



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE DOS ESCALAS
DE PREOCUPACIÓN EN UNA MUESTRA DE
JÓVENES.**

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

**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.

ABRIL, 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

A Dios por haberme dado la oportunidad de vivir y convivir con grandiosas personas y sobre todo por la familia que tengo.

A mi Mamá gracias por ser lo mejor que tengo, por estar conmigo y por darme todo el amor y apoyo incondicional para el logro de mis metas y objetivos, por confiar y creer en mi, "Eres una gran mujer".

A mi Papá Víctor Contla por su amor, consejos y apoyo que me ha dado en estos años para el logro de mis metas y por estar conmigo.

A mi hermanita Diana por estar siempre a mi lado, darme consejos y por compartir alegrías y tristezas, además de motivarme para seguir adelante y luchar por lo que quiero y sobre todo por creer en mí

A mis hermanitas Dulce y Brenda, por su cariño, por estar conmigo y por compartir la alegría de vivir.

A mis tíos y primos Araceli, Víctor Javier, Justina, Luisa, Raquel, Xóchitl, Javier, Aldo, por su cariño y apoyo y sobre todo por compartir bellos momentos y creer en mí.

A mis amigas Adriana, Andrómeda, Gabriela, Jacqueline, Jessica, Josefina por compartir momentos increíbles, por su compañía y amistad, así como por sus consejos y apoyo en momentos difíciles "son las mejores" las quiero mucho.

A Jaky, Gaby y Ady por compartir juntas el principio y final de este proyecto.

A todos los profesores de la carrera, por transmitirme su conocimiento y ser mejor persona cada día.

A los sinodales y revisor por sus comentarios y aportaciones para mejorar el presente trabajo y muy en especial al Dr. Samuel Jurado Cárdenas por haberme permitido trabajar con él, por todo el apoyo a lo largo de este proyecto.

A la máxima casa de estudios: la Universidad Nacional Autónoma de México, por el orgullo y privilegio de pertenecer a ella, al igual que la Facultad de Psicología, orgullosamente UNAM.

A todas las personas que he conocido y han estado conmigo a lo largo de mi vida, que las hace muy especiales, ya que han sido y seguirán siendo parte de ella.

Infinitamente Gracias "Judith"

INDICE

Resumen

Introducción

CAPÍTULO 1 ANSIEDAD

Ansiedad

Características clínicas de la ansiedad

Síntomas, Físicos, Psicológicos, Conductuales y Asertivos de la ansiedad

Trastornos de ansiedad

Clasificación de la ansiedad

Prevalencia mundial

Teorías de la ansiedad

Bases biológicas de la ansiedad

Química de la ansiedad

Tipos de Medición para la ansiedad

Tratamiento

CAPÍTULO 2 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Ansiedad Generalizada

Síntomas

Evolución

Prevalencia

Epidemiología

Pautas para el diagnóstico

Etiología y Naturaleza del trastorno de Ansiedad Generalizada

Etipatogenia del trastorno de Ansiedad Generalizada

Diagnóstico Diferencial

Tipos de medición

Trastorno de Ansiedad Generalizada y asistencia primaria

Tratamiento

Impacto social

Preocupación

Tratamiento para la preocupación

Ansiedad y preocupación

Justificación

MÉTODO

Hipótesis

Variables

Diseño

Muestreo

Sujetos

Escenario

Instrumentos

Procedimiento

Resultados

Resultados para el PSWQ

Resultados para el GAD

Discusión

BIBLIOGRAFIA

RESUMEN

La ansiedad es un trastorno que en la actualidad se presenta con más frecuencia en la población general a nivel mundial. Por lo que es importante contar con instrumentos validados en México para poder medir este trastorno y así ofrecer a las personas una mejor calidad de vida. Por lo anterior uno de los principales objetivos del presente trabajo, fue la validación de dos instrumentos para medir el componente cognitivo del Trastorno Ansiedad Generalizada (preocupación), en población joven residentes de la ciudad de México.

La muestra total estuvo, integrada por 512 sujetos de los cuales 251 fueron mujeres y 261 hombres de edades entre 19 - 30 años que viven en la Ciudad de México.

Los instrumentos validados fueron el Pen State Worry Questionary (PSWQ) y el Generalized Anxiety Disorder Questionary (GAD-Q-IV) este último está construido de acuerdo a los criterios del DSM-IV para el GAD.

El PSWQ mide el grado de preocupación que presenta la persona, mientras que el GAD-Q-IV está conformado por preguntas, dicotómicas, abiertas y tipo likert que miden la preocupación excesiva, síntomas físicos y la interferencia de los mismos en la vida cotidiana e intensidad de incomodidad que provocan. Para la validación de los instrumentos se utilizó la prueba t y el análisis de confiabilidad de Cronbach esto para el PSWQ, mientras que para el GAD-Q-IV debido a sus características (preguntas, dicotómicas, abiertas y tipo likert) no se considera una escala psicométrica por lo que se realizó una validez descriptiva a partir del análisis de frecuencias.

El PSWQ obtuvo una confiabilidad = .732; cabe mencionar que las preguntas 8 y 10 no pasaron la prueba de confiabilidad en la prueba t ya que su nivel de confiabilidad fue mayor al 0.05 permitido. Mientras que el GAD-Q-IV arrojó una serie de datos importantes que nos dice que este tipo de población tiende a preocuparse más por asuntos personales, seguidos de lo académico, la familia, la economía, el tiempo y con menor frecuencia salud y otros.

Los resultados obtenidos muestran sensibilidad de los instrumentos para medir la preocupación y la preocupación excesiva, síntomas físicos y la interferencia de los mismos en la vida cotidiana e intensidad de incomodidad que provocan, en población joven de edades entre 19 – 20 años residentes de la ciudad de México, ya que se obtuvo una buena confiabilidad de los instrumentos, lo que nos dice que la versión mexicana del PSWQ y el GAD-Q-IV miden realmente la preocupación.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la ansiedad es uno de los trastornos que con más frecuencia se presenta a nivel mundial. La ansiedad en un nivel moderado estimula los esfuerzos y ayuda a que la persona se mantenga en un elevado nivel de trabajo, es una experiencia que se presenta cuando nos esforzamos en alcanzar determinadas metas, como en muchas actividades que realizamos cotidianamente. Cuando la ansiedad se presenta de manera excesiva e incontrolable, es decir, hay sufrimiento, perturba la conducta adaptativa y en ocasiones llega a invalidar socialmente a la persona que lo padece, se le llama ansiedad patológica. Aún no se ha determina la edad en la que la ansiedad se presenta ya que ésta puede ser desde edades muy tempranas o muy tardías.

En el DSM-IV (APA, 1994) se especifican 12 categorías formales de trastornos de ansiedad: Trastorno de angustia o pánico sin agorafobia, Trastorno de angustia con agorafobia, Fobia social, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno por estrés postraumático, Trastorno por estrés agudo, Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, Trastorno de ansiedad inducido por sustancias y Trastorno de ansiedad no identificado.

En el presente trabajo solo nos limitaremos en hacer una revisión teórica del trastorno de ansiedad, así como una revisión más exhaustiva del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

El TAG es uno de los trastornos que frecuentemente se asocia con el Trastorno de ansiedad y del estado de ánimo, sin embargo es un trastorno distinto y con un momento de aparición, un curso, una clínica y un pronóstico propio (Hollander y Simeon, 2004).

En México no existen instrumentos de medición confiables para medir el Trastorno de Ansiedad Generalizada, por lo que es importante contar con instrumentos que nos ayuden a llevar a cabo un buen diagnóstico y por consiguiente un buen tratamiento y así mejorar la calidad de vida de las personas que padecen TAG.

Por lo que en el presente trabajo se hace una validación de dos instrumentos que midan el Trastorno de Ansiedad Generalizada el Pen State Worry Questionary (PSWQ) y el Generalized Anxiety Disorder Questionary (GAD-Q-IV) en población joven de edades entre 19 – 30 años que viven en la ciudad de México, solo nos limitamos a adultos jóvenes ya que éste trabajo forma parte de un proyecto que pretende la estandarización de los instrumentos antes mencionados en población mexicana.

CAPITULO 1

ANSIEDAD

La ansiedad es uno de los trastornos psicológicos que en la actualidad se presenta con más frecuencia a nivel mundial y que desafortunadamente, si ésta se presenta en un nivel muy alto, interviene en la calidad de vida de las personas que la padecen. El trastorno de ansiedad se incluyó en el léxico médico de las enfermedades mentales aproximadamente en el siglo XVIII; el uso del término ansiedad significaba que se establecía una distinción entre las reacciones normales de la gente tras un fracaso sentimental, problemas económicos, etc. En la Grecia antigua se contaba con términos para la manía, la histeria, la melancolía o la paranoia, pero no para la ansiedad; mientras que en la Grecia moderna encontramos que existe la palabra *anesuchia* cuyo significado primitivo es sin tranquilidad o sin calma. Por otro lado el término *angor* también denota estrangulación y deriva del verbo *ango*: oprimir, estrangular. La idea de estrechamiento es otra connotación del término latino *angustia* que significa estrechez (Stein y Hollander, 2004).

En el año de 1926 la ansiedad fue considerada como una reacción del Ego ante las fuerzas instintivas que surgían del Ello y que podían ser peligrosas para la integridad del individuo. Así, la ansiedad era una fuerza en si misma que hacía una función de señal de alarma ante el peligro pulsional inaceptable y para cuya represión motivaba al Ego, poniendo en marcha mecanismos de defensa (Vallejo, 2000).

El concepto de ansiedad ha ido cambiando a lo largo de los años desde una consideración como fenómeno unitario o unidimensional a una consideración

como fenómeno múltiple compuesto de, al menos, tres sistemas de respuesta independientes: Informes verbales, conductas externas y respuestas fisiológicas. Este modelo tridimensional de la ansiedad y el miedo fue propuesto inicialmente por Meter Lang en 1968 y desde entonces ha sido ampliamente aceptado no sólo como un modo de objetivizar el estudio empírico de las respuestas de ansiedad, sino también como una forma de entender teóricamente la naturaleza de la ansiedad y sus trastornos (Vila, 1996).

En la literatura encontramos diferentes definiciones para la palabra “Ansiedad” las cuales se presentan a continuación:

La ansiedad es un estado emocional subjetivo y displacentero de características muy peculiares que en términos de respuesta se asemeja en gran medida al miedo; pero en la ansiedad el estímulo desencadenante es mucho más difuso y ambiguo, en ocasiones difícil de tratar. Se dice que es una respuesta emocional que se da ante situaciones que implican peligro para la supervivencia del organismo; el organismo se prepara de manera integral tomando en cuenta la relación mente-cuerpo, con la finalidad de afrontar dicha situación (Morales, 1992; Aguado, 2006; Vila, 1996; Rojas, 2002; y Goldman, 1996).

La ansiedad a nivel cognitivo es un estado de ánimo transitorio reflejo de la conciencia que percibe una amenaza o un suceso desagradable, puede acompañar a un deseo intenso. La amenaza puede ser potencial, real o imaginada que pone en peligro la integridad física y psíquica del individuo, se tiene temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, hay mucho en ella de sorpresa, se percibe como atentatoria para la integridad de la persona (Linford, 1974; Aguado, 2006; Rojas, 2002 y Luengo, 2005).

También se considera a la ansiedad como una respuesta a algo que nos sucede, el hecho de sentirla supone que nos interesamos y movilizamos nuestros recursos. El miedo o la ansiedad ante un peligro real, por ejemplo un terremoto, etc., permite movilizar al organismo para anticiparse o temer al peligro posible defendiéndose mediante la huida. El comportamiento que se da puede ser observado tanto en los demás como en nosotros mismos (Martín, 1999; Vila, 1996 y Linford, 1974).

Dadas las respuestas que se presentan en la ansiedad, ésta se considera adaptativa para la vida ya que utilizamos nuestros recursos, es decir, supone la preparación del sujeto para enfrentarse a situaciones potencialmente peligrosas, estos recursos son los mecanismos con los que contamos los que controlan la vigilancia y cuya función adaptativa es la defensa del organismo (Martín, 1999; Calle, 1990 y Rojas, 2002).

En un sentido biológico encontramos que la ansiedad es una respuesta adaptativa de un sistema de alarma que prepara a un organismo a contender contra un peligro potencial, es una sensación displacentera de mayor o menor intensidad. Cuando es intensa, como en una situación de apremio, el individuo experimenta una sensación de inquietud y aprehensión que se acompaña de un aumento en la vigilancia del entorno, dificultad para concentrarse, de un aumento en la tensión muscular y de numerosos síntomas autonómicos entre los que destacan las palpitaciones, sudoración, falta de aliento, presencia de molestias digestivas, pérdida de sueño y sensación de muerte inminente; así como también desazón, intranquilidad, confusión, malestar, agitación, indecisión, profunda insatisfacción, incertidumbre, sentimiento de amenaza,

aprensión, inquietud difusa, angustia profunda, sensación de disolución o fragmentación, desconcierto y desintegración, misma que puede ir desde una leve sensación de inquietud a una sensación de máxima agitación, pánico y temor a la locura o muerte. El temor a amenazas reconocibles causa tensión mental displacentera y cambios físicos (Pérez, 2003; Ayuso, 1998; Aguado, 2006 y Calle, 1990).

Del mismo modo, para Contreras (2003) la ansiedad es una reacción ante una amenaza o algún peligro, que involucra alteraciones neuro químicas que alteran el funcionamiento de diversas estructuras cerebrales y se caracteriza por cambios motores, irritabilidad, actitudes agresivas o de desaprobación, sensación de vulnerabilidad, vigilancia exacerbada y reacciones emocionales exageradas ante el peligro. La ansiedad puede ser provocada 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 él 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 de la evaluación errónea, la respuesta puede ser también inadecuada (Corsi, 2003).

