala) y neocorticales; las vías descendentes hacia los centros simpáticos de ubicación medular modularían el segundo efecto, siendo responsables de algunas de las manifestaciones externas del estado central de ansiedad.

La Serotonina y Norepinefrina, principalmente a través de sus sistemas ascendentes de proyección prosencefálica, modularían dos aspectos claves en una situación de naturaleza potencialmente ansiógena. El primero de ellos

analizaría el carácter apetitivo /aversivo de la estimulación aferente, generando en su caso, inhibición del comportamiento, el segundo actuaría como un sistema de alarma, induciendo un incremento en el estado arousal y una activación del sistema simpático acorde con la situación externa y/ o interna. Las sustancias ansiolíticas liberarían al organismo de la sensación de ansiedad mediante una actuación directa sobre estos sistemas, directa sobre sus lugares de proyección o sobre ambos (Morales, 1992).

La región hipotalámica posterior

Tomando en cuenta una zona del circuito de Papez que incluye la región del hipotálamo posterior (principalmente por el núcleo posterior del hipotálamo y los cuernos mamilares), y que ha sido, asimismo, relacionada con el control de las respuestas de ansiedad, lo que ha dado pie a denominar a esta intervención central como "cirugía sedante"; su activación eléctrica, como paso previo a la lesión, inducía sensaciones de ansiedad que, además se acompañaban de signos indicativos de activación simpática (Carrasco, 1990).

-NEUROPEPTIDOS.

Sustancias proteicas, descubiertas en los tejidos periféricos de los tractos circulatorio y gastrointestinal que se encuentran distribuidos por el SNC. Funcionan como transmisores químicos de las señales nerviosas, su acción de inicio es más lenta que el 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 (Carrasco, 1990). Los Neuropeptidos se constituyen en sistemas de carácter modulador la cual se

ejerce principalmente sobre los sistemas de neurotransmisores como Dopamina (DA); Noradrenalina (NA), Serotonina (STH) y Acetilcolina (Ach).

Los sistemas peptidérgicos como un nivel superior de regulación de los sistemas de neurotransmisores clásicos que gobiernan la producción de ansiedad son:

- Péptidos ansiogénicos
- Péptidos ansiolíticos

Carticotropin – Releasing Hormone (CRH)

La acción característica de la CRH es la estimulación de la liberación de la ACTH hipofisiaria.

La CRH está constituida por dos Péptidos que actúan sinérgicamente la CRH-41 y la Arginina- Vasopresina (AUP). Las acciones comportamentales descritas en los siguientes párrafos son atribuibles a la CRH-41.

La CRH se distribuye por todo el córtex y por el sistema límbico – hipotalámico.

La CRH es un péptido ansionérgico, es decir, produce activación de los mecanismos biológicos de la ansiedad:

- Acciones comportamentales características de ansiedad.
- Incremento de la actividad locomotriz en ambientes familiares
- Aumento del nivel de vigilancia (arousal) con hipersensibilidad a los estímulos sensoriales.

- Los niveles de CRH en LCR se encuentran elevados en pacientes diagnosticadas de trastorno por angustia (panic disorder) y en pacientes deprimidos.

Las bases biológicas de las acciones comportamentales ansiogénicas subyacen en las interacciones que se desarrollan CRH y el sistema nervioso simpático con desencadenamiento de fenómenos biológicos característicos de la: aumento de las catecolaminas periféricas, incremento de la glucemia, taquicardia y aumento de la presión arterial.

La CRH es a su vez regulada por influencias superiores entre las que destaca: La estimulación por el sistema serotoninérgico que a su vez es considerado como generador de la ansiedad.

Los Péptidos opiáceos endógenos poseen, entre otras cosas una acción reguladora de tipo ansiolítico, un ejemplo es que la administración de agonistas de los receptores mu opiáceos como el Fentanil, reduce la ansiedad subjetiva, valorada por escalas de cuantificación (STAI), en individuos sometidos a estrés agudos.

El sistema de los Péptidos opiáceos endógenos como un mecanismo de tipo ansiolítico, que ejerce acciones inhibitorias sobre sistemas ansiogénicos como la CRH, la noradrenalina y también la Serotonina y a su vez recibe la influencia activadora del principal sistema inhibitor- ansiolítico (Carrasco, 1990) .

Estas son solo algunas de las posibles explicaciones sobre el origen de este trastorno, como vemos aún no hay nada definitivo, por ello es necesario seguir

trabajando al respecto, ya que así se facilitaría el diagnóstico y tratamiento de este padecimiento.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

El TAG presenta, desde el punto de vista de la sintomatología, diferentes componentes:

- Cognitivos
- Comportamentales
- Fisiológicos

El componente cognitivo de la enfermedad consiste en la presencia de preocupaciones irrealistas 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, ocupacionales y sociales.

En concordancia con los pensamientos preocupantes y restricciones de 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 cefalea tensional o sensación de cabeza liviana, palpitaciones o disnea y sentirse irritable, al límite o “estar con los pelos de punta”. La preocupación y la ansiedad prolongadas pueden llevar a un estado de cansancio crónico, dificultades para lograr una adecuada concentración e insomnio (Horacio, 2003).

EPIDEMIOLOGÍA.

Todos los seres humanos hemos experimentado algún tipo de ansiedad a lo largo de nuestra vida, pero este trastorno tiene una prevalencia del 5% de la población general, afectando casi siempre a las personas en la niñez o en la adolescencia y siendo dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres, es más frecuente en jóvenes y personas de baja condición social o cultural, no se han asociado a factores culturales. (Perez, 2003; Stein, 2004; Vallejo, 1990).

La mayor prevalencia en los niños esta entre los 6-16 años, esta prevalencia es mayor en niñas y en hijos de padres con trastornos de ansiedad, en la población adolescente es semejante, aunque se presenta con mayor frecuencia en niños mayores de doce años (Vallejo, 1990). Muris, (2002) reporta una prevalencia de entre el 8-12% de los jóvenes sufren algún trastorno de ansiedad severo el cual influye en su funcionamiento diario.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud la prevalencia del trastorno de ansiedad en México es de alrededor del 28.6 por ciento, y se calcula que por lo menos 15 millones de mexicanos son víctimas de sus molestias en algún momento de su vida (Durán, 2006)

DIAGNOSTICO.

Como ya se ha comentado antes, el DSM-III en 1980 definió por primera vez el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), sacándolo de la categoría previa más amplia de neurosis de ansiedad del DSM-III.

En este momento, el TAG constituye el principal grupo de diagnóstico para la ansiedad prominente y crónica en ausencia de un trastorno de angustia. El rasgo fundamental de este síndrome según el DSM-IV-R es una ansiedad persistente que dura al menos seis meses.