La ansiedad patológica se presenta cuando hay sufrimiento y las reacciones que se presentan son desproporcionadamente intensas o persistentes durante un tiempo excesivo, que gravemente perturba la conducta adaptativa, también hay una perturbación del funcionamiento psíquico y social del individuo, en algunos casos extremos, recluye e invalida socialmente a quien la padece; el individuo no es capaz de lidiar con sus síntomas ansiosos, es una reacción a

una equivocación trascendente: la lectura de un peligro máximo o la posibilidad de perder la vida, sin una presencia real desencadenante, pero fuera de los parámetros biológicos, la ansiedad patológica aparece como reacción ante estímulos erróneos, ante una equivocada interpretación de los mismos, o ante su simple percepción anómala y/o aberrante, interna o externa, resulta totalmente contraproducente pues el estado alterado de orden cognitivo y emocional, que abarca pensamientos y sentimientos, alcanzado en un momento ansioso así como los síntomas fisiológicos, conductuales y sociales (asertivos) desplegados (incluye reacciones internas y externas) parecen demostrar que no hacemos otra cosa que preparar con todos los elementos psicofisiológicos de que disponemos, la defensa más organizada posible de nuestra existencia ante estímulos que probablemente son percibidos como amenazantes pero en realidad no lo son, lo cual lleva a un gasto de energía innecesario. Se puede producir la ansiedad patológica sin que exista un peligro real (Martín, 1999; Morales, 1992; Luengo, 2005 y Heinze, 2003).

La ansiedad clínica representa una exageración de los mecanismos normales de supervivencia en los que hay una sobrepreocupación ante el concepto de peligro y una infravaloración concomitante de la habilidad personal para afrontar la situación. Beck y cols. (1985) postularon, por tanto, el núcleo de los trastornos ansiosos no está en el sistema emocional, si no, en los esquemas cognitivos relativos al peligro, que presentan continuamente una visión de la realidad como amenazante y del mismo individuo como algo vulnerable (Vallejo, 2000).

La ansiedad a nivel moderado estimula los esfuerzos y ayuda a que la persona se mantenga en un elevado nivel de trabajo, de hecho la ansiedad es una experiencia que se presenta cuando nos esforzamos en alcanzar determinadas metas, atendernos a ciertos plazos de tiempo, al mantener relaciones interpersonales y en muchas de las actividades que realizamos diariamente. El aprendizaje es una de las principales características que posee el hombre y es por esto que el hombre aprende de hechos pasados y por lo tanto el hombre tiende a analizar sus reacciones, es decir, lo que le está ocurriendo en un momento determinado ante esos peligros exteriores o esas amenazas internas mal dibujadas, lo que le permite de algún modo a controlar mejor su respuesta general recibéndola entonces disminuida de intensidad. El aumento o la disminución de la ansiedad tienen mucho que ver con la elaboración individual de la información que a ese sujeto le llega. En situaciones cotidianas todos experimentamos cierto grado de ansiedad, que en el mejor de los casos nos torna más eficientes. Es común la experiencia en la etapa en la que se preparan exámenes o presentaciones, una cita importante, una solicitud de empleo, en fin, el afrontar la mayor parte de las actividades que desarrollamos durante el día conllevan un cierto grado de ansiedad (Carrasco, 2003).

La ansiedad consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizado por un estado de alerta, de activación generalizada (Carrasco, 2003).

No hay edad para que se presente este trastorno, es decir, lo puede padecer desde un niño hasta personas de edad avanzada, por lo que es importante contar con instrumentos que nos den una alta confiabilidad en la medición de estos trastornos, es necesario que en cada país se haga una validación de los

instrumentos más utilizados a nivel mundial para que realmente se mida lo que se tiene que medir y adaptarlos de acuerdo a las características que presenta la población. Por lo anterior podemos concluir que en los últimos años la ansiedad es uno de los trastornos del estado de ánimo que afecta a una gran parte de la población mundial (Contreras, 2003).

Por lo tanto queda claro que la ansiedad puede ser experimentada en cualquier tipo de situaciones en su cualidad de emoción, por lo que es importante dejar en claro el concepto de ansiedad como una emoción, Goldman (1995) define a la emoción como el conjunto de pensamientos y estados psicológicos y biológicos característicos que representan una variedad de tendencias a actuar.

Así mismo, la ansiedad es un fenómeno humano normal que únicamente debe ser calificado como una patología cuando compromete o atenta contra el bienestar general o la eficiencia personal del individuo, por la cualidad de ser inadecuada a la situación o al estímulo que la provoca, resultando una respuesta no adaptativa que provoca incomodidad.

Queda claro entonces que la ansiedad es una experiencia que se da con la simultaneidad de activación fisiológica y cogniciones específicas que representan la interpretación subjetiva que los individuos generan ante las situaciones vividas y que por esta razón cada persona le dará un toque individual a su experiencia ansiosa, compartiendo un cuadro clínico específico, es decir, es una emoción compleja que se integra desde una perspectiva personal, en respuesta a estímulos internos y externos a partir de la activación de diversos centros cerebrales que intervienen para provocar cierta activación fisiológica característica que experimenta el sujeto que la padece, dando como

resultado un cuadro clínico claramente identificado, el cual se describirá en el siguiente apartado.

Características Clínicas de La Ansiedad

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

Los grupos específicos de síntomas asociados con la ansiedad, corresponden a sistemas originales específicos, subsistemas (Cognitivo, Afectivo, conductual y psicológico) el sistema se integra en el sistema principal o totalidad del organismo (Beck y Emery; 1985).

Mardomingo (2001) afirma que las características clínicas manifestadas por ansiedad más comunes son las siguientes: Neuromusculares (cefaleas), digestivas (dolores abdominales, náuseas, vómitos y diarrea), sensación de ahogo, disnea, taquicardia, palpitaciones, opresión torácica, dolor precordial, palidez, rubor, sequedad de boca y sudoración.

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

Algunas de las características clínicas que Linford (1974) menciona de la Ansiedad son: Actitud y comportamiento aprensivos y tensos, dificultad para relajarse, temor por su salud, su familia, economía, aptitudes, relaciones

sociales, y otros aspectos de su vida, reiterada búsqueda de garantías, lenguaje rápido y puede mostrar vacilación o tartamudeo.

Algunos sistemas suelen presentar alteraciones tales como: 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. Cabe mencionar que al abordar el tema de la ansiedad hay que decir que su sintomatología es muy variada y que en cada sujeto pueden aparecer síntomas relativamente distintos, aunque eso sí, debe existir un núcleo básico común (Rojas, 2002).

Síntomas Físicos, Psicológicos, Conductuales, Intellectuales y Asertivos de La Ansiedad.

Un cierto grado de ansiedad positiva es bueno para cualquier tipo de rendimiento concreto. El problema se produce cuando esta ansiedad se hace negativa, para lo cual son necesarios los siguientes requisitos: que tenga una gran intensidad, que su duración sea excesiva y que sea paralizante, que vaya produciendo bloqueos intermitentes, que cada vez van a más (Rojas, 2002).

Rojas (2002) describe algunos síntomas de ansiedad los cuales se mencionan a continuación:

Síntomas del trastorno por ansiedad: Inquietud interior (desasosiego, inseguridad, presentimiento de lo nada, temores difusos, anticipación de lo peor), tensión motora (temblores, dolores musculares, espasmos, incapacidad para relajarse, tics), estado de alerta (hipervigilancia), expectación negativa (preocupaciones, miedos, anticipaciones de desgracias para uno mismo o para los demás), irritabilidad, impaciencia, irascibilidad, estado de alteración, temor a la muerte, a la locura, a perder el control, a suicidarse y quejas somáticas como palpitaciones, opresión precordial, sequedad de boca, hipersudoración, dificultad respiratoria, molestias gástricas, escalofríos, oleadas de calor y frío, manos sudorosas, sensación de mareo o vértigo, colitis, micciones frecuentes.

Síntomas físicos de la ansiedad: Taquicardia, palpitaciones, dilatación pupilar, constricción de casi todos los vasos sanguíneos, temblores en manos, pies y cuerpo en general; hipersudoración, boca seca, tics localizados, inquietud psicomotora, dificultad respiratoria, tensión abdominal, náuseas, vómitos, opresión precordial, moverse continuamente de allá para acá (caminatas sin rumbo), tocar algo con las manos continuamente, hiperactividad global. Además cuando la activación neurofisiológica es excesiva, se añade insomnio en la primera parte de la noche, pesadillas, ensueños angustiosos (peligros, muchos contenidos ilógicos, etc.), sueño durante el día, perder el apetito o comer continuamente y disminución de la tendencia sexual o aumento de la misma.

Síntomas psicológicos: Inquietud (to be upset: estar nervioso), desasosiego, agobio, vivencias de amenaza, experiencia de lucha o huida, temores difusos,

inseguridad, miedos diversos, sensación de vacío interior, presentimiento de la nada, temor a perder el control, temor a agredir, disminución de la atención, melancolía, aflicción, sospechas e incertidumbres negativas vagas, temor a la muerte, temor a la locura, estado subjetivo emocional aversivo (repulsivo, hostil), relacionado con el presentimiento de un peligro mas o menos inmediato y difuso, que se vive como anticipación de lo peor.

Síntomas de conducta: Comportamiento de alerta/estar en guardia o al acecho, hipervigilancia, estado de atención expectante, dificultad para la acción, inadecuación estímulo-respuesta, disminución o ausencia de la eficacia operativa, bloqueo afectivo/perplejidad, sorpresa, no saber qué hacer, interrupción del normal funcionamiento psicológico, dificultad para llevar a cabo tareas simples, inquietud motora, trastornos del lenguaje no verbal (gestos, mímica), expresión facial congelada (asombro, extrañeza, duda, estupor), contracción del ángulo externo de los ojos, expresión facial displacentera (rechazo-desagrado), cara con rasgos de excitación, descontrol, preocupación; frente fruncida, cejas descendidas, mejilla, boca y mentón: rígidos, tensos, contraídos; bloqueo de los movimientos de las manos, movimientos torpes e incoordinados de las manos y brazos, tensión mandibular, posturas corporales cambiantes, alternativas; voz cambiante y con altibajos en sus tonos.

Síntomas intelectuales (cognitivos): En un nivel intelectual (cognitivo) la ansiedad se experimenta esencialmente en elaborar las ideas y los recuerdos. De ahí que podamos definirla como aquel estado subjetivo de tensión que se produce como consecuencia de errores o deficiencias en la acumulación y procesamiento de la información.

Los errores o deficiencias más comunes son: Adelantar conclusiones negativas, esta tendencia es habitual en sujetos con ansiedad y están acostumbrados a obras de este modo, condicionando una actitud pesimista permanente, Tener un pensamiento radical, lo que implica tender a planear todo en términos diametralmente opuestos, lo cual provoca una incapacidad para adoptar posturas moderadas. Es decir, pensamientos absolutistas (siempre, nunca), Expectativas de negativas generalizadas, Falsas interpretaciones de la realidad personal (todo me sale mal, todo me preocupa, ¡que mala suerte tengo!, mis cosas siempre son difíciles), Pensamientos preocupantes, Falsos esquemas en la fabricación de ideas, juicios y razonamientos. Pensamientos distorsionados (sin lógica, con predominio de emociones de matiz negativo), Patrones automáticos y estereotipados en la forma de responder (pensamiento irreflexivo-impulsivo), Tendencia a sentirse afectado negativamente, Centrarse en detalles pequeños desfavorables y sacarlos de contexto, ignorando lo que de positivo hubiere, Dificultad para concentrarse, Tendencia a la duda (épocas y/o temporadas de dudas crónicas, que no son otra cosa que épocas y/o temporadas de ansiedad), Problemas de memoria (Olvido de lo bueno y positivo/tener en primer plano lo malo y negativo) olvido permanente de aspectos gratificantes, Continuos juicios de valor (inútil, odioso, imposible).

Además errores o insuficiencias en el procesamiento de la información que a ese sujeto llega: sentirse perdido, falta de recursos psicológicos, interpretaciones inadecuadas, estar siempre pensando en lo peor, en lo más difícil; ideas sin base y hasta irracionales que se han ido aceptando sin ningún tipo de crítica.

El sistema cognoscitivo integra la entrada, selecciona un plan apropiado, y así activa el resto del aparato. El aparato cognoscitivo utiliza los ojos, orejas y otros órganos del sentido para construir los modelos significantes al nivel perceptor. Nosotros oímos y vemos las relaciones en lugar de los sonidos absolutos y luz - las olas. En la ansiedad el sentido se encuentra desordenado, nosotros no debemos pensar en los síntomas como las experiencias del exterior pero como las expresiones de elemento esencial (original) la función psicológica. La capacidad cognoscitiva de uno puede imponerse al peligro, contribuye la capacidad por pequeño que sea este peligro, para satisfacer otras demandas en el proceso cognitivo. La capacidad cognoscitiva puede estar involucrada en las dificultades de razonamiento y manteniendo la objetividad hacia los síntomas asociados con la ansiedad, (Beck y Emery; 1985).

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

Síntomas Asertivos: Finalmente están los síntomas asertivos, estos reúnen tres características:

- 1.- Se trata de algo muy relacionado con la personalidad y con la forma en que ésta se muestra y funciona.

2.- Conjunto de técnicas de comportamiento orientadas a una mejoría de las propias relaciones sociales. En una palabra, asertividad es igual a habilidad social. Dicho esto en términos más explícitos: Expresión de emociones positivas y negativas según la circunstancia, Defensa de los derechos más legítimos, Saber pedir favores, Negativa a acceder a peticiones no razonables, Aprender a decir no, Comportamiento personal y social adecuado a cada momento.

3.- Poder expresar ideas, juicios y sentimientos tanto de signo positivo como negativo frente a cualquier persona, situación o circunstancia.