A diferencia de lo que sucede en el trastorno de angustia, en el TAG no se constata un único acontecimiento que lleve al paciente a solicitar 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, 2004).

Aunque el trastorno de ansiedad generalizada es uno de los trastornos peor conocidos por numerosas razones actualmente se cuenta con criterios específicos para su diagnóstico, según el DSM-IV (APA, 1994) estos criterios 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.

DIAGNOSTICO EN ADOLESCENTES Y NIÑOS.

En su Diagnostico para los niños y adolescentes ha suscitado controversia, ya que hasta el DSM-III el termino empleado para designar este padecimiento en menores de 18 años era *trastorno por ansiedad excesiva*, pero en la actualidad los criterios para el trastorno de Ansiedad Generalizada para niños es casi idéntica a la de los adultos con la única diferencia de que los primeros deben cumplir con solo uno de los seis síntomas , además de la preocupación excesiva.

Para que haya una correcta evaluación del niño o adolescente con un trastorno de ansiedad se debe tener en cuenta aspectos como: el comienzo y desarrollo de los síntomas de ansiedad, los factores estresantes asociados, las historias médica, escolar y psiquiátrica familiar así como la exploración psicopatológica actual.

Se recomienda entrevistar al niño y a los padres por separado, para que todos tengan oportunidad de expresar libremente sus preocupaciones, también es útil recabar información de otros familiares o incluso de los profesores. Para realizar una buena evaluación se recomienda el uso de: entrevistas psiquiátricas estructuradas o semiestructuradas que ayuden a confirmar el diagnostico de trastorno de ansiedad, así como los trastornos comorbidos, así como diversas escalas clínicas autoaplicadas e instrumentos de evaluación para los padres. (Laszlo, 2004).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

El trastorno de Ansiedad Generaliza es difícil de diagnosticar debido a que sus síntomas se presentan en casi todos los trastornos de

Ansiedad y del Estado de Animo, además de que dos terceras partes de los pacientes con un diagnóstico principal de trastorno de Ansiedad Generalizada sufren un trastorno comórbido del eje I, como fobia social o distimia (Portilla , 2000) .

Se debe establecer el diagnóstico diferencial con la ansiedad normal ya que algunos niños y adolescentes presentan preocupaciones o síntomas aislados.

También es importante diferenciar e trastorno de ansiedad generalizada de algunas enfermedades orgánicas como hipertiroidismo, hipoglucemia o feocromocitoma así como el efecto de ciertos medicamentos como los adrenérgicos o antiasmáticos. La evaluación médica siempre debe incluir una rigurosa exploración física, el hemograma, bioquímica sanguínea básica, pruebas de función tiroidea y analítica urinaria.

El diagnóstico diferencial del trastorno de ansiedad generalizada incluye también a los otros trastornos de ansiedad, por ejemplo:

-Depresión./Ansiedad Generalizada

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 vigilancia excesiva, una conducta exploradora y la somatización, en especial de los síntomas respiratorios, nos apuntan hacia un trastorno de ansiedad.

-Angustia/ Ansiedad Generalizada.

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 trastorno de ansiedad Generalizada. Además de la característica de que los pacientes con angustia refieren más pensamientos aterradores y catastróficos y centran su atención en los síntomas cardio- respiratorios Agudos, mientras que los pacientes con Ansiedad Generalizada reportan molestias crónicas menos específicas que afectan a numerosos órganos.

-TOC/Ansiedad Generalizada.

Dado que las preocupaciones observadas en los pacientes con TAG aparecen frecuentemente como obsesivas y rumiativas puede que, clínicamente se torne dificultoso el diferenciar las preocupaciones observadas en el TAG y las ideas obsesivas en el TOC. Las preocupaciones del TAG son típicamente autoiniciadas; de manera contraria a la naturaleza intrusita y no deseada de las obsesiones. Debe reconocerse que en el TAG la forma excesiva y desproporcionada de preocuparse que tiene el enfermo difiere

considerablemente de las preocupaciones y angustias que todos experimentamos a veces y que el trastorno se desarrolla una vez que los síntomas tienen suficiente severidad o duración para interferir con la vida o actividad de quien lo padece (Horacio, 2003).

-Trastorno de Pánico/Ansiedad Generalizada

Aunque el TAG y el TP se caracterizan por presentar síntomas somáticos y preocupación, los síntomas neurofisiológicos del pánico se dan en forma de crisis o ataques discretos, mientras que la preocupación se focaliza sobre todo en la anticipación de un posible nuevo ataque. En el TAG los síntomas de ansiedad son más persistentes y los pensamientos preocupantes están referidos a temores cotidianos.

Con respecto a los tratamientos, la demora en la búsqueda de los mismos es mayor en los pacientes con TAG que en los con TP, lo que podría atribuirse a falta de un diagnóstico correcto a nivel de la asistencia primaria, o a una creencia equivocada de que el problema de ansiedad en el enfermo es un rasgo permanente, o “una forma de ser” y, por lo tanto no merece tratamiento.

-Trastornos de Personalidad/Ansiedad Generalizada.

Aunque no se ha identificado ningún trastorno específico de la personalidad que se asocie de modo característico con el trastorno de Ansiedad Generalizada, los trastornos de personalidad por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo son frecuentes. Y de acuerdo con algunas teorías estos trastornos de personalidad podrían hacer al

paciente vulnerable para sufrir Ansiedad Generalizada, además de representar complicaciones del mismo (Matt, 1990).

-Uso de Sustancias/Ansiedad Generalizada.

La automedicación es generalmente el primer paso para sufrir un trastorno relacionado con el uso de sustancias, en el trastorno de Ansiedad Generalizada 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 trastorno de Ansiedad Generalizada como: trastornos digestivos, ácido biliar y del sueño. Esta relación entre alcohol y ansiedad es de suma importancia ya que la comorbilidad entre pacientes diagnosticados con el trastorno de ansiedad y alcoholismo es muy elevada. Por ejemplo en un estudio realizado a pacientes con neurosis ansiosa se estima que los problemas de alcohol se presentaron en un 16-25% de los casos (Horacio, 2003; Matt, 1990).

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Durante la infancia y la adolescencia los trastornos de ansiedad resultan más difíciles de diagnosticar que en la vida adulta, por lo que existen numerosos

instrumentos disponibles para la evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes, que pueden servir de ayuda en el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada.

Algunos instrumentos son:

- Diagnostic Interview for Children and adolescents- revised (DICA-R)
- NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children
- Hamilton Anxiety Rating Scale
- Anxiety ratiin for Children Revised
- Inventario de ansiedad y de depresión de Beck. SCL-90-R: consta de 21 reactivos donde se especifican los síntomas de ansiedad (Osman, 1997; Portilla, 2000; Steer, 1995)

TRATAMIENTO

El tratamiento para la ansiedad como para cualquier otro trastorno debe basarse en una evaluación cuidadosa del cuadro clínico, dependiendo del nivel de desarrollo del niño, del grado de deterioro funcional y de los probables factores etiológico (Bobes, 2000).

El tratamiento para la Ansiedad se divide en dos grandes grupos:

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Dentro este encontramos diversas alternativas como:

- Acupuntura

- Masajes
- Relajación-meditación
- Auto hipnosis
- Psicoanálisis
- Psicoterapias –Cognitivo Conductual es la más empleada.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.

Los procedimientos elementos comunes casi todos los acercamientos implican reestructuración cognitiva de creencias, pensamientos y asociación de imágenes con los estímulos de ansiedad que provocan. Los procedimientos elementos comunes casi todos los acercamientos implican reestructuración cognitiva de creencias, pensamientos y asociación de imágenes con los estímulos de ansiedad que provocan. La terapia cognitivo conductual para el TAG se basa en la teoría de que el trastorno se deriva de percepciones constantes del mundo como un lugar peligroso, resultando en un proceso de interacciones habituales y mal adaptativas entre los sistemas cognitivo, conductual y de respuesta psicológica.

La interacción de esos sistemas de respuesta mal adaptativos conduce a un proceso en espiral que intensifica la ansiedad. Lo fundamental para este tratamiento es que los pacientes aprendan el auto monitoreo. Los pacientes deben poner atención a cualquier cambio sutil en su nivel de ansiedad y que noten los patrones interactivos de pensamientos preocupantes, imágenes catastróficas, actividad fisiológica, evitación conductual y pistas o factores externos que pueden disparar estas respuestas.

Cuando los pacientes son conscientes de sus pistas de ansiedad, se les impulsa a intervenir tan pronto como sea posible utilizando nuevas respuestas de afrontamiento. Las intervenciones para respuestas de afrontamiento adaptativas incluyen el entrenamiento en relajación, auto desensibilización y reestructuración cognitiva. Dentro de estas intervenciones a los pacientes se les enseñan múltiples técnicas. Esto les permite que experimenten con una variedad de estrategias para que determinen cual es la que funciona mejor para ellos y ayuda a establecer elecciones flexibles para combatir las formas rígidas de respuesta previas.

Las técnicas de relajación incluyen imaginación agradable, respiración diafragmática en modo lento, relajación muscular progresiva y meditación. Por su parte las técnicas de terapia cognitiva incluyen la identificación de pensamientos automáticos y creencias centrales, análisis lógico basado en probabilidad y evidencia y el desarrollo de múltiples alternativas (Newuman, 1995).

Existen tres estrategias básicas para la TCC del TAG:

- 1.- Reestructuración cognitiva de los pensamientos ansiogénicos.
- 2.- Entrenamiento en técnicas de relajación.
- 3.- 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 acerca del rol de las cogniciones para aumentar la ansiedad.
- Entrenamiento en relajación.
- Verificación lógica de los pensamientos.

- Estimación de posibilidades.
- Uso de tareas comportamentales 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 luego objetivarlos 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, las que permite a los pacientes medir la posibilidad real de que los eventos ocurran dado 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 desafían sus pensamientos ansiógenos distorsionados.

Dado que muchos pacientes con TAG intentan bloquear mentalmente sus imágenes negativas o catastróficas y distraerse de las mismas, nunca se permiten que la ansiedad asociada con dichas imágenes sufra un proceso de habituación y se vaya extinguiendo. Se ha desarrollado una técnica llamada exposición a las preocupaciones, la cual está específicamente destinada a contrarrestar este problema. Consiste en lograr que el paciente se focalice en imágenes catastróficas o atemorizantes lo más vívidas posibles y que los pacientes registren el grado de ansiedad que les provoca. (Horacio,2003)

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LOS NIÑOS.

El tratamiento de diversos padecimientos en niños es muy restringido y se remite por muchas razones, pero en el trastorno de ansiedad esto es muy común, ya que la ansiedad es un padecimiento que avanza de manera rápida y pueden alcanzar un nivel crónico que puede persistir hasta la adultez, además de que este padecimiento puede coexistir con otros, en especial con la depresión.

El tratamiento Cognitivo Conductual (TCC) a de lograr que los niños reconozcan sus propias cogniciones ansiosas, así como a la identificación de las situaciones que las desencadenan y hacer conscientes esas cogniciones. En el rubro de lo conductual se cuenta con diversas estrategias que permiten al niño manejar su ansiedad tales como: exposición, role play, relajación y el reforzamiento.

En un estudio reciente Reynolds y cols. (2000) reportan una significativa reducción de los pensamientos, síntomas físicos y síntomas sociales de niños con ansiedad de edades entre 8-13 años bajo la intervención del TCC. En otro estudio se reporta la eficiencia del TCC en el tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes (Murin, 2002).

Ventajas e inconvenientes de la terapia cognitivo-conductual.

La TCC comporta una tasa más baja de recaídas tardías (Brown y Barlow, 1995; Hiss y cols., 1994; Liebowitz y cols., 1999). Quizá la TCC refuerce la autoestima, con más rapidez que la farmacoterapia, y aumente la capacidad de acción.

No obstante, entre los inconvenientes de la TCC se encuentran la inversión relativamente mayor de tiempo y esfuerzo por parte del paciente y del clínico y

una espera, casi siempre, más larga hasta que la ansiedad se alivia en grado significativo. Los deberes de la terapia llevan su tiempo y deben realizarse de forma regular. Los ejercicios de exposición resultan a veces incómodos y arduos y precisan una ejecución constante.

Otro problema es el tiempo que el tratamiento tarda en surtir efecto. Los pacientes que siguen TCC pueden obtener una mejora ligera e inmediata simplemente con la información sobre su trastorno y sobre la esperanza cifrada en la terapia, si bien esta suele tardar, salvo contadas excepciones, semanas o meses en desplegar todos sus efectos. Las excepciones comprenden algunas de las fobias específicas, para las que ocasionalmente se puede aplicar un tratamiento eficaz basado en la exposición en una sola sesión amplia. En cambio, para tratar un TEPT complejo se requieren, de ordinario, varios años de terapia (Herman, 1992).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La farmacoterapia ofrece un alivio significativo y bastante rápido, además de exigir menos esfuerzo y capacidad al paciente. Los pacientes con diversos trastornos de ansiedad que reciben monoterapia farmacológica se hallan expuestos, después del tratamiento, a un riesgo significativamente mayor de recaída que los que acuden a la TCC.