Dicho lo anterior, los síntomas asertivos que se presentan en las personas que padecen ansiedad son: No saber qué decir ante ciertas personas, no saber iniciar una conversación, dificultad para presentarse a sí mismo, dificultad o imposibilidad para decir que no o mostrar desacuerdo en algo, graves dificultades para hablar de temas generales e intrascendentes, hablar siempre en lenguajes demasiado categóricos o extremistas, dar una respuesta por otra al hablar en público, bloquearse al hacer preguntas o al tener que responder, adoptar en demasiadas ocasiones una postura pasiva (bloqueo generalizado), no saber llevar una conversación de forma correcta (no saber tomar la palabra, ni cambiar de tema, ni ceder la palabra a otra persona, ni tener sentido del humor ante una situación un poco tensa, etc.), no saber terminar una conversación difícil, pocas habilidades prácticas en la conversación con más de dos personas, no saber aceptar una broma o una ocurrencia divertida (sobre todo al estar en grupo; la explicación: al estar en guardia todo se interpreta peyorativamente, con recelo y suspicacia) y escaso entrenamiento para estar relajado en grupo.

La respuesta del organismo a la amenaza puede discutirse en tres tipos de reacción. La movilización: prepara al individuo para la defensa activa; la inhibición: (una expresión de la reacción helada) se diseña para abreviar " la conducta" arriesgada y para comprar tiempo para determinar una estrategia apropiada; la desmovilización: denota de-activación del aparato motor y refleja el sentido de impotencia ante una amenaza de agobio. (Beck, y Emery, 1985).

Trastornos de ansiedad

En el DSM-IV (APA, 1994) se especifican 12 categorías formales de trastornos de ansiedad: Trastorno de angustia o pánico sin agorafobia, Trastorno de angustia con agorafobia, Fobia social, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno por estrés postraumático, Trastorno por estrés agudo, Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, Trastorno de ansiedad inducido por sustancias y el Trastorno de ansiedad no identificado

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

El rasgo característico del paciente ansioso es la percepción de una amenaza poderosa y la activación de los elementos fisiológicos asociados cuando no existe un peligro objetivo real. En otras palabras, la persona con un trastorno de ansiedad percibe una amenaza y reacciona a ella, pese a su inexistencia (Stein y Hollander, 2004).

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

Los desordenes de ansiedad así como la depresión puede entenderse mejor siempre y cuando se tome en cuenta como funciona el organismo ante una enfermedad; así como la etiología de está (Beck y Emery, 1985) por otro lado, McNalli (1995) menciona que los desórdenes de ansiedad son síndromes con pensamientos no deseados, los pacientes tienen rumiaciones sobre un rango de posibles desgracias.

Los pacientes experimentan gran dificultad en el control de sus pensamientos, por lo que los pensamientos son perturbados emocionalmente, la información que tienen no pueden ayudar por lo que empeora el estado emocional. El carácter obligatorio de estos procesos incita la característica de las fobias, los ataques de pánico, todo lo irracional. De hecho el procesamiento de la información de la amenaza puede ocurrir fuera de conocimiento y por consiguiente se califica como el desplazamiento automático (McNalli, 1995)

Clasificación de la ansiedad

De acuerdo con Linford (1974) la ansiedad puede ser clasificada en:

Ansiedad Normal: aquella que no atenta contra la integridad personal y que desempeña una función adaptativa.

Ansiedad Patológica: es aquella de tal frecuencia, gravedad o duración que puede llegar a comprometer el bienestar o la eficiencia de la persona.

Para Vallejo (2000) la ansiedad patológica se basa en un estado de sobreexcitación del sistema nervioso central (SNC) u arousal (activación), pero sería simplista considerarla sólo en términos de esta sobreexcitación, ya que se halla también en el sustrato de otras emociones. Además, en las manifestaciones clínicas de la ansiedad hay otros componentes que sobrepasan el arousal, como pueden ser la ansiedad de separación o los mecanismos de respiración, que pueden estar implicados de forma selectiva en diferentes trastornos.

Ansiedad Situacional: Es aquella que se experimenta en una situación o momento determinado.

Por otro lado Carrasco (2003) clasifica a la ansiedad en: Ansiedad exógena que es un estado de amenaza inquietante producido por estímulos externos de muy variada condición: conflictos agudos, súbitos, inesperados; situaciones entronizadas de tensión emocional; crisis de identidad personal; problemas provenientes del medio ambiente. Así como algunos eventos de la vida como: aquellos acontecimientos de la vida que se sitúa en la antesala de la ansiedad, ejerciendo una fuerza y un poder de generarla a través de situaciones que entrañan un riesgo o peligro, y que forman un amplio conjunto de factores que van desde problemas afectivos, dificultades laborales, fracasos sentimentales, problemas financieros, pérdida de seres queridos, etc. Mientras que la ansiedad endógena proviene de los sentimientos vitales donde confluyen lo somático y lo psíquico (vitalidad), la produce el organismo; deriva de un trastorno psicofisiológico de estructuras cerebrales implicadas en la regulación de la vida emocional. Se trata de una serie de estructuras nerviosas, entre las que destaca el sistema límbico principalmente, la corteza cerebral, un sistema

de interrelación que se establece entre los dos anteriores, a los que debe añadirse una serie de sistemas de activación, toda la endocrinología y el sistema nervioso vegetativo. Esta serie de conexiones funcionales van a ser las responsables de las distintas versiones de la ansiedad, pero siempre con ese núcleo común que ya se ha subrayado: emoción que se experimenta como amenaza ya sea física o psíquica y que va a provocar una reacción de alerta.

La ansiedad patológicamente hablando, debiera obedecer, como reacción a una equivocación trascendente: la lectura de un peligro máximo o la posibilidad de perder la vida, sin una presencia real desencadenante, pero fuera de los parámetros biológicos. Es una patología en tanto que se trata de una distorsión de la realidad basada en una ruptura de la sintonía con una lógica situacional no ya de carácter ecológico, si no, incluso real. La ansiedad patológica aparece como reacción ante estímulos erróneos, ante una equivocada (o extremadamente equivocada) interpretación de los mismos, o ante su simple percepción anómala y/o aberrante, interna o externa, lo que confiere final e intrínsecamente no solo un valor adaptativo, si no además totalmente contraproducente (Luengo, 2005).

Cuando nos encontramos ante una situación de ansiedad preparamos todos los elementos psicofisiológicos de los que disponemos ya que reacciona el estado cognitivo y emocional, es decir, los pensamientos y sentimientos, sin dejar a un lado lo fisiológico, conductual y social (asertiva) desplegados en reacciones internas y externas lo cual nos hace ver que disponemos de la defensa mas organizada posible de nuestra existencia (Luengo, 2005)

Prevalencia Mundial

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

La prevalencia durante la vida de cualquier trastorno de ansiedad es de alrededor del 25% y la prevalencia en doce meses es del 17% (Heinze, 2003).

La ansiedad como una patología tiene una prevalencia de aproximadamente el 2-5% en la población total y del 7-16% en los pacientes psiquiátricos, teniendo mayor frecuencia en la mujeres que en los hombres y siendo superior en los grupos socio económicos más bajos (Linford, 1974).

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

Teorías de la ansiedad

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

Modelo de Condicionamiento y Modelo Cognitivo

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

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

Según Vila (1996) los modelos de condicionamiento asumen que los trastornos de ansiedad son conjuntos de respuestas aprendidas a través de los procesos de condicionamiento. Los procesos de condicionamiento mayormente resaltados son el condicionamiento clásico (asociación entre estímulos neutrales del ambiente y sucesos traumáticos que actuarían como estímulos incondicionados) y el aprendizaje de evitación (un tipo de aprendizaje donde se conjugan características del condicionamiento clásico y características del condicionamiento instrumental relacionadas con las consecuencias reforzantes de la conducta de evitación). En el aprendizaje de evitación se producen asociaciones típicas del condicionamiento clásico entre estímulos (una señal neutral y un estímulo aversivo) y asociaciones típicas del condicionamiento instrumental, es decir una respuesta de evitación del estímulo aversivo y unos estímulos reforzantes consecuentes a dicha respuesta. Recientemente, han

adquirido importancia los modelos de vulnerabilidad a la adquisición de conductas de ansiedad que son modelos de condicionamiento, pero que sumen la existencia de factores biológicos que facilitan o dificultan el proceso de condicionamiento. Este autor describe a los modelos cognitivos de procesamiento de información como aquellos que asumen que en la base de los trastornos de ansiedad existen procesos de aprendizaje. Sin embargo, en lugar de entender que lo que se aprende son respuestas ante estímulos, este tipo de modelo entiende que lo que se aprende son representaciones simbólicas de los acontecimientos externos (de los estímulos y de las respuestas) que con el tiempo dan lugar a estructuras complejas de información almacenadas en la memoria. En el caso de los trastornos de ansiedad, la estructura de información sería una estructura típica de miedo con estímulos contextuales evocadores de ansiedad y respuestas fisiológicas, conductuales y/o verbales de ansiedad, además de valoraciones negativas de los estímulos y las respuestas. Las diferencias entre los trastornos se deberían a diferencias en la estructura de información típica de cada trastorno. El modelo asume que las manifestaciones patológicas se observan únicamente cuando se activa la estructura de información que se encuentra almacenada en la memoria. La activación de la estructura se produce si existe en el ambiente del sujeto un número mínimo de elementos semejantes a los de la estructura. Una vez activada, la estructura funciona en su totalidad como si se tratara de un programa informático que va produciendo y controlando las respuestas cognitivas, conductuales y fisiológicas propias de cada trastorno.

Teoría Psicoanalítica

La mayoría de los modelos psicológicos del TAG se han centrado en la forma característica en que individuos con TAG procesan la información. Se ha realizado toda una serie de observaciones empíricas que han proporcionado directrices para estas teorías. Los individuos que están habitualmente ansiosos dedican recursos excesivos de la atención al descubrimiento de la amenaza, además de interpretar erróneamente la información ambigua como amenazante (Vicente, Buelacasal y Carroble, 1985).

Freud planteó la ansiedad como un producto fisiológico directo de la pulsión sexual o líbido no descargada lo suficiente, posteriormente rectificó su teoría después de profundizar más en el fenómeno de la represión, considerando que la ansiedad ya no era el impulso, si no la represión del mismo, la ansiedad reflejaba la existencia de conflictos psicológicos internos (Freud, 1981).

Después de mucho tiempo Freud considero a la ansiedad como una reacción del Ego ante las fuerzas instintivas que surgían del Ello y que podían ser peligrosas para la integridad del individuo. Así, la ansiedad era una fuerza en si misma que tenia una función de señal de alarma ante el peligro pulsional inaceptable y para cuya represión motivaba al Ego, poniendo en marcha mecanismos de defensa. Freud mantuvo una dualidad en sus teorías aceptando 2 tipos de ansiedad: la que surgía de la transformación directa de la energía instintiva, las crisis de angustia, y la que representaba una reacción del Ego ante las amenazas, la ansiedad flotante o anticipatorio (Freud, 1986).

Bases Biológicas de La Ansiedad

La biología actúa desencadenando ansiedad de dos maneras fundamentales (Carrasco, 2003):

1. La ansiedad aparece como un síntoma más de esa enfermedad. Es más frecuente en las de marcada gravedad como: cánceres de distinto tipo, etc.
2. La ansiedad como crisis añadida, que aflora de modo súbito, inesperado, sin previo aviso. Suele ser la elaboración psicológica que se produce tras ese padecimiento.

Biológicamente, podríamos definir a la ansiedad como la respuesta adaptativa de un sistema de alarma que prepara a un organismo a contender contra un peligro potencial. Cuando es intensa, como en una situación de apremio, el individuo experimenta una sensación de inquietud y aprehensión que se acompaña de un aumento en la vigilancia del entorno, de dificultad para concentrarse, de un aumento en la tensión muscular y de numerosos síntomas autonómicos entre los que destacan las palpitaciones, la sudoración, la falta de aliento y la presencia de molestias digestivas (Morales, Torres y Megias, 1992).

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

La ansiedad sostenida durante mucho tiempo se convierte a largo plazo en trastorno psicossomático. Los cambios fisiológicos periféricos dan lugar a los

síntomas físicos de la ansiedad: taquicardia, hipersudoración, temblores, dificultad respiratoria, náuseas y/o vómitos, etc. También algo que hay que tomar en cuenta es lo que la persona ha vivido hasta ese momento. La información verbal es la expresión lingüística de la vivencia de la ansiedad, los síntomas psicológicos que necesitan de la palabra para ponerse de relieve: temor a perder el control, temor a la muerte, a la locura, ganas de huir, de marcharse, sensación de vacío interior, etc. (Carrasco, 2003)

La ansiedad es una reacción ante una amenaza o algún peligro, que involucra alteraciones neuroquímicas que alteran el funcionamiento de diversas estructuras cerebrales (Contreras, 2003). Por otro lado aunque conocemos lo que es ansiedad e intuimos que es producto de nuestra mente, y en consecuencia de la actividad de nuestro cerebro, no se sabe a ciencia cierta en donde se produce ni cuales son los mecanismos que la desencadena (Pérez, 2003).