Dentro de los medicamentos más empleados en el tratamiento farmacológico para este trastorno tenemos:

- Benzodicepinas: Durante varias décadas las benzodicepinas han sido los medicamentos más usados para el tratamiento farmacológico del TAG. Estos actúan como inhibidores en la recaptura de la Serotonina y

son las más empleadas. Aunque la discontinuación de un tratamiento con benzodiazepinas durante un periodo largo está relacionado con un síndrome de retirada como la reaparición de los síntomas de preocupación original o también llamada preocupación de rebote. Dentro de estas encontramos el Alprazolam que es una triazolobenzodiazepina que ha demostrado tener un efecto rápido y clínicamente significativo para reducir la ansiedad .

- Antidepresivos: Los tricíclicos y los IMAOs constituyeron los agentes más utilizados para el tratamiento de la depresión, sus propiedades antidepresivas fueron atribuidas a su habilidad para modular tanto al sistema noradrenérgico como el serotoninérgico. Los tricíclicos han demostrado aportar beneficios terapéuticos en los trastornos depresivos, en el TAG, en el trastorno de pánico (TP), en el Trastorno obsesivo compulsivo (TOC), en el Trastorno de ansiedad social (TAS) y el Trastorno por estrés post traumático (TEPT). El advenimiento de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSs) significó un gran avance, en lo que hace a perfiles de seguridad y tolerabilidad, al ser eficaces tanto para los trastornos depresivos como ansiosos. Se ha comprobado que son más efectivos en los trastornos de ansiedad que los agentes que inhiben exclusivamente la recaptación de noradrenalina .

- Betabloqueantes: Los betabloqueantes, como el atenolol o el propranolol pueden ser una terapia adjunta útil para minimizar ciertos síntomas somáticos de ansiedad, como las palpitaciones y el temblor, pero no son

útiles como agentes de primera línea, debido a que habitualmente no reducen la experiencia subjetiva de la ansiedad como lo hacen los fármacos anteriormente mencionados y los antidepresivos.

- Venlafaxina: La venlafaxina, pertenece a una nueva generación de antidepresivos denominados duales o inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN). Este fármaco de recaptación dual tiene una curva dosis-respuesta muy definida para la cual es recomendable usar dosis más altas. Los efectos adversos más frecuentes son, náuseas, boca seca, cefaleas y somnolencia. Para el tratamiento del TAG, se utilizó venlafaxina XR en tres estudios clínicos de dos meses con una extensión de cuatro meses.
- Hidroxizina: Antagonista de los receptores de histaminas (H_1) que no induce dependencia entre los animales ni en la especie humana. De acuerdo a los estudios que se han hecho con este antagonista en la ansiedad generalizada se ha encontrado que la hidroxizina indujo una mejora cognitiva mas intensa y rápida, su efecto secundario fue somnolencia.
- Buspirone: Es una azaspirona considerada efectiva para el tratamiento de los casos leves a moderados de TAG, especialmente por periodos prolongados, dado que no producen dependencia física, no interactúa con el alcohol y no causa trastornos psicomotores. Los efectos adversos incluyen frecuentemente cefaleas, síntomas gastrointestinales, mareos y aumento de peso. El tratamiento se inicia con una dosis promedio de 30 a 60 miligramos diarios en dosis divididas y se requiere un mínimo de 4 semanas para determinar su eficacia, dado que el inicio de acción es

lento (de dos a tres semanas)(Berlanga, 1991;Campos, 2000; Dugas, 2000; Horacio, 2003; Stein, 2004).

Recientemente investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), desarrollaron un fitomedicamento contra la ansiedad que resultó igual de eficaz que los ansiolíticos farmacéuticos comunes, pero sin los efectos colaterales de éstos como son: sedación, somnolencia, trastornos del sueño, alteración de la memoria o adicción. Sin embargo su descubridor comenta que este fitomedicamento aún no se encuentra disponible en el mercado, “el siguiente paso es lograr una adecuada transferencia de la tecnología a una industria farmacéutica seria, de excelente calidad y buena capacidad de penetración en el mercado (Durán, 2006).

Tabla 1 : principales medicamentos empleados en el tratamiento del TAG.

Clase de medicamento	Nombre genérico	Nombre comercial
Benzodiazepinas	Alprozolam	Xanax
	Clonazepam	Rivotril
	Diazepam	Valium
Triciclitos	Clomipramina	Anafranil
	Imipramina	Tofranil
	nortriptilina	Aventyl
SSRIs	Fluxetina	Prozac
	Fluvoxamina	Luvox
	Paroxetina	Paxil
	Sertralina	Zoloft
Azapirone	Buspirona	buspar

El trastorno de Ansiedad es un padecimiento sobre el cual se han realizado muchas investigaciones, pero aún requiere de más investigaciones que permitan conocer más acerca de su origen, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, ya que la gran mayoría de los estudios realizados sobre este trastorno son en poblaciones ajenas a la nuestra.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Como se puede observar en los apartados anteriores se requiere de más investigaciones sobre este trastorno como menciona Newman (2002) en investigaciones (Brown, Di Nardo, Lehman, & Campbell, 2001; Di Nardo, Moras, Barlow, Rapee, & Brown, 1993) 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 apoyen dicho diagnóstico, sin que requiera necesariamente un exceso de tiempo y costos, de ahí el interés por la realización de una investigación con esta vertiente, la validación de los instrumentos: Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) y del GAD-Q-IV, permitirían un mejor diagnóstico de este padecimiento en adolescentes mexicanos, lo cual por ende facilitaría su tratamiento.

JUSTIFICACIÓN

El trastorno de ansiedad Generalizada es uno de los padecimientos más difíciles de diagnosticar debido a que comparte numerosos síntomas y características con otros padecimientos y al poco conocimiento sobre su origen por ello la importancia de contar con instrumentos validos para el adecuado diagnóstico y tratamiento de este padecimiento. Además de que en la actualidad este padecimiento aqueja a un número cada vez mayor de personas sin importar el sexo o la edad. Como plantea Laszlo (2004) este padecimiento va en aumento en niños y adolescentes, pues cerca del 4 % de esta población cuenta con los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad. A pesar de la existencia de algunos instrumentos empleados par el diagnostico del TAG en niños y adolescentes, éstos son extranjeros y en México contamos con muy poca información y por ende con casi ningún instrumento que nos ayude en el diagnostico y tratamiento del TAG, especialmente en población tan joven, pues nuestra muestra abarca edades entre los 12-18 años. Además de lo anterior esta investigación permitirá identificar aquellos temas que preocupan a la población en cuestión permitiéndonos saber más acerca de su forma de ver las cosas.

METODO

HIPÓTESIS

1. La escala de preocupación de Pensilvania (PSWQ) podrá validarse para adolescentes residentes del DF.
2. La escala de Ansiedad Generalizada (GAD-Q-IV) podrá validarse para adolescentes residentes del DF.

VARIABLES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Preocupación: La preocupación se define como una cadena de pensamientos e imágenes negativos relativamente incontrolables

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, 1994).

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Preocupación: representada por el tipo de respuestas que los sujetos registren en la prueba del PSWQ.

Ansiedad Generalizada: representada por el tipo de respuestas que los sujetos registren en la prueba del GAD-Q-IV.

DISEÑO

No Experimental ya que no se realiza la manipulación de ninguna variable y se realizó la recopilación de datos a través de una medición a una sola muestra de participantes.

MUESTREO.

El muestreo empleado fue de tipo No Probabilística de tipo accidental por cuota.

SUJETOS

La muestra estuvo constituida por 500 adolescentes de edades entre 12-18 años; 260 mujeres y 240 hombres residentes del Distrito Federal.

INSTRUMENTOS

-Escala de Preocupación de Pensilvania (PSWQ): Es una escala tipo Licker compuesto por dieciséis reactivos, sus respuestas van de Nada Común (1) hasta Muy Común (5).

-Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-Q-IV): Constituida nueve reactivos de los cuales cinco reactivos tienen dos opciones de respuesta SI o NO (1,2,3,4 y 6), el reactivo No. cinco es abierto; la respuesta siete consiste en solo marcar aquella opción que ha existido y las preguntas ocho y nueve tienen una escala que va de nada (0) hasta Muy Severo (8).

PROCEDIMIENTO

Se realizó una breve presentación con los participantes y se explicó el propósito de la investigación. En seguida se pidió su colaboración voluntaria para este proyecto.

Se procedió a la aplicación de los cuestionarios entregados de manera simultanea, engrapados primero el PSWQ y detrás el GAD-IV. Para lo cual se otorgo un periodo de 15-20 minutos para responderlo.

Al finalizar el tiempo se recogieron los cuestionarios y dijo a cada uno de los participantes "Gracias por su ayuda".

RESULTADOS

Para cumplir con los objetivos de este estudio se trabajó con el paquete estadístico SPSS, primero para obtener la capacidad discriminativa de cada uno de los reactivos del PSWQ, con un nivel de significancia de 0.05 posteriormente obtener el alpha de Cronbach y así validar este instrumento. Y para la validación del GAD-QIV se realizó un análisis de Frecuencias y uno de contenidos en el mismo paquete, este último con la finalidad de conocer cuáles son los temas por los que se preocupan los adolescentes con mayor frecuencia.

La muestra estuvo constituida por 501 sujetos de edades entre 12-18 años cuya media de edad es 14.57 y presentando una desviación estándar de 1.93 de los cuales el 48.5% son hombres (243) y el 51.4% son mujeres (258), todos residentes del Distrito Federal. A continuación se presentan los resultados obtenidos para cada uno de los cuestionarios.

ESCALA DE PREOCUPACIÓN DE PENNSILVANIA (PSW).

El PSW es una escala cuya versión original se encuentra en inglés, por ello el primer paso para su validación fue obtener el cuestionario en su versión original, para realizar su traducción y realizar un piloteo, una vez concluido esto se procedió a la validación para lo cual se llevó a cabo un análisis estadístico el cual comprendió una prueba T y un Alfa de Cronbach. A continuación se muestran los resultados.

En cuanto a la capacidad discriminativa de los reactivos del PSW se contrastaron el 20% de los puntajes altos y el 20% de los puntajes bajos, como se muestra en la tabla 2 los dos reactivos que no cuentan con una capacidad

discriminativa significativa son el 1 y el 10, ya que su nivel de significancia fue superior a .05, siendo de .111 y .751 respectivamente. Mientras que los 14 reactivos restantes obtuvieron un nivel de significancia de $p < .000$.

Tabla 2: Prueba T y Nivel de Significancia por reactivo del PSW (se muestran en sombreado los reactivos que no cuentan con un nivel de significancia adecuado).		
REACTIVO	PRUEBA T	NIVEL DE SIGNIFICANCIA (0.05)
Si no tengo tiempo suficiente para realizar mis actividades, no me preocupo por ello.	-1.5980	.111
Mis preocupaciones me abruman	-13.363	.000
No tiendo a preocuparme por las cosas	-2.826	.005
Me preocupo por muchas situaciones	-17.136	.000
Se que no debería preocuparme por las cosas, pero no puedo evitarlo	13.718	.000
Cuando estoy bajo presión, me preocupo mucho	-15.560	.000
Siempre estoy preocupándome por algo	-16.284	.000
Me es muy fácil deshacerme de mis pensamientos preocupantes.	3.080	.002
Tan pronto como termino una tarea, empiezo a preocuparme por todo lo demás que tengo que hacer.	-13.296	.000
Nunca me preocupo por nada	-.318	.751
Cuando ya no hay nada más que pueda hacer por algo ya no me preocupa, ya no me preocupo por ello.	-4.975	.000
He sido un preocupon toda mi vida	-15.121	.000
Me doy cuenta que frecuentemente me preocupo por las cosas	-18.771	.000
Una vez que empiezo a preocuparme no me puedo detener	-16.538	.000
Me preocupo todo el tiempo	-19.564	.000
Me preocupo por los proyectos hasta que los termino completamente.	-9.857	.000

Por ultimo se realizo un análisis de confiabilidad a través del alfa de Cronbach a los 16 reactivos que componen el PSW , la confiabilidad de consistencia interna obtenida para esta escala es un alfa total de =.7048. los resultados se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 3: alfa de la media y alfa del ítem si este se suprime por reactivo del PSW.		
REACTIVO	ALFA DE LA MEDIA SI EL ÍTEM SE SUPRIME	ALFA SI EL ÍTEM SE SUPRIME
Si no tengo tiempo suficiente para realizar mis actividades, no me preocupop por ello.	39.1760	.7283
Mis preocupaciones me abruman	38.8400	.6740
No tiendo a preocuparme por las cosas	39.1920	.7240
Me preocupop por muchas situaciones	38.5140	.6667
Se que no debería preocuparme por las cosas, pero no puedo evitarlo	38.7540	.6716
Cuando estoy bajo presión, me preocupop mucho	38.1980	.6708
Siempre estoy preocupándome por algo	39.0860	.6625
Me es muy fácil deshacerme de mis pensamientos preocupantes.	38.8420	.7540
Tan pronto como termino una tarea, empiezo a preocuparme por todo lo demás que tengo que hacer.	39.0040	.6826
Nunca me preocupop por nada	39.4860	.7351
Cuando ya no hay nada más que pueda hacer por algo ya no me preocupa, ya no me preocupop por ello.	38.7220	.7158
He sido un preocupon toda mi vida	39.3740	.6646
Me doy cuenta que frecuentemente me preocupop por las cosas	38.8360	.6561
Una vez que empiezo a preocuparme no me puedo detener	39.2680	.6630
Me preocupop todo el tiempo	39.5380	.6564
Me preocupop por los proyectos hasta que los termino completamente.	38.3000	.6915

ESCALA DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD-Q-IV).