Amígdala

El núcleo amigdalino se encarga de controlar las respuestas fisiológicas a los estímulos ambientales; una dependiente de los núcleos basales, que se encarga de la activación tónica; y una final, más descendente anatómicamente hablando, en torno al hipocampo que tiene la misión de coordinar todos los procesos de activación que se producen en el organismo (Carrasco, 2003). La amígdala participa en la memoria de la valencia emocional de los acontecimientos y desempeña un importante papel en la respuesta condicionada del miedo y las emociones, y modula las respuestas periféricas al estrés (Stein y Hollander, 2004) entre ellas la frecuencia cardiaca, la presión

arterial, tensión muscular y sensaciones subjetivas de miedo o ansiedad. Juega además un papel crucial para el procesamiento de esas emociones negativas, aunque se cuentan con estudios neuropsicológicos limitados con evidencia directa del papel de la amígdala en humanos (Masaoka, 2003). Al lesionar la amígdala, se produce pacificación y aplanamiento afectivo (Corsi, 2003). Particularmente una región de ella, el núcleo baso lateral y posiblemente el lateral, que reciben información del sistema septo-hipocampal de varias porciones de la corteza cerebral, pudieran procesar información e integrar una respuesta que incluye la formación y expresión de una memoria emocional. Así, mediante una interfase que conecta al núcleo basolateral con el núcleo central de la amígdala se prepararía una respuesta autonómica, que ordenaría a distintos núcleos localizados en el tallo cerebral y en el hipotálamo a hacer que funciones adaptativas tan importantes como la cardiovascular y la respiratoria sean congruentes con las necesidades que imponen al organismo los indicios de peligro que perciben. Mas aún, consideramos también, que a través de conexiones del núcleo basolateral con la corteza cerebral se establece una conversación tendiente a evaluar la posibilidad de un desenlace adverso y posiblemente a producir la sensación psíquica de la ansiedad (Pérez, 2003).

La amígdala parece desempeñar un papel importante en la conducta emocional, en especial en aquellas situaciones asociadas a miedo/ frustración, de naturaleza condicionada o incondicionada, y de relevancia en una situación de ansiedad (Morales, Torres y Megias, 1992).

Masaoka (2003) reporta en un estudio que los niveles de ansiedad y tasa respiratoria, se reducen después de una lesión quirúrgica en la amígdala izquierda, al igual que la tasa cardíaca y la conductividad de la piel, reflejándose en una disminución de puntaje en ansiedad rasgo y ansiedad estado. Del mismo modo, en humanos, se ha demostrado mediante el uso de la resonancia magnética funcional y de la tomografía por emisión de positrones que algunas áreas del cerebro como la amígdala o diversas porciones de la corteza límbica se activan cuando los sujetos bajo estudio son sometidos a distintas situaciones que les provocan ansiedad, como la exposición a estímulos fóbicos, la administración de ácido láctico en individuos sensibles a esta sustancia, o la presentación de caras de individuos que muestran miedo o enojo (Pérez, 2003).

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

Hipocampo

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

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

Hipotálamo

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

El hipotálamo es una estación de procesamiento de señales sensoriales las que, basadas en el miedo condicionado clásico, se dirigen al cerebro límbico (Horacio, 2003). Controla al sistema endocrino, mediante la secreción de compuestos neuroendocrinos directamente vertidos al torrente sanguíneo, e indirectamente mediante la secreción de compuestos que viajan hacia la hipófisis anterior (Corsi, 2003). Está relacionado con diferentes funciones de mayor importancia: regulación visceral, metabolismo de los carbohidratos, control de la temperatura corporal, equilibrio hídrico, ritmo del sueño y expresión corporal (López, 1996).

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

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

Locus Coeruleus

El Locus Coeruleus (LC) se localiza en la protuberancia del tronco cerebral en el suelo del IV ventrículo, y contiene el 50% de todas las neuronas noradrenérgicas. Recibe aferencias medulares sensitivas (que transmiten estímulos nocivos inespecíficos) del córtex límbico (mediando la interpretación

de estímulos sensoriales amenazantes), del córtex inhibitor, del sistema reticular ascendente, de los núcleos del rafe, de la sustancia negra, del hipotálamo y de los centros epinomedulares. Sus conexiones le hacen un centro ideal para modular “las reacciones de alarma” que afectan a las respuestas autonómicas y emocionales, por lo tanto, pueden formar, parte del sustrato anatómico involucrado en las funciones biológicas de alarma, ansiedad, miedo y excitación (Vallejo, 2000).

Las células del locus coeruleus, productoras de noradrenalina (NA), están relacionadas con la regulación de la tensión, la vigilancia, los ciclos de vigilia y sueño, el aprendizaje y la memoria, la ansiedad, el humor y el metabolismo cerebral. Dado que la NA puede hacer que las neuronas de la corteza cerebral se vuelvan más respondedoras a los estímulos sensoriales, el locus coeruleus puede funcionar incrementando la respuesta cerebral, acelerando el procesamiento de la información y aumentando así la eficacia de los sistemas sensoriales (Pérez, 2003). Cabe mencionar que aparte de ser el principal noradrenérgico del sistema nervioso central con respuesta al estrés y a aquellos estímulos que generan miedo, la cualidad de sus aferencias y eferencias permite establecer que el Locus Coeruleus tiene cierto grado de vinculación con el trastorno de pánico (Aguado, 2006).

El sistema límbico y el haz dorsal (conjunto de fibras que enlazan el cerebro intermedio con la corteza cerebral) es el lugar donde actúan los medicamentos que frenan, controlan y disuelven la ansiedad (Vallejo, 2000)

No existe una región única encargada de la integración de la ansiedad. Existen, por el contrario, numerosos centros nerviosos que participan en su producción y modulación. Mediante los enfoques señalados 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 (región que, como su nombre sugiere, envuelve el cerebro), el septo lateral, localizado en la parte medial de los hemisferios cerebrales, y la amígdala.

Destacan así mismo, el hipocampo, estructura involucrada en la memoria, algunas porciones del hipotálamo, porción neural cercana a la amígdala y que 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 rafé dorsal y el locus coeruleus, localizados ambos en el tallo cerebral (Contreras, 2003)

Las respuestas endocrinas y autonómicas van desde el aumento de la frecuencia cardíaca y de la temperatura corporal, hasta el desarrollo de úlceras gástricas y se acompaña de la elevación de las concentraciones de sustancias como la adrenalina, la noradrenalina y el cortisol en la sangre entre otros cambios metabólicos (Contreras, 2003).

Química de La Ansiedad

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

neurotransmisores son sólo mensajeros químicos que permiten que el mensaje de una neurona sea transmitido a otra. La ansiedad y su modulación es una consecuencia de la actividad conjunta de las neuronas presentes en todos los sitios que participan en la ansiedad y que, a través de su disparo codificado y por su puesto de la liberación de sus neurotransmisores, permiten al sujeto prepararse a responder adaptativamente a las amenazas de su entorno (Pérez, 2003).

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

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

Serotonina

La serotonina (5-HT) es una sustancia química localizada a nivel central en el sistema de rafé que es un conjunto de núcleos tronco encefálicos de los que tres de ellos se ubican en el mesencéfalo. Los más relevantes son el rafé medial y el rafé dorsal, cuyas eferencias alcanzan importantes regiones límbicas. (Morales, Torres y Megias, 1992). De esta manera, la serotonina está implicada en la mediación de la ansiedad a través de las vías que se originan en los núcleos del rafé y que inervan entre otras áreas cerebrales, el sistema límbico, el hipotálamo y el tálamo (Bobes, 2002).

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

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

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

Algunas sustancias con notables propiedades ansiolíticas ejercen su mecanismo de acción sobre los sistemas noradrenérgicos y serotoninérgicos.

Así, la bupirona (neurosine) y la fluoxetina (prozac) atenúan la actividad ansiogénica de las neuronas serotoninérgicas al disminuir directa o indirectamente la liberación de serotonina, su neurotransmisor. Los llamados antidepresivos tricíclicos del tipo de la imipramina (tofranil), como ocurre con el antidepresivo fluoxetina, bloquean la recaptura de noradrenalina y producen un aumento temporal de su concentración en el espacio sináptico, dicho aumento, como ocurre con el aumento de serotonina inducido por la fluoxetina, es seguido de una disminución en la actividad ansiogénica de las neuronas noradrenérgicas. Tanto la imipramina como la fluoxetina tienen poderosas acciones ansiolíticas y antidepresivas (Pérez, 2003).

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

Noradrenalina

El sistema noradrenérgico podría actuar a modo de alarma ante la presentación de estímulos aversivos y amenazantes para el sujeto, generando un estado de alerta en el mismo mediante un incremento general en el nivel de activación del sistema nervioso simpático. Las vías descendentes hacia los centros simpáticos de ubicación medular serían responsables de algunas de las manifestaciones externas del estado central de ansiedad (Morales, Torres y Megias, 1992)

Este neurotransmisor aumenta en excreción cuando se presentan situaciones que provocan ansiedad y se relaciona con ciertas manifestaciones somáticas de la ansiedad, tales como el aumento de la frecuencia cardiaca, de la presión

arterial y sequedad de la boca, por lo que se ha propuesto un estado de hiperactividad de la noradrenalina en la ansiedad que puede provocar la activación septo-hipocampal a partir de las proyecciones del locus coeruleus (Roca, 2002).

Dopamina

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

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

GABA

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

Al respecto, Carrasco y Saiz (1990) aseguran que los circuitos de transmisión inhibitoria del GABA constituyen el principal sistema ansiolítico del cerebro, bajo cuya regulación parecen funcionar el resto de los sistemas implicados en los mecanismos de ansiedad y mencionan que la activación del receptor de las benzodiazepinas produce una facilitación de la acción del GABA.

Dentro del terreno de la farmacología el sistema GABAérgico es fundamental para la modulación de la ansiedad, pues una buena parte de las sustancias que

se usan para combatir la ansiedad tienen como blanco al receptor de GABA tipo A (Pérez, 2003).

Neuropéptidos

Otras sustancias implicadas en la ansiedad son los neuropéptidos. Carrasco y Saiz (1990) definen a los neuropéptidos como sustancias proteicas, descubiertas en los tejidos periféricos de los tractos circulatorio y gastrointestinal que se encuentran distribuidos por el Sistema Nervioso Central (SNC). 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, además afirman que los neuropéptidos se constituyen en sistemas de carácter modulador el cual se ejerce principalmente sobre los sistemas de neurotransmisores como Dopamina, Noradrenalina, Serotonina y Acetilcolina.

Del mismo modo, refieren que a nivel de SNC los neuropéptidos desempeñan una serie de funciones relevantes dentro de las cuales se encuentran:

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

Además, se refieren a la Hormona Liberadora de Corticotropina (CRH por sus siglas en inglés) como un péptido ansionérgico, es decir, produce activación de los mecanismos biológicos de la ansiedad tales como conductas características de ansiedad, incremento de la actividad motriz y aumento del nivel de vigilancia (arousal) con hipersensibilidad a los estímulos sensoriales. La CRH se distribuye por todo el córtex y por el sistema límbico-hipotalámico, y está

constituida por dos Péptidos que actúan sinérgicamente la CRH-41 y la Arginina- Vasopresina (AUP).

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

Se ha considerado que la amígdala, y particularmente una región de ella, el núcleo basolateral y posiblemente el lateral, que reciben información del sistema septo-hipocampal de varias proporciones de la corteza cerebral, pudieran procesar esta información e integrar una respuesta que incluye la formación y expresión de una memoria emocional. Así, mediante una interfase que conecta al núcleo basolateral con el núcleo central de la amígdala se prepararía una respuesta autonómica, que ordenaría a distintos núcleos localizados en el tallo cerebral y en el hipotálamo a hacer que funciones adaptativas tan importantes como la cardiovascular y la respiratoria fueran congruentes con las necesidades que imponen al organismo los indicios de peligro que se perciben. Mas aún, consideramos también, que a través de conexiones del núcleo basolateral con la corteza cerebral se establecería una conversación tendiente a evaluar la posibilidad de un desenlace adverso y posiblemente a producir la sensación psíquica de la ansiedad que todos conocemos (Pérez, 2003).

Tipos de medición

Los instrumentos de evaluación de la ansiedad pueden clasificarse en: a) instrumentos que evalúan sintomatología ansiosa que permiten el tamizaje de síntomas de ansiedad en la población general y clínica a menor costo y tiempo, están diseñadas para evaluar la severidad de diferentes síntomas de ansiedad; y b) escalas para diagnóstico de trastornos de ansiedad (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

Entre las pruebas de ansiedad y depresión se encuentran:

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

- El Cognition Check List (CCL) es una escala que mide la frecuencia de pensamientos automáticos relevantes para la ansiedad (12 reactivos) y la depresión (14 reactivos).
- La Escala de Ansiedad de Hamilton explora el área de l estado de ansiedad, donde se explora la ansiedad, la tensión, los síntomas neurovegetativos y los somáticos. Aunque está escala contiene cuestiones relativas a los ataques de pánico, es utilizada con mayor frecuencia para la evaluación de la ansiedad generalizada. Consta de 14 cuestiones cada una con puntuación de 0 (ausente), 1 (leve), 2 (moderado), 3 (grave) a 4(muy grave). La HRSA esta diseñada para obtener una valoración cuantitativa de la sintomatología de la ansiedad.

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

En un estudio en población mexicana para sacar las propiedades psicometricas del inventario de Ansiedad de Beck (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001) encontraron que los hombres mostraron una puntuación promedio 11.5 ± 9.5 y las mujeres 12.4 ± 1 , no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones entre hombres y mujeres. El análisis de consistencia interna del instrumento demostró un alto índice de confiabilidad del mismo. El alfa de Cronbach fue de .83, mientras que el análisis factorial arrojó 4 factores principales. Confiabilidad Test Retest el BAI: el promedio de

aplicación basal fue de 9.9 ± 9.3 y en la segunda aplicación de 8.9 ± 8.0 . el coeficiente de correlación intraclase resulto en niveles aceptables ($r=.75$).

Tratamiento

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

Aunque estas alternativas ante la ansiedad no se especifican de manera estructurada dentro de un tratamiento a seguir, varias de ellas se consideran dentro del tratamiento formal para la ansiedad, tal como es el caso de las técnicas de relajación y el cambio cognitivo. La previsión y el control de los eventos amenazadores son las características que se buscan en el tratamiento de la ansiedad, algunos tratamientos cognitivo-conductuales contienen componentes específicos que se concentran en cambiar la percepción de previsión y el control de los eventos aversivos (Zvolensky, Lejuez,y Eifert, 2000).