Esta no es una escala que por sus opciones de respuesta no puede ser sometida a un análisis de confiabilidad, por lo cual lo que se hizo fue darle una validez descriptiva basada en el DSM-IV, mediante la aplicación de un análisis

de Frecuencias y uno de contenidos, este último con la finalidad de conocer cuáles son los temas por los que se preocupan los adolescentes mexicanos con mayor frecuencia. A continuación se desglosan los resultados obtenidos por reactivo en esta escala.

Pregunta 1:

-Experimenta preocupación Excesiva

Tabla 4:Frecuencias y porcentajes por respuestas		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	91	18.2
NO	410	81.8
TOTAL	501	100

La tabla nos muestra que en este caso el 18.2% de los sujetos reportó *SI* sentir una preocupación excesiva, mientras que un 81.8% *NO* experimenta una preocupación excesiva.

Pregunta 2:

-Su Preocupación es excesiva en intensidad.

Tabla 5:Frecuencias y porcentajes por respuestas		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	96	19.2
NO	405	80.8
TOTAL	501	100

En este caso el 19.2% responde que su preocupación SI es excesiva en intensidad mientras que el 80.8% reporta que su preocupación NO es excesiva en intensidad, como se observa en la tabla.

Pregunta 3:

-Es difícil controlar su preocupación.

Tabla 6:Frecuencias y porcentajes por respuestas		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	179	35.7
NO	322	64.3
TOTAL	501	100

Como se muestra en la tabla 5 el 35.7% reporto que SI le es difícil controlar su preocupación mientras que el 64.3% asegura que NO le es difícil controlar su preocupación, esta pregunta a diferencia de las dos anteriores reporta un mayor porcentaje de sujetos que reconocen una dificultad para controlar su preocupación.

Pregunta 4:

-Se preocupa por detalles pequeños.

Tabla 7:Frecuencias y porcentajes por respuestas		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	189	37.7
NO	312	62.3
TOTAL	501	100

El 36.7% dice preocuparse por detalles pequeños mientras que el 62.3% mas de la mitad plantea que no se preocupa por detalles pequeños.

Pregunta 5:

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

En lo que respecta a esta pregunta es en esta sección de la prueba donde se realizo el análisis de contenido con la finalidad de simplificar las respuestas y se obtuvieron un total de 8 categorías las cuales se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 8: Temas preocupantes y número de identificación.	
NUMERO	CATEGORIA
1	Salud
2	Familia
3	Asuntos Personales
4	Economía
5	Trabajo
6	Académicos
7	Puntualidad
8	Otros

Pregunta 5 opción A, por favor enliste los temas mas frecuentes por los que se preocupa de manera excesiva e incontrolable.

Tabla 9: Frecuencia en número y porcentaje por cada categoría.		
CATEGORIA	N	PORCENTAJE (%)
Salud	11	2.2
Familia	58	11.6
Asuntos personales	35	7
Economía	9	1.8
Trabajo	4	.8
Académicos	298	59.5
Tiempo	21	4.2
Otros	4	.8
No contestaron	61	12.2

Pregunta 5 opción B, por favor enliste los temas mas frecuentes por los que se preocupa de manera excesiva e incontrolable.

Tabla 10: Frecuencia en número y porcentaje por cada categoría.		
CATEGORIA	N	PORCENTAJE (%)
Salud	13	2.5
Familia	70	14
Asuntos personales	84	16.8
Economía	12	2.4
Trabajo	17	3.4
Académicos	177	35.3
Tiempo	22	4.4
Otros	11	2.2
No contestaron	95	19

Pregunta 5 opción C, por favor enliste los temas mas frecuentes por los que se preocupa de manera excesiva e incontrolable.

Tabla 11: Frecuencia en número y porcentaje por cada categoría.		
CATEGORIA	N	PORCENTAJE (%)
Salud	11	2.2
Familia	54	10.8
Asuntos personales	101	20.2
Economía	13	2.6
Trabajo	11	2.2
Académicos	105	21
Tiempo	17	3.4
Otros	17	3.4
No contestaron	172	34.3

Pregunta 5 opción D, por favor enliste los temas mas frecuentes por los que se preocupa de manera excesiva e incontrolable.

Tabla 12: Frecuencia en número y porcentaje por cada categoría.		
CATEGORIA	N	PORCENTAJE (%)
Salud	10	2
Familia	39	7.8
Asuntos personales	92	18.4
Economía	10	2
Trabajo	3	.6
Académicos	52	10.4
Tiempo	9	1.8
Otros	9	1.8
No contestaron	277	55.3

Pregunta 5 opción E, por favor enliste los temas mas frecuentes por los que se preocupa de manera excesiva e incontrolable.

Tabla 13: Frecuencia en número y porcentaje por cada categoría.		
CATEGORIA	N	PORCENTAJE (%)
Salud	9	1.8
Familia	13	2.6
Asuntos personales	60	12
Economía	3	.6
Trabajo	2	.4
Académicos	28	5.6
Tiempo	7	1.4
Otros	11	2.2
No contestaron	368	73.5

Pregunta 5 opción F, por favor enliste los temas mas frecuentes por los que se preocupa de manera excesiva e incontrolable.

Tabla 14: Frecuencia en número y porcentaje por cada categoría.		
CATEGORIA	N	PORCENTAJE (%)
Salud	2	.4
Familia	13	2.6
Asuntos personales	30	6
Economía	6	1.2
Trabajo	1	.2
Académicos	16	3.2
Tiempo	2	.4
Otros	11	2.2
No contestaron	420	83.8

Como se muestra en las tablas anteriores la mayoría de los sujetos no contesto esta pregunta en algunas de sus opciones, ya que reportan no preocuparse de manera excesiva por ningún tema en específico. En la siguiente tabla se muestra de manera más clara las puntuaciones que obtuvieron cada una de las categorías en la totalidad de sus menciones.

Tabla 15: frecuencia por categoría.	
CATEGORIA	NUMERO DE MENCIONES (Frecuencia)
1	56
2	247
3	402
4	53
5	38
6	676
7	78
8	63

Como se puede observar es la categoría Académicos (6) la que se presenta con mayor frecuencia entre las cosas que más les preocupan a los adolescentes con 676 pronunciaciones, dentro de esta categoría encontramos preocupación por calificaciones, exámenes, reprobar, etc. En segundo lugar encontramos a la categoría Asuntos Personales (3) con 402 menciones y en tercer lugar la preocupación por la familia (2) con 247 menciones. Mientras que lo que menos les preocupa a los adolescentes es el trabajo (5) con una puntuación de 38.

Pregunta 6:

Cabe mencionar que esta pregunta es un filtro, ya que de contestar SI en ella, se debe responder toda la escala, pero si la respuesta es NO ahí termina la prueba, pero a pesar de la instrucción hubo muchos sujetos que siguieron respondiendo aunque su respuesta fue NO.

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

La respuesta Si obtuvo un 26.1% mientras que No tuvo un 73.9%, es decir, 131 sujetos reportan sentir molestia por sus preocupaciones durante los últimos 6 meses, mientras que 370 no.

Tabla 16: frecuencia y porcentaje por respuesta.		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	131	26.1
NO	370	73.9
TOTAL	501	100

Pregunta 7:

-¿Durante los últimos seis meses, le ha molestado alguno de los siguientes síntomas?

A continuación se muestra la frecuencia con la que se presentó cada uno de los síntomas, como se observa 96 personas reportan haber sentido intranquilidad excitación, 77 dificultad para conciliar el sueño/permanecer dormido o sueño intranquilo/insatisfactorio, 121 han experimentado dificultad

para concentrarse o tener la mente despejada , 86 irritabilidad , 94 reportan fatigarse fácilmente y 91 Tensión muscular .

Tabla17: Frecuencia del reactivo por respuesta.						
RESPUESTA	FRECUENCIA					
	Intranquilidad	Dificultad para dormir	Dificultad para concentrarse	Irritabilidad	Fatiga	Tensión muscular
0 (NO)	405	424	380	415	407	410
1 (SI)	96	77	121	86	94	91

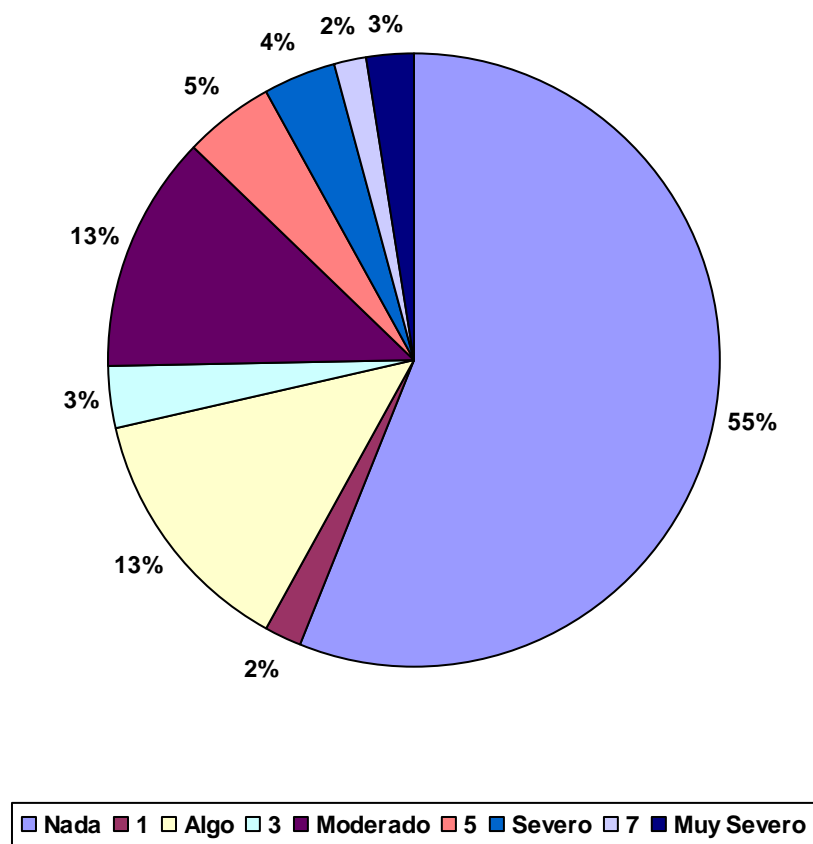
Pregunta 8:

-Que tanto interfieren la preocupación y los síntomas físicos en su vida, actividades sociales, familia, etc. (Ver tabla 11)

Tabla 18: frecuencia y porcentaje por respuesta.		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 (NADA)	281	56.1
1	10	2
2 (ALGO)	67	13.4
3	16	3.2
4 (MODERADO)	63	12.6
5	24	4.8
6 (SEVERO)	19	3.8
7	8	1.6
8 (MUY SEVERO)	13	2.6

Como se muestra en la tabla el 56.1% reporta que su preocupación no (0) interfiere en su vida diaria, mientras que tan solo el 2.6% reporta que esta interferencia se ubica en muy severo (8). En la siguiente grafica se observa de una manera mas clara.

Grafica 1: porcentaje por respuesta.



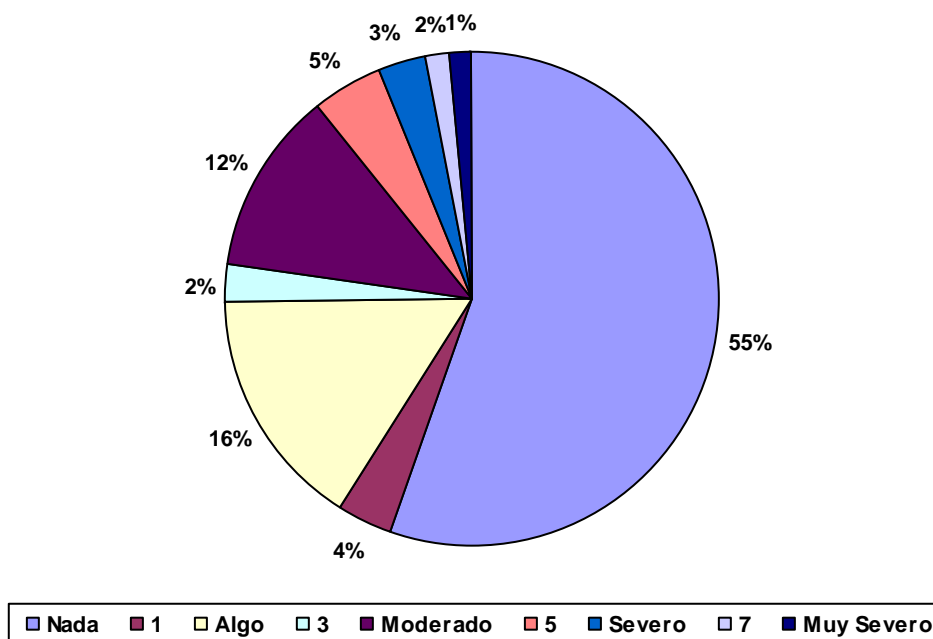
Pregunta 9:

-Cuanto malestar le causan la preocupación y los síntomas físicos?