Luengo (2005) ha propuesto en cuestión con la ansiedad básicamente dos tipos de intervención: la médica y la psicológica. Para la primera, la existencia del trastorno ansioso debe entenderse como una alteración orgánica que se

diferencia del patrón normativo propio de la población general en cuanto al difícilmente mesurable ámbito emocional; dicha diferenciación, ante la carencia de una comprobación empírica respecto a una anomalía estructural cerebral, pasará a ser explicada mediante la presencia particular de significativas concentraciones de ciertos neurotransmisores, de algunos flujos sanguíneos específicos cerebrales o de alteraciones en los registros de la actividad encefalográfica.

El segundo tipo correspondería básicamente a malas interpretaciones de la realidad que desencadenan una secuencia de la alteración como reacción adaptativa. Por lo tanto la intervención debe enfocarse en la comprensión mental de uno mismo y en el reaprendizaje de los propios sistemas emocionales, no tanto en la bioquímica de los procesos alterados (Luengo, 2005).

Al respecto, Butler, Cullington, Hibbert, Klimes y Gelder (1987) afirman que los trastornos de ansiedad no deben ser tratados por periodos prolongados con fármacos ansiolíticos, debido a la dependencia que se puede desarrollar. Existen otros métodos que combinan relajación, imaginería y reestructuración cognitiva que son efectivos para tratar los trastornos de ansiedad. La orientación del tratamiento dependerá en gran medida del trastorno de ansiedad específico que se someterá a tratamiento.

CAPITULO 2

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

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

En este momento, el TAG constituye el principal grupo de diagnóstico para la ansiedad prominente y crónica en ausencia de un trastorno de angustia (Hollander y Simeon, 2004). La categoría diagnóstica del trastorno de Ansiedad Generalizada se introdujo inicialmente en el DSM-III, en 1980 y los síntomas variados de trastorno pueden remedar una serie de enfermedades médicas, de modo que los pacientes pueden ser atendidos por especialistas ajenos a la salud mental (Stein y Hollander, 2004).

Hollander y Simeon (2004) menciona que 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; acerca de los orígenes del TAG, sugiere que se ha propuesto que las relaciones de vinculación inseguras, la ambivalencia hacia los cuidadores y la sobreprotección de los padres con falta simultánea de calidez emocional pueden contribuir a la aparición del TAG, además de otros mecanismos adicionales que contribuyen a mantener el TAG. En primer lugar, el miedo se utiliza como una estrategia para evitar los afectos negativos intensos. En

segundo lugar, la preocupación a cerca de amenazas futuras poco probables evita al paciente la necesidad de afrontar amenazas más realistas y próximas, al tiempo que limita la capacidad de encontrar soluciones para conflictos más inmediatos.

Por otro lado Meter, Mathan, Gorman, Neil y Salkind (1999) mencionan que la ansiedad no es una reacción inadecuada en muchas situaciones, y cualquiera que haya vivido un acontecimiento vital relevante como: una boda, un examen importante o una entrevista crucial, etc. son sentimientos normales de ansiedad. La diferencia entre esta clase de ansiedad y el trastorno de ansiedad generalizada es que éste deja a la persona debilitada y la ansiedad es de tal magnitud que resulta imposible realizar las actividades normales.

Redefinido el TAG, los criterios diagnósticos presentados en el DSM-IV (APA, 1994) 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), 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.

La definición del DSM-IV para el trastorno de Ansiedad Generalizada es más extensa que la de los DSM anteriores por lo que se esperan tasas de prevalencia mayores.

La encuesta más larga sobre el trastorno de Ansiedad Generalizada del DSM-III tuvo lugar en 1983 y duró hasta 1984 como parte de un estudio de epidemiología, este estudio arrojó datos del 3-8% de prevalencia anual del trastorno, una vez excluidos otros trastornos, así como una prevalencia del doble para las mujeres en comparación con los hombres (Stein y Hollander, 2004).

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

El componente cognitivo de la enfermedad afirma que se refiere a la presencia de preocupaciones 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, ocupaciones y sociales.

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

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

En el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD, por sus siglas en inglés) los pacientes se caracterizan por presentar preocupación incontrolable, (Zebb y Beck, 1998) El trastorno de ansiedad generalizada es un trastorno crónico, frecuente e incapacitante, se caracteriza por preocupaciones permanentes y generalizadas, se presenta en numerosas ocasiones con síntomas somáticos como: dolor muscular, cefalea insomnio y fatiga; es frecuente su comorbilidad tanto con otros trastornos emocionales (depresión y/ o Ansiedad) como enfermedades somáticas. (Martínez, 2002). Por lo que el GAD es un estado invalidante crónico común, pero el peor conocido por numerosas razones.

Para Wells (2005) la característica principal de las personas con GAD son las preocupaciones, las cuales suelen ser repetitivas, generalizadas e incontrolables. En las personas con GAD destacan los pensamientos intrusivos los cuales suelen ser generalmente de tipo negativo, en estas personas la preocupación suele ser inflexible ya que las preocupaciones están predominantemente presentes en todo momento por lo que llegan a creer que sus preocupaciones son peligrosas y pueden llegar a ser incontrolables. Las preocupaciones en personas con GAD 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.

El trastorno de ansiedad generalizada es el trastorno de ansiedad que se observa con más frecuencia en atención primaria y el segundo trastorno psiquiátrico más común después de la depresión (Martínez, 2002).

Gross (1990) enlista los mecanismos que se han encontrado, los cuales contribuyen al mantenimiento de la preocupación: Los mecanismos que son responsables del mantenimiento de la preocupación crónica característica del desorden de ansiedad generalizado (GAD) no son comprendidos bien. El estudio actual revisó cuatro mecanismos posibles que podían tener un papel muy importante en el GAD. Estos procesos son la identidad, el conocimiento, la sensibilidad de preocupación los emparejamientos equivocados, y la preocupación versus ideas entrometidas (la atención- la obsesión). La preocupación ha sido demostrada ser fenomenología prominente hacia dentro generalizado la preocupación (clínica y no - clínico) y este proceso, que es constituido por - cognición irrelevante de tarea, podría colaborar en el mantenimiento de la preocupación (Gross, Oei y Evans, 1989 y Barlow, 1988).

Borkovec (1985) considera que la preocupación tiene un papel esencial en la etiología y el mantenimiento de la preocupación en sus varias formas. En un estudio Borkovec (1985), informó que los preocupados marcaban un tanto más alto que los no preocupados, sobre una medida de la identidad pública, el conocimiento así que el concepto de la identidad, el conocimiento podría proveer la perspicacia en la preocupación generalizada. La identidad el conocimiento es el primer mecanismo en ser considerado.

Borkovec (1985) menciona que los preocupados experimentaban más intrusiones de idea que los no preocupados. Las ideas entrometidas en cajas de la ansiedad generalizada también podrían ser diferente de las ideas

entrometidas como en el Trastorno Obsesivo Compulsivo en relación con su frecuencia e intensidad.

La cognición principal del GAD es la preocupación y suele considerársele una conceptualización negativa y anormal en el proceso de este desorden (Wells, 1999).

Hollander y Simeon (2004) mencionan que los pacientes con TAG desarrollan un tipo de pensamiento mágico donde creen que sus preocupaciones evitarán que suceda algo temido. Wells (1999) nos dice que en pacientes con GAD se da predominantemente una preocupación verbal e imaginativa ya sea por el pasado o por el futuro.

En el GAD la preocupación se llega a volver crónica, suele ser de tipo negativo, también se le considera similar al proceso de miedo. A diferencia del miedo la preocupación es incontrolable y peligrosa e interviene en el proceso cognitivo ya que los pensamientos son intrusivos, lo cual mantiene el desorden.

Síntomas

En el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD) encontramos una rigidez en la dinámica del cerebro, lo que provoca hipervigilancia, hipertensión, constantes cambios de humor y respuestas de somatización. El proceso cognitivo del GAD suele ser sugestivo de una rígida cognición, con hábitos maladaptativos, estímulos generalizados, pensamientos catastróficos, abstracción selectiva y pensamientos dicotómicos. También el GAD se puede caracterizar por respuestas automáticas, lo que contribuye a una constante activación de estas respuestas, la interpretación de esta activación suele ser

cíclica. Algunos malestares que provoca el GAD son los estomacales, intestinales y comúnmente hay somatización de los síntomas (Coyle, 2000).

Los síntomas más frecuentes en el trastorno de ansiedad generalizada (Stein y Hollander, 2004) son: Tensión motora, Hiperactividad Vegetativa, Hiperactividad, Inquietud, Incapacidad para relajarse, Fatiga, Tensión muscular que provoca cefaleas y dolores crónicos en el hombro, cuello y zona lumbar, Preocupación Patológica (los temas más frecuentes de estas son: relaciones familiares e interpersonales, trabajo, escuela, economía y salud). Esta preocupación se ha diferenciado de la “normal” en su percepción como un hecho significativamente más incontrolable e irreal y en el hecho de que los pacientes con este problema invierten un 60% de su día en estas preocupaciones.

Evolución

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

Según el DSM-IV (APA, 1994) muchos individuos con TAG se consideran ansiosos o nerviosos de toda la vida. Aunque más de la mitad de los que acuden a la consulta manifiestan que el Trastorno de Ansiedad Generalizada empezó en la segunda infancia o en la adolescencia, no es raro que el trastorno se inicie a los 20 años de edad. El curso es de carácter crónico, pero fluctuante, con frecuentes agravamientos coincidiendo con periodos de estrés. Horacio (2003) considera que las tasas de remisión sin tratamiento son muy bajas. El curso general es fluctuante, caracterizado por exacerbaciones y remisiones periódicas. Es bastante característico que haya un nivel crónico de ansiedad subyacente, con exacerbaciones sintomáticas que pueden durar días o semanas. El inicio y exacerbaciones del TAG pueden estar relacionados a periodos de la vida de intenso estrés o sobre carga emocional.

Prevalencia

Según el DSM-IV (APA, 1994) en muestras de población general la prevalencia anual del Trastorno de Ansiedad Generalizada se sitúa en el 3% aproximadamente, mientras que la prevalencia global llega hasta el 5%. En los centros médicos para trastornos de ansiedad hasta un 25% de los individuos presentan trastorno de ansiedad generalizada como diagnóstico exclusivo o comórbido.

De acuerdo a los criterios del DSM-IV, la prevalencia actual más probable es del 2% al 3% en la población general, y del 7% al 9% en la población que concurre a los centros de cuidados primarios de salud. Se ha comprobado que las tasas de prevalencia son bajas en los adolescentes (2%) pero

particularmente altas después de los 35 años de edad, siendo, a partir de entonces, de un 4% en varones y de un 10% en mujeres (Horacio, 2003).

Epidemiología

Se piensa que el Trastorno de Ansiedad Generalizada es muy común, afectando aproximadamente al 5% de la población y en una proporción entre mujeres y varones de aproximadamente 2:1.

Se considera al Trastorno de Ansiedad como uno de los más frecuentes, no obstante resulta paradójico que en los centros de salud sea un trastorno con menos frecuencia de demanda con un entorno del 10% (Ortiz-Tallo, 1997).

Pautas para el Diagnóstico

Horacio (2003) menciona algunos de los factores de riesgo que se han detectado para el TAG son los siguientes: ser mujer, tener más de 30 años, poseer antecedentes de un trastorno depresivo mayor, o antecedentes familiares de trastornos de humos o de ansiedad.

Se debe considerar el posible padecimiento de TAG ante la aparición de una sintomatología múltiple, preocupaciones excesivas e insomnio de conciliación.

Etiología y Naturaleza del Trastorno

A cerca de los orígenes del TAG se ha propuesto que las relaciones de vinculación inseguras, la ambivalencia hacia los cuidadores y la sobreprotección de los padres con falta simultánea de calidez emocional

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

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

Coyle (2000) menciona que la representación de la distribución de la energía en general corresponde a sistemas marcados por la incertidumbre, peligro o estimulación incierta de entrada. Para mostrar que en realidad hay rigidez cognitiva en el TAG, dicho autor, propone tres características significativas del procesamiento cognitivo en el TAG que sugieren rigidez cognitiva, tal como es la tendencia a esquemas rígidos, la automaticidad de respuesta y predisposición en el procesamiento de entradas de información. Los esquemas rígidos se refieren a los hábitos mal adaptativos como lo es la generalización de estímulos, pensamiento catastrófico, atención selectiva y pensamiento dicotómico. En cuanto a la automaticidad de respuesta, los procesos autónomos son vistos como responsables de la activación, lo que conlleva a una interpretación de la activación e incremento de la activación como resultado de su interpretación. Dentro de este ciclo la información somática es

generalmente ejecutada involuntariamente y moviliza al cuerpo para actuar. En cuanto a la predisposición en el procesamiento de información, en la ansiedad el procesamiento tiende a ser con una predisposición negativa relacionada a estímulos amenazantes, lo que también indica rigidez cognitiva en el TAG.

Con respecto a la genética, existen evidencias de la relación directa que se establece entre el número de personas que padecen TAG y la frecuencia de esta enfermedad como antecedente familiar. Los factores cognitivos son el mecanismo nuclear que actúa para mantener la enfermedad (Coyle, 2000).

Etiopatogenia del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Para hablar de la ansiedad en términos biológicos es necesario referirnos a los trabajos pioneros de Papéz, quien delinea y sistematizó por primera vez un circuito cerebral directamente involucrado en el control de la emoción que incluía estructuras prosencefálicas de localización límbica: hipotálamo, giro del cíngulo, formación del hipocampo y el circuito de Papéz que son las regiones talámicas de proyección cingular (Brodal, 1981). En la actualidad se sabe que el circuito de Papéz es central en el control de las emociones y por ende de la ansiedad.

El sistema septohipocampal se relaciona primariamente con el control de las respuestas de un organismo tradicionalmente asociadas con la ansiedad (Gray, 1982). 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 (Morales, Torres y Megias, 1992).