Tabla 19: frecuencia y porcentaje por respuesta.		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 (NADA)	277	55.3
1	18	3.6
2 (ALGO)	80	16
3	12	2.4
4 (MODERADO)	60	12
5	23	4.6
6 (SEVERO)	16	3.2
7	8	1.6
8 (MUY SEVERO)	7	1.4

Como se observa en la ultima pregunta del GAD el 55.3% de los sujeto reporto no sentir molestia con la preocupación o síntomas físicos, y tan solo el 1.14% reporto que esta molestia era muy severa.

Grafica 2: Porcentaje por respuesta.



Como se observa a pesar de que los porcentajes no son altos en los extremos de preocupación, es decir, no expresan una sintomatología severa, no se debe dejar de lado que si hay adolescentes y niños que reportan sentir preocupación excesiva, y saber esto permitirá que se canalicen y se trabaje con ellos para que esta patología no avance.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN.

De acuerdo con los resultados obtenidos en este trabajo podemos concluir que el PSWQ es una escala que puede ayudar en el diagnóstico y por ende en el tratamiento del TAG en adolescentes mexicanos, ya que cuenta con un alfa de Cronbach $=.70$ demostrando así que cuenta con una validez aceptable, sin embargo debemos recordar que los reactivos 1 y 10 no contaron con un nivel de significancia adecuado por lo que es necesaria la revisión de dichas preguntas con la finalidad de que este instrumento tenga una validez mayor, ampliando así la capacidad discriminativa de dicha escala.

En el caso del GAD-QIV este instrumento nos permite identificar de manera adecuada a persona con TAG de la que no lo tienen. Por otro lado en cuanto al análisis de contenido se coincide con lo establecido por Caballo, 1995, quien plantea que una de los principales temas por los que se preocupa la gente en general (no solo niños) es por la familia, lo cual se corrobora en esta investigación ya que ésta fue la respuesta que obtuvo el segundo lugar en menciones en la muestra. Además de coincidir en lo encontrado por Robaina (2001) en Cuba, quien plantea que la familia, la escuela y el futuro son los temas que más preocupan a los adolescentes, esto apoyado también por Papalia, (2002), específicamente en la población de nuestro interés.

Lamentablemente no existen aproximaciones científicas relacionadas con el uso de estos instrumentos en población adolescente e infantil, de ahí la dificultad para relacionar los resultados obtenidos con otras muestras.

A pesar de lo anterior esta investigación arroja datos importantes acerca del papel que juega el TAG en nuestra población adolescente, pues si bien el trastorno de ansiedad generalizada no se encuentra en extrema gravedad en la población adolescente, no se debe descartar la existencia de ella, ya que de una muestra de 501 sujetos, el 18.2% reporta sentir una preocupación excesiva, datos parecidos son los expuestos por autores como Laszlo, 2004; quienes hablan de este problema y sus orígenes en la infancia. Son muchas las aportaciones que este trabajo deja; como el permitir contar con dos instrumentos para el diagnóstico del TAG en niños y adolescentes, el ser uno de los pocos estudios enfocados a la investigación de este padecimiento en una población tan joven, así como abrir la puerta para posteriores investigaciones, pero también se encontró con ciertas limitaciones, entre ellas; la traducción empleada probablemente no fue la mejor, ya que el lenguaje empleado no fue dirigido exclusivamente a niños y adolescentes, así como la dificultad para encontrar participantes y finalmente el no haber realizado un Análisis Factorial, ya que este trabajo forma parte de un Proyecto Nacional, y es en la muestra total donde se realizará este análisis.

Así mismo se sugiere que para investigaciones futuras se modifique el lenguaje empleado enfocándolo solo a la población infantil y joven, además de la posibilidad de realizar comparaciones entre grupos para ver si hay

diferencias en cuanto al sexo, ya que autores como Laszlo (2004) reporta que no existen diferencias entre sexos.

BIBLIOGRAFÍA.

Abreu SG, Amador MA, Borroto CHR, Burke BM, Castellano SB, Cobas S. Para la vida. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1992:105-11

Angst, J.; Vollrath, M. (1991) The Natural History of Anxiety Disorders. Acta Psyquiatr 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.

Berlanga, Carlos (1991).” Tratamiento farmacológico de las crisis de angustia. Reporte comparativo de la eficacia y seguridad del alprazolam y la imipramina en un estudio controlado”.

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.; 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.

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.

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

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

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

Coon, D. (2001) " Fundamentos de Psicología". Editorial Thomson. México.

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

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

Duran, (2006)

<http://www.invdes.com.mx/forma01.cfm?id=1113&publicant=Mar%202006>

Dugas, M. (2000) "Treatment GAD. Behavior Modification". Vol. 24 No. 5 Pag. 635-657

Gasca M. L. y Cols. (1994) Trastornos de ansiedad y depresión asociados con consumo de bebidas alcohólicas. Salud Mental. Vol. 28, No. 5, pp. 1-4.

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

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.

Laszlo A. Papp, M.P., Marc S. Cléber, Ph. D (2004) "Fenomenología del trastorno de Ansiedad Generalizada. Ed. Mac Graw Hill. Colombia

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

Mariano A. (2000) "Enfermedad de Alzheimer y ansiedad "Salud Mental. Vol. 22, No. 3, pp. 15-25.

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

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

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

Morris, C. (2000) Psicología. Editorial Prentice Hall. México.

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.

Newman, Michelle; Zuellig, Andrea; Kachin, Kevin; Constantino, Michael; Prezeworski, Amy; Erickson, Thane; y Cashman-McGrath, Laurie (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.

Ontiveros Sánchez de la Barquera, A. Rejean Fontaine (1993). « Crisis de angustia provocadas: agentes evocadores e hipótesis fisiopatológicas. II inhalación de CO₂, cafeína, agonistas y antagonistas inversos de las benzodiazepinas, yohimbina, isoproterenol, norepinefrina, fenfluramina, MCPP y colecistoquinina. Salud Mental Septiembre V. 16 No. 3

Osman A. (1997) "Inventario de Ansiedad de Beck, construcción y propiedades psicométricas".

Papalia, D. (2002) Desarrollo Humano. Ed. Mc Graw Hill. Colombia.

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

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

Robaina, S. (2001). Preocupaciones de los adolescente desde su propia óptica. Revista Cubana Med GenIntegr. Vol. 17 (1): Pag: 50-55.

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

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

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.

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.