La amígdala parece desempeñar un papel importante en la conducta emocional, en especial en aquellas situaciones asociadas al miedo o frustración, de naturaleza condicionada o incondicionada, y de relevancia en una situación de ansiedad. (Morales, Torres y Megias, 1992).

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 (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 (5HT) y Acetilcolina (ACh) (Carrasco, 1990), estos neurotransmisores son los que actúan en los estados de ansiedad.

En la ansiedad el descubrimiento de la acción ansiolítica de las benzodiazepinas y sus receptores focalizó la atención de la investigación durante los últimos años en el funcionamiento del sistema GABA (Carrasco, 1990).

Diagnostico Diferencial

El Trastorno de Ansiedad Generalizada 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 diagnostico principal del TAG sufren un trastorno comórbido del eje I, como fobia social o distimia (Caballo, Buelacasa y Carboles, 1995).

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

-Depresión/Ansiedad Generalizada: Es el diagnostico 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 diagnostico 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, 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 más 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.

-Trastornos de Personalidad/ Ansiedad: 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.

-Uso de Sustancias/ Ansiedad: 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 b1asicos y del sue1o.

Rascon (1994) menciona que en la ansiedad donde el futuro se percibe con temor, incertidumbre, miedo a la muerte, inseguridad, en varios a1os de evoluci3n, se manifiestan episodios depresivos, los trastornos depresivos y la ansiedad se han encontrado en comorbilidad con el consumo de alcohol.

Est1 misma autora reporta que de ansiedad en un 12.3%, l 5.1% report3 criterio de dependencia, encontr3 que los hombres beben m1s que las mujeres y la ansiedad es mayor en mujeres que en hombres. Observo una coexistencia de dependencia al alcohol con depresi3n y ansiedad.

En los ancianos con ansiedad resulta especialmente importante distinguir el TAG de otros estados de ansiedad que podr1an guardar relaci3n con estados de confusi3n, demencia, psicosis o depresi3n o ser una manifestaci3n de una enfermedad org1nica de base (Hollander y Simeon, 2004).

Es indispensable recalcar que en el GAD, la preocupaci3n es el criterio diagn3stico primario. Se discute que los estados de preocupaci3n y ansiedad excesiva se asocian con una tendencia incrementada para detectar pistas de amenazas en el ambiente o a que elijan la interpretaci3n emocional m1s

amenazante de pistas relacionadas a posibles eventos aversivos. Esta posibilidad aumenta, pues muchas de las pistas que pueden indicar dicho evento son ambiguas por naturaleza (Mathews, 1990).

Por otro lado, según los criterios del DSM-IV (APA, 1994), el trastorno de ansiedad generalizada debe diferenciarse del trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, en el que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente, como por ejemplo el hipertiroidismo. Éste diagnóstico diferencial debe basarse en la historia clínica, en los hallazgos de laboratorio y en la exploración física.

Por otro lado, no está por de más considerar los criterios del DSM-IV (APA, 1994), para el diagnóstico diferencial del TAG, los cuales se presentan a continuación.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se diferencia del TAG por el hecho de que la sustancia (drogas, fármacos y tóxicos) se considera etiológicamente relacionada con los síntomas de ansiedad. Por ejemplo, la ansiedad de carácter intenso que sólo aparece coincidiendo con grandes ingestas de productos que contienen cafeína debe diagnosticarse de trastorno de ansiedad inducido por la cafeína, con ansiedad generalizada (Morales, Torres y Megias, 1992).

Si hay otro trastorno del eje I, el diagnóstico adicional del TAG sólo debe considerarse cuando el origen de la ansiedad y de la preocupación no está relacionado con el trastorno subyacente, es decir, la inquietud excesiva del individuo no se relaciona con la posibilidad de sufrir una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo),

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

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

La ansiedad se encuentra invariablemente presente en el trastorno por estrés postraumático. No debe diagnosticarse un TAG si esta ansiedad sólo se pone de manifiesto en el curso de un trastorno por estrés postraumático. También puede aparecer ansiedad en el trastorno adaptativo, si bien esta categoría es de carácter residual y sólo debe utilizarse cuando no se cumplen los criterios diagnósticos de cualquier otro trastorno de ansiedad (incluyendo el TAG). Es más, en el trastorno adaptativo la ansiedad aparece como respuesta a estresantes vitales y no se prolonga más de 6 meses después de la desaparición de la situación estresante o de sus consecuencias. La ansiedad generalizada es una característica frecuente de los trastornos del estado de

ánimo y de los trastornos psicóticos, y no debe diagnosticarse de forma independiente si sólo aparece coincidiendo con uno de estos trastornos.

Varios aspectos distinguen el TAG de la ansiedad no patológica. En primer lugar, las preocupaciones del TAG son difíciles de controlar e interfieren típicamente y significativamente en la actividad general del individuo, mientras que las preocupaciones normales de la vida diaria son más controlables e incluso pueden dejarse para otro momento. En segundo lugar, las preocupaciones del TAG son más permanentes, intensas, perturbadoras y duraderas, apareciendo a menudo en ausencia de factores desencadenantes. Cuantas más preocupaciones tenga el individuo (económicas, salud de los hijos, rendimiento laboral, reparación del automóvil), más probable es el diagnóstico del TAG. Por último, las preocupaciones normales de la vida diaria no suelen acompañarse por síntomas físicos (como fatiga excesiva, inquietud motora, impaciencia, irritabilidad) aunque esto es menos cierto en los niños.

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

Tipos de Medición

Los instrumentos que tradicionalmente se venían utilizando con tal fin no corresponden con la concepción actual de este trastorno. La mayor parte de los instrumentos disponibles datan de las décadas de los años sesenta y setenta, y por lo tanto están contruidos para evaluar ansiedad general, o trastorno de

ansiedad generalizada tal como era concebido en aquellas épocas (Bobes, 2002).

Por otro lado Caballo (2002) menciona que para la evaluación del TAG deben considerarse los síntomas clave como elementos fundamentales para su medición, por lo que es necesario emplear varias herramientas, tales como entrevistas estructuradas para diagnosticar y evaluar los resultados del tratamiento que se implemente, mediciones de los síntomas del TAG, medidas de las variables asociadas al TAG tal como medidas generales de la ansiedad y la depresión.

Incluso las pruebas de ansiedad revelan por lo general dos factores: uno con respecto a los síntomas somáticos y otro con más aspectos cognitivos, tales como pensamientos intrusivos y pensamientos no deseados (Mathews, 1990).

Algunos instrumentos que evalúan el Trastorno de Ansiedad Generalizada son:

- Escala de detección de Trastornos de Ansiedad Generalizada según DSM-IV: mide el trastorno de ansiedad generalizada, consta de 12 reactivos con dos opciones de respuesta: si o no, se le pregunta al paciente sobre las cosas que pudo haber sentido en los últimos 6 meses.
- Cuestionario de Screening de Ansiedad (ASQ-15): constituido por 15 reactivos que evalúan la razón de malestar del paciente, sentimientos de tristeza, depresión, ansiedad, nerviosismo, temores, ocurrencia de acontecimientos inquietantes, preocupación por diversas situaciones y la interferencia de esta en la vida diaria.

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

Desafortunadamente los instrumentos que tradicionalmente se vienen utilizando en la evaluación psicométrica del Trastorno de Ansiedad

Generalizada resultan insuficientes para evaluar el trastorno de ansiedad generalizada tal y como se concibe en la actualidad. (Bobes 2002).

En un estudio (Newman, Zuellig, Kachin, Constantino, Preseworski, Erickson y Cashman-McGrath, 2002) para obtener la confiabilidad y validez del GAD-Q-IV se obtuvo una probabilidad del 93% que indica que alguien con GAD tendrá un puntaje alto en el GAD-Q-IV que alguien que no lo tenga. Por otro lado, la sensibilidad resultó del 83% y una especificidad del 89%. En este mismo estudio se encontró que el GAD-Q-IV correlacionó con el PSWQ ($r=.66$) y mostró una estabilidad en el tiempo del 92 % en un test re-test con un intervalo de tiempo de dos semanas entre cada aplicación. Por lo anterior se concluyó que el GAD-Q-IV puede ser una forma efectiva de evaluar inicialmente la presencia de GAD diagnosticable, así como la ausencia del mismo. Cabe mencionar que debe quedar claro que el GAD-Q-IV determina solamente la presencia o ausencia del GAD sin especificar severidad del mismo.

Este instrumento se elaboró según los criterios del DSM-IV para el TAG

Trastorno de Ansiedad Generalizada y Asistencia Primaria

El médico de asistencia primaria, es generalmente, el primer profesional con el que llega el paciente con TAG. Sin embargo, y, a pesar de que actualmente se cuenta con estrategias efectivas disponibles para tratar un número importante de estos individuos, la mayoría no recibe un tratamiento específico. Actualmente menos del 25% de los pacientes con TAG puro o en comorbilidad con depresión recibe un tratamiento psicofarmacológico adecuado. Esto se debe fundamentalmente, a la falta de reconocimiento médico de esta patología,

sobre todo cuando predominan los síntomas somáticos. Por ello se debe plantear la necesidad de una mayor difusión de este trastorno entre los médicos generales y de asistencia primaria para que se puedan reconocer los síntomas de la enfermedad, dado que un diagnóstico correcto es el primer paso para un manejo satisfactorio y eficaz de la enfermedad (Horacio, 2003) .

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

Tratamiento

Tratamiento Psicológico

Bobes (2002), menciona que en este trastorno las técnicas más utilizadas han sido la relajación y la respiración, pero recientemente se han incorporado otros procedimientos terapéuticos, conductuales: como la exposición y el control del tiempo, cognitivos: como la reestructuración cognitiva, la distracción cognitiva y las autoinstrucciones o de afrontamiento, como el entrenamiento en solución de problemas, a continuación se describen algunas de las técnicas utilizadas en este trastornos.

Modulo psicoeducativo: Se requiere la colaboración activa por parte del paciente, consiste en motivarlo de manera adecuada para la terapia, por lo que es necesario precisar en las dos primeras sesiones los siguientes puntos:

1. Delimitación de las expectativas del paciente.
2. Descripción detallada de los tres componentes de la ansiedad (Psicofisiológicos, cognitivos y conductuales).
3. Valoración del carácter adaptativo o inadaptativo de la ansiedad en el caso del paciente.
4. Explicación del contenido del tratamiento.
5. Instrucciones generales en la relación con los autorregistros y las tareas entre sesiones.

Para Stein y Hollander (2004) hay dos componentes fundamentales para el tratamiento, la psicoeducación y la exposición.

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

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

Técnicas conductuales

Respiración controlada y relajación: Respiración: función involuntaria de la que las personas no suelen preocuparse. Cuando se encuentra bajo el efecto de la ansiedad se experimenta una respiración forzada, jadeante y acelerada (Hiperventilación involuntaria). La práctica de una respiración lenta y profunda contribuye a controlar la tensión y a reducir la activación psicofisiológica.

La relajación mental es una alternativa adecuada cuando las personas se relajan física, pero no mentalmente, por que están excesivamente pendientes de sus inquietudes y preocupaciones.

Exposición a las situaciones evitadas: En el trastorno de ansiedad generalizada no aparecen conductas de evitación claramente delimitadas, pero pueden identificarse situaciones más o menos sutiles que el paciente tiende a evitar sistemáticamente.

Control del tiempo y programación de actividades lúdicas y de ocio: El control del tiempo es un aspecto importante para no sentirse abrumado e implica tres componentes fundamentales: la delegación de responsabilidades, la asertividad para negarse a compromisos no deseados y la reorganización del tiempo disponible. Los pacientes ansiosos tienden a focalizar la atención en las preocupaciones que les afectan, que les suelen abrumar y las prescriben como incontrolables

Técnicas cognitivas: Las personas que afrontan la vida con una actitud positiva, al mostrar mas energía y contar con más confianza en si mismo se protegen más fácilmente de la ansiedad.

Terapia cognitiva: Las preocupaciones de una persona pueden proceder del modo en que se percibe la realidad y de los recursos que uno cree disponible para afrontarla, los pensamientos generados pueden guiar nuestra conducta e incluso nuestras emociones. Si los pensamientos son incorrectos pueden desencadenar pensamientos negativistas, como suele ocurrirles habitualmente a las personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada.

La terapia cognitiva tiene como objetivo: mostrar al sujeto las conexiones existentes entre las cogniciones (pensamientos, imágenes, etc.), las conductas y las emociones; en segundo lugar, adiestrarle para autoobservar los pensamientos automáticos de tipo negativista y analizar su impacto emocional, en tercer lugar, enseñarle a sustituir dichos pensamientos alterados por interpretaciones más positivas y orientadas de forma más realista, con arreglo al análisis lógico y a la evidencia externa.

Terapia Cognitivo- Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) del TAG se basa en la teoría de que el trastorno proviene de constantes percepciones del mundo como un lugar peligroso, lo que genera un proceso de interacciones comunes y mal adaptativas entre los sistemas de respuesta fisiológica, cognitivo y conductual. La interacción de esos sistemas de respuesta mal adaptativos conduce a un proceso en espiral que intensifica la ansiedad (Newman y Borkovec, 1995).

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

Horacio (2003) enuncia 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 a cerca del rol de las cogniciones para aumentar la ansiedad.
- Entrenamiento en relajación.
- Verificación lógica de los pensamientos.
- Estimación de posibilidades.
- Uso de tareas conductuales y monitoreos para desafiar la veracidad de las creencias relacionadas a la ansiedad.

En la actualidad la mejor manera de tratar al Trastorno de Ansiedad Generalizada es la terapia cognitivo-conductual centrada en devolver al paciente el control del proceso ansioso. Se ha comprobado que la terapia cognitiva muy estructurada es más eficaz que la no dirigida o desestructurada como la psicoterapia dinámica (Meter, Mathan, Gorman, Neil; y Salkind 1999).

La psicoeducación a cerca de estos procesos es el primer paso para el tratamiento. Se les induce a escribir sus pensamientos ansiógenos, para encontrar el lado objetivo de los mismos y describir las distorsiones cognitivas como, por ejemplo, catastrofizar, hacer lectura del pensamiento o pensar en términos de todo o nada. Se examinan las evidencias que pueden apoyar o refutar estos pensamientos ansiógenos. Se implementan también técnicas de estimación de posibilidades, lo que permite a los pacientes medir la posibilidad real de que los eventos ocurran ya que tienden a subestimar su habilidad para

afrontar las situaciones y sobreestimar la posibilidad real de que sus preocupaciones y las posibles consecuencias de éstas ocurran. Se les enseña a generar explicaciones alternativas y respuestas racionales que les ayuda a cambiar sus pensamientos ansiógenos distorsionados.

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

En un estudio (Craske, Gatz y Wetherell, 2003) se encontró que en el tratamiento del TAG y de la depresión en adultos mayores con una media de edad de 67.1 años, a quienes se les ofreció de tratamiento la TCC y un grupo de discusión, al comparar ambas modalidades de tratamiento, se concluyó que la mejoría en los pacientes fue mayor en el grupo tratado con TCC comprobando así su efectividad en este tipo de población.

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

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

Borkovec (2005) propone un taller de entrenamiento clínico con varias técnicas cognitivo-conductuales especialmente para el TAG, el cual contempla los siguientes aspectos: a).- Auto monitoreo de elementos del procesamiento de la ansiedad (cognitivos, afectivos, fisiológicos y conductuales) y el aprendizaje de la detección de indicios de ansiedad. b).- Despliegue flexible de múltiples métodos de relajación aplicada (respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, imaginería guiada, meditación y el dejarse ir), c).- Sesiones de ensayo de respuestas de afrontamiento usando adaptaciones flexibles de desensibilización auto controladas, d).- Múltiples técnicas cognitivas diseñadas para facilitar formas de percepción más flexibles y adaptativas, el surgimiento de estilos cognitivos libres de expectativas y un procesamiento más completo de la experiencia en el momento presente.

Cabe mencionar que aparte del tratamiento farmacológico y la TCC, se emplean otras técnicas. En este trastorno las técnicas más utilizadas han sido la relajación y la respiración, la exposición y el control del tiempo, así como el entrenamiento en solución de problemas (Bobes, 2002).

Con relación a las técnicas de relajación, Roca (2002) afirma que éstas son un método eficaz para los pacientes muy estresados con un grado considerable de actividad autónoma, entre ellas menciona la relajación muscular progresiva y otras técnicas como el yoga, la meditación y la retroalimentación biológica (biofeedback).

Se ha encontrado que con la terapia cognitivo conductual hay una reducción de los síntomas depresivos, sin embargo desafortunadamente para el diagnóstico del TAG en adultos mayores como no hay una consistencia es

difícil hacer una buena detección del trastorno. Ya que el GAD resulta ser un trastorno crónico por lo que se sugiere que la terapia sea mas específica y adaptada a este tipo de población (Stanley, 2003).

Autoinstrucciones: Es el proceso de enseñar a las personas a hablarse a si mismas de otra manera, el objetivo es modificar el dialogo interno para facilitar el afrontamiento de una determinada situación. El entrenamiento en autoinstrucciones debe estar referido más al inicio de conductas positivas, está técnica debe complementarse con dos estrategias adicionales: con una reorientación atencional y a la adquisición de una percepción correcta de la realidad (Bobes, 2002).

Distracción cognitiva: La presencia de preocupaciones excesivas bien referidas a acontecimientos pasados, bien en forma de temores ante posibles sucesos futuros, que es característica del Trastorno de Ansiedad Generalizada, tiende a paralizar la actividad del paciente o cuándo menos a interferir negativamente en la conducta. El objetivo de las técnicas de distracción cognitiva es desconectar este tipo de pensamientos de las conductas en las que se implica el sujeto, es decir, se trata de no pensar en los síntomas o en las preocupaciones y de orientar la atención del sujeto a situaciones no vinculadas a la percepción de aspectos amenazantes (Butler, 1991).

El objetivo de las técnicas de afrontamiento: entrenamiento en solución de problemas es lograr que la persona se enfrente a los problemas ordinarios de la vida cotidiana (educación de los hijos, situación económica, cuidado de familiares enfermos, etc.) de la manera mas adecuada. El procedimiento

utilizado es el análisis concreto de los diversos problemas y preocupaciones, la generación de las posibles soluciones, el análisis de las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas y por último la toma de decisiones, así como la evaluación posterior de ellas (Bobes, 2002) .

Los pasos recomendables son:

Definir de forma clara y específica el problema, Buscar diferentes soluciones a ese problema, sin entrar a valorarlas inicialmente, Analizar cada una de las posibles soluciones planteadas, así como elegir la más adecuada y Actuar en consecuencia con la solución elegida. Una vez puesta en práctica, conviene evaluar el resultado, si es positivo, servirá de guía para resolver problemas similares en el futuro, y si el resultado es negativo, se debe replantear el procedimiento y buscar otra alternativa.

Existen muchos tipos de terapias para el Trastorno de Ansiedad Generalizada pero es importante tomar en cuenta el más efectivo para el paciente.

Lo importante es reducir el estado de ansiedad y prevenir que continúe intensificándose. Con la terapia cognitivo-conductual se obtienen resultados inmediatos, además de que produce largos efectos en comparación con otras terapias (Newman, 1995).

Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico del trastorno de ansiedad generalizada desafortunadamente aún no está bien definido ni protocolizado como el de otros trastornos de ansiedad (Bobes, 2002).

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

En los últimos años, las benzodiazepinas han constituido el tratamiento de primera elección para el TAG y siguen siendo la primera opción en este momento (Hollander y Simeon, 2004).

De acuerdo con Roca (2002) todas las benzodiazepinas poseen las mismas acciones como ser ansiolíticas, sedantes, relajantes musculares y anti convulsionantes.

A la hora de planificar el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada deben tomarse en cuenta los siguientes aspectos (Bobes, 2002):

1. El objetivo principal de la farmacoterapia son los síntomas nucleares del trastorno que según el DSM-IV incluyen la preocupación excesiva, crónica e incontrolable, la tensión muscular, irritabilidad, fatigabilidad, inquietud, las dificultades de concentración y el insomnio.
2. Los objetivos accesorios son la comorbilidad, la reducción del nivel de discapacidad y el aumento de la calidad de vida relacionada con la salud.
3. El tratamiento agudo (duración inferior a 6 meses) en un porcentaje importante de pacientes requerirá continuarse con un tratamiento (más de 6 meses) con el fin de prevenir recaídas.
4. Dada la necesidad de mantener el tratamiento durante periodos prolongados de tiempo, los fármacos que se utilicen deberán tener eficacia mantenida a largo plazo, buena tolerancia, bajo potencial de abuso y dependencia, y no debe plantear problemas de retirada.

Por otra parte el Grupo Internacional de Consenso en Depresión y Ansiedad ha realizado las siguientes recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico del trastorno de ansiedad generalizada:

1. El tratamiento de primera elección son los antidepresivos IRSN, ISRS o tricíclicos no sedativos.
2. Otras opciones terapéuticas que pueden ser contempladas son la buspirona y la hidroxina.
3. Los antipsicóticos son una elección inapropiada para el tratamiento de este trastorno.
4. En el caso de que se trate de una reacción de ansiedad aguda con una duración esperada de 2 a 6 semanas- y no un trastorno de ansiedad generalizada crónico- es apropiado el uso de benzodiazepinas.
5. Si los pacientes ya han iniciado un tratamiento con benzodiazepinas, la elección del antidepresivo dependerá de las posibles interacciones entre éste y las benzodiazepinas.

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

El cambio en el concepto del Trastorno de Ansiedad Generalizada implica un cambio de actitud y de elección farmacológica en el manejo de este trastorno (Bobes, 2002).

Las benzodiazepinas como el diazepam (mejor conocido como Valium) y el lorazepam, se han utilizado desde hace más de treinta años. A pesar de su efectividad, las benzodiazepinas provocan efectos secundarios tales como

somnolencia, alteración de habilidades motrices y amnesia (Nathan, Gorman y Salkind, 1999).

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

Entre las elecciones de tratamiento se encuentran las azapironas, como la buspirona que han resultado eficaces para tratar los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada y con ellas se logra una disminución entre el 30 y el 50% de síntomas de ansiedad (Nathan, Gorman y Salkind, 1999). No producen alteración del rendimiento psicomotor, no se ha descrito dependencia física, abuso ni síndromes de abstinencia y con respecto a los efectos secundarios los más significativos son náuseas, sensación de mareo y somnolencia. El inicio de su efecto ansiolítico tiene un periodo de latencia de entre 2 y 6 semanas (Roca, 2002).

Impacto Psicosocial

El TAG tiene un impacto muy importante en los sistemas de salud, en la génesis de incapacidad o disfunción laboral y en otros aspectos psicosociales. La pérdida en días de trabajo es significativamente mayor en los pacientes con

TAG. Comparada a pacientes con depresión mayor sin TAG y a controles sanos. Las personas afectadas por ese trastorno concurren con frecuencia y reiteradamente a los centros de cuidados primarios, sin obtener un diagnóstico adecuado y, por consiguiente, son tratados de manera ineficaz (Horacio, 2003).

Preocupación

La ansiedad se ha conceptualizado de manera global incluyendo aspectos de sensaciones somáticas, elementos cognitivos y componentes conductuales. La preocupación 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. Los criterios diagnósticos para la ansiedad generalizada han ido en progresivo incremento que enfatiza la preocupación, con un decremento concurrente en el énfasis sobre la sintomatología somática (Zebb, 1998).

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 preocupones 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 (Borkovec, 1985). Cabe mencionar que la preocupación es experimentada principalmente como una actividad verbal/lingüística negativa (opuesta a lo imaginario). Cuando los humanos nos preocupamos, nos estamos hablando a nosotros mismos de forma ansiosa (Borkovec, Alcaine y

Behar, 2004). La preocupación se inicia cuando se detecta una amenaza y es seguida de las ideas negativas que se tienen con respecto al mundo como un lugar peligroso. De este proceso los modelos negativos sobre el futuro inician una búsqueda para la solución del problema. Solamente la selección y la práctica de necesidades del problema apropiadas terminan en soluciones para la amenaza detectada. La formulación del problema, cuando éste es poco concreto, disminuye las oportunidades para encontrar soluciones concretas, lo que provoca que la amenaza se conserve y de continuidad a la preocupación, de acuerdo con esta teoría, las funciones de la preocupación marcan directamente una reacción de evitación cognitiva para los estímulos amenazantes (Stober y Borkovec, 2002).

La evitación que la teoría describe sobre la preocupación puede reducirse dependiendo de la cantidad de preocupación de la imagen metafórica aversiva asociada con ayudar a evitar la reacción de preocupación somática, relacionada con la imagen metafórica encargada de los detalles (Borkovec et al. 1998). Pruebas empíricas para la imagen metafórica de las que la reducción de la preocupación tiene lugar dos estudios experimentales (Borkovec & Amperio; Inz 1990) ambos pretenden demostrar que los porcentajes de la experiencia individual de imagen metafórica puede ser enormemente reducida cuando se les ordena preocuparse comparándolo a cuándo se les ordenaba relajarse. Además, Borkovec y el fundamento de Inz (1990) demuestra que los pacientes diagnosticados con GAD (por sus siglas en inglés) indicaban menos porcentajes que los pacientes del grupo control en cuanto a la imagen metafórica incluso podían relajarse. Sin embargo la terapia prospera en el

cambio de la evitación en razón de la imagen metafórica / ideas de que de acuerdo con eso no eran más diferente del grupo de control de los clientes. La preocupación es iniciada por la detección de la amenaza, seguida de las ideas negativas y las ideas catastróficas. De este proceso los modelos negativos sobre el futuro son formulados iniciando una búsqueda para la solución del problema. Solamente la selección y puesta en práctica de necesidades del problema apropiadas terminan en soluciones de la amenaza. La elaboración del problema de concreteness reducido, sin embargo, reducen las oportunidades de encontrar las soluciones concretas. En este caso, la amenaza está conservada, y da continuidad a la preocupación.

Cabe mencionar que para Borkovec, Alcaine y Behar (2004) es crítico determinar qué funciones tiene la preocupación en la ansiedad humana y desarrollar métodos terapéuticos para aminorar el sufrimiento que causa ya que el hecho de detectar amenazas crea un problema que tiene que ser resuelto y de esta manera la amenaza representa el problema más significativo que el organismo enfrenta, porque esto se relaciona a la supervivencia; en consecuencia, las señales amenazantes crean la necesidad para encontrar una forma efectiva de evitar o minimizar eventos negativos y cuando la evitación conductual no puede emplearse para eliminar la amenaza y el problema permanece sin solución, una solución para la amenaza debe de encontrarse con tal de sobrevivir y la actividad cognitiva es la única que queda disponible. De esta manera la preocupación es un 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.

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

Para Wells (1999) la preocupación es un factor principal en el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) la cual suele ser excesiva y difícil de controlar, el TAG es considerado un desorden crónico, que se puede dar desde una temprana edad. La cognición principal del TAG es la preocupación y suele considerársele una conceptualización negativa y anormal en el proceso de este desorden. La preocupación es una idea intrusiva pero es necesario diferenciarla de los pensamientos intrusivos así como también de las obsesiones. También nos dice que la preocupación suele ser adaptativa, ya que en ocasiones ayuda a resolver problemas, algunas veces son voluntarias y realistas y son asociadas con actos compulsivos. Por tal motivo, las preocupaciones en personas con TAG cuando llegan a un límite incontrolable y

que son percibidas como peligrosas se encuentran en un grado patológico y es esto lo que mantiene el trastorno.

Los constantes y continuos cambios de preocupación de la gente con TAG, en su mayor parte son preocupaciones de la vida cotidiana. Las preocupaciones más comunes son: citas médicas, perder el trabajo, sufrir algún accidente, que algún miembro de la familia llegue a enfermarse. Las preocupaciones en ocasiones pueden ser irrelevantes o improbables (Harvard, 2003).

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

En el caso del TAG, en el cual la preocupación crónica es el rasgo central que la define (Lyonfields y Borkovec, 1995), Horacio (2003) afirma que los individuos con TAG presentan una tendencia a mal interpretar los eventos negativos habituales que son parte de la vida humana. Este punto de vista contribuye a producirles un estado de hipervigilancia o hiperalerta, que aumenta la creencia de que sus preocupaciones son preventivas y no adaptativas y mientras las personas con TAG intentan dejar de preocuparse,

paradójicamente, esta estrategia suele tener el efecto contrario, dado que al intentar no pensar a cerca de algo, tienden a reforzar estos pensamientos.

Los componentes del TAG, que contribuyen a perpetuar el ciclo de preocupaciones incluyen:

- Hiperalerta emocional y prejuicios en los procesos de procesamiento de la información ante estímulos amenazantes.
- Creencias de que las preocupaciones pueden prevenir futuros eventos negativos.
- Incapacidad de resolver los problemas.
- Intentos de distraer la imaginación negativa o resistirla, sin encontrar soluciones alternativas.

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

- Si me preocupo por algo, es más probable que imagine como evitar o prevenir que pase algo malo.
- Aunque puede no ser cierto, se siente como si al preocuparse por algo, esta preocupación haga menos probable que algo malo pase.

- Preocuparme por la mayoría de las cosas por las que me preocupo es una manera de distraerme para no preocuparme por cosas más emocionales, cosas en las que no quiero pensar.
- Si me preocupo por algo, cuando algo malo pasa, yo estaré mejor preparado para lo que pase.
- La preocupación ayuda a motivarme a hacer las cosas que necesito hacer.
- La preocupación es una forma efectiva para resolver problemas.

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

Queda claro que el Trastorno de Ansiedad Generalizada es un trastorno eminentemente cognitivo, donde la preocupación crónica patológica desempeña un papel esencial (Bobes, 2002).

Mathews (1990)) menciona que la preocupación es frecuentemente el componente cognitivo de la ansiedad, Las pruebas de ansiedad revelan por lo general dos factores: uno con respecto a los síntomas somáticos y otro con más aspectos cognitivos, tales como pensamientos intrusivos y pensamientos no deseados. La preocupación parece ser un estado especial del sistema

cognitivo, adaptado para anticipar posibles peligros futuros. En contraste con otras especies, los humanos pueden representar dentro del sistema cognitivo posibles eventos futuros y así la preocupación puede ser únicamente un fenómeno humano. De esta manera podemos pensar en como evitar la amenaza. Este proceso tiene obvias ventajas, pues podemos estar preparados para el resultado. La preocupación se asemeja en algunos aspectos a la resolución de problemas, pero en lugar de llevar a un resultado satisfactorio, es como si el peligro estuviera repitiéndose constantemente sin ninguna solución. En el TAG la preocupación es el criterio diagnóstico primario. Se discute que los estados de preocupación y ansiedad excesiva se asocian con una tendencia incrementada para detectar pistas de amenazas en el ambiente o a que elijan la interpretación emocional más amenazante de pistas relacionadas a posibles eventos aversivos. Esta posibilidad aumenta, pues muchas de las pistas que pueden indicar dicho evento son ambiguas por naturaleza. Algunas personas consideran necesario preocuparse, pues el pensar que el dejar de preocuparse ocasionará que ocurra lo peor con respecto a lo que se estaba preocupando. Con frecuencia, 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 (Borkovec, 1985,)

Por otro lado, también se han realizado estudios en los que se hacen evidentes los temas más comunes por los que las personas con TAG tienden a preocuparse con más frecuencia. Entre estos estudios está el de Diefenbach,

Stanley, y Beck (2001) hecho en adultos mayores con preocupación crónica realizando una diferenciación con adultos jóvenes. Al respecto, los adultos mayores se preocuparon más que los jóvenes por la familia, relaciones interpersonales y otros temas variados, mientras que los jóvenes se preocuparon más que los adultos mayores en cuestiones de trabajo/escuela. Tuvieron mínimas variaciones en cuanto a temas de salud, daños, enfermedades y economía.

Es muy importante tomar en cuenta lo que menciona Bobes (2002) en cuanto a que las preocupaciones excesivas e incontrolables, junto con la activación psicofisiológica excesiva, son los componentes principales del Trastorno de Ansiedad Generalizada. El contenido de las preocupaciones está relacionado habitualmente con la incapacidad subjetiva para hacer frente a las dificultades cotidianas (conyugales, laborales, etc.), con el temor a las críticas de los demás y con una atribución errónea de los síntomas físicos de ansiedad (Barlow, 2001). Las preocupaciones están asociadas a los efectos negativos, a la atención centrada en uno mismo y a la hiperactivación psicofisiológica.

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

enfrentamiento interpersonal, la competencia, la aceptación, la preocupación por los demás o la preocupación por los problemas menores.

La preocupación y la rumiación son en general un componente del desorden psicológico y estos son manejados por creencias metacognitivas, La gente con TAG aparentemente suele convertir sus preocupaciones en positivas y negativas las cuales se mantienen en un desorden constante (Wells, 2005).

Entre las preocupaciones mas comunes encontramos el futuro, que en ocasiones el solo imaginarlo provoca miedo en las personas, ya que no estamos seguros de que es lo que va a suceder La preocupación cumple una función adaptativa para el ser humano ya que se da una activación de alarma que es considerada como primitiva, cuando se da esta activación es por que el sistema desconoce lo que le esta sucediendo y es cuando el sistema se activa para dar una respuesta de lucha, lo que como consecuencia nos da la sobrevivencia al peligro. En la actualidad esta respuesta suele no darse, es decir queda intacta, y como consecuencia a esta falta de respuesta se da ataque de crisis. La preocupación excesiva puede reemplazar el ataque y ayuda a que se active la respuesta de lucha, con lo que el cuerpo se pone alerta, segrega adrenalina por la sangre y acelera el corazón. La preocupación es una imaginación mental de lo que vaya a pasar en el futuro, donde los eventos aún no existen y se crean expectativas de lo que va a suceder, esto provoca una preocupación. La preocupación suele permanecer por largos periodos de tiempo, estos se encuentran en una forma intrusiva en los pensamientos (Hoffer, 1998).

Algunas personas se convierten en preocupones por que se atemorizan particularmente de cometer errores o ser criticados, tales personas pueden anticiparse ante las situaciones aunque los eventos negativos son todavía temidos para decidir sobre alguna acción que pueda ayudarlos.

Tratamiento para la Preocupación

En cuanto al tratamiento para la preocupación ya se han desarrollado algunas técnicas.

Muchos pacientes con TAG tienden a bloquear mentalmente sus imágenes negativas o catastróficas y distraerse de las mismas, lo que ocasiona que la ansiedad asociada con dichas imágenes no se involucre en un proceso de habituación y por consecuencia se elimine. Por lo tanto, con base en el supuesto anterior, se ha desarrollado una técnica llamada exposición a las preocupaciones, la cual está específicamente destinada a contrarrestar dicho problema. Consiste en lograr que el paciente se concentre en imágenes catastróficas o atemorizantes lo más vívidamente posible y que los pacientes registren el grado de ansiedad que les provoca (Horacio, 2003).

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

- 1.- Establecer un periodo de preocupación de media hora en el mismo lugar y a la misma hora cada día.

2.- Monitorear las preocupaciones durante el día para aprender a identificar tan pronto como sea posible el comienzo de algún episodio de preocupación.

3.- Posponer la preocupación tan pronto como se identifique su inicio.

4.- Enfocar la atención en el momento presente y en la tarea que se está realizando.

5.- Usar el periodo de preocupación intensamente en los temas que causan la preocupación.

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

Ansiedad y Preocupación

Podemos considerar a la ansiedad y a la preocupación como adaptativas ya que nos preparamos para peligros futuros que requieren representaciones imaginarias, pero la ansiedad parece ser también un modo inflexible del sistema de procesamiento de información, con lo cual da prioridad a algunos procesos y otros los inhibe en una manera relativamente estereotipada. En los desórdenes de ansiedad, la preocupación resulta ser una perturbación innecesaria que perturba la habilidad de concentrarse en otras cosas (Mathews, 1990).

La ansiedad tiene dos componentes. El emocional, que incluye las sensaciones corporales de las que las personas son conscientes y la preocupación, la cual se define como un interés mental sobre la ejecución de la tarea (Borkovec, 1985).

Por otro lado, como ya se mencionó anteriormente, específicamente en el TAG, los pacientes se caracterizan por presentar preocupación incontrolable, a parte de los síntomas físicos peculiares de un estado ansioso. Con respecto a ésta relación entre ansiedad y preocupación Zebb y Beck (1998) reportan que algunos autores (Borkovek, Robinson, Pruzinsky y DePree, 1983) quienes conceptualizan a la preocupación como cognitiva por naturaleza, enfocándose en excesiva o irreal importancia por eventos futuros, mientras que la ansiedad se ha conceptualizado de manera global (Barlow, 1998; Lang, 1968) incluyendo aspectos de sensaciones somáticas (palpitaciones, disnea), elementos cognitivos (miedo, aprensión) y componentes conductuales (evitación, escape).

Sin embargo, ambos constructos, preocupación y ansiedad, aunque son independientes, algunos estudios (Zebb y Beck, 1998) han reportado que parecen ser constructos muy similares y que no hay una distinción clara entre ellos. Tomando en cuenta lo que nos menciona Mathews (1990) que afirma que estos dos términos no pueden ser distinguidos, pero una manera de distinguirlos es reservar el término preocupación específicamente para el componente cognitivo de la ansiedad sin evocar otros componentes, tales como la activación fisiológica. Incluso las pruebas de ansiedad revelan por lo general dos factores: uno con respecto a los síntomas somáticos y otro con más aspectos cognitivos, tales como pensamientos intrusivos y pensamientos no deseados (Mathews, 1990).

Como parte del trabajo psicométrico que ya se ha realizado, cabe mencionar los resultados obtenidos por Bernardo (2007), Girón (2007) y Rangel (2007), ya que son similares a los resultados obtenidos en la presente investigación.

Jusificación

Newman (2002) ha encontrado que el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es uno de los trastornos de ansiedad con menos confiabilidad diagnóstica. Por lo que es muy importante contar con instrumentos psicométricos validos que apoyen en dicho diagnostico, que sea rápido y de bajo costo. Lo que ayudara a realizar un diagnostico confiable y por consiguiente que el tratamiento sea el más adecuado.

Contando con tales instrumentos, se haría una diagnostico adecuado, lo que llevaría a dar un tratamiento eficiente a lo que se diagnostique y en consecuencia también será útil para evaluar los efectos que tenga dicho tratamiento en la practica clínica como de investigación, en especial para el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Por lo tanto se pretende realizar una validación del PSWQ y del GAD-Q-IV antes mencionados con el objetivo de contar con instrumentos diagnósticos confiables para el TAG. Dicha validación se hará con población joven que radique en la ciudad de México.

Este estudio se limitó a la validación de los instrumentos en personas jóvenes de edades entre 19 y 30 años, pues forma parte de otro estudio para la estandarización de dichos instrumentos dentro del proyecto “Construcción Psicométrica de Instrumentos de Medición del Trastorno de Ansiedad Generalizada en población mexicana”, por tal motivo en el presente trabajo no se incluirán los instrumentos, pues no son la versión final para la población mexicana, ya que seria poco ético aplicar a población mexicana instrumentos no estandarizados.

La literatura encontrada menciona que las personas que se encuentran en edad joven pretenden lograr la autonomía, moldear una identidad, desarrollar estabilidad emocional, establecer y consolidar una carrera, encontrar la intimidad, convertirse en parte de grupos sociales, compatibles y de la comunidad, seleccionar una pareja y ajustarse al matrimonio, convertirse en padres y criar a los hijos (Rice, 1997), es decir, tomar decisiones que afectaran el resto de sus vidas como la salud, la felicidad y sus logros (Papalia, Wendkos y Duskin 2001).

La primera preocupación de los jóvenes es la escuela, padres, vocación futura, el empleo y las relaciones sociales. Existen amplias variaciones en el grado de preocupación que experimentan los adolescentes. Algunos son más resistentes que otros a las preocupaciones. Los jóvenes adultos también se van involucrando en la tarea de realizar un compromiso ocupacional; terminar su educación, ingresar al mundo laboral, obtener destreza en el trabajo y alcanzar la independencia económica. El éxito profesional brinda un sentido de satisfacción y el valor, un trabajo del que se disfrute, contribuye a la felicidad personal y agrega significado a la vida (Rice, 1997).

Los adultos jóvenes ya no adquieren conocimientos solo para utilizarlos si no que emplean lo que saben para conseguir objetivos, como lo son el estudiar una carrera, que involucra el crecimiento personal, o formar una familia, en cuanto a trabajo los adultos jóvenes pueden tener metas o expectativas más elevadas y quizá miren su trabajo más críticamente (Papalia, Wendkos y Duskin 2001).

A la edad joven el pensamiento, que parece ser flexible, abierto, adaptable e individualista, se basa en la intuición, la emoción y la lógica que las ayuda enfrentar un mundo caótico en apariencia (Papalia, Wendkos y Duskin 2001).

A partir de lo encontrado en la literatura al validar los instrumentos nos daremos cuenta si realmente son esas las cosas por las que se preocupan los jóvenes que radican en la Ciudad de México.

METODO

Hipótesis

1. La escala de preocupación de Pensilvania (PSWQ) podrá validarse para personas de edades entre 19 – 30 años residentes del Distrito Federal.
2. La escala de Ansiedad Generalizada (GAD-Q-IV) podrá validarse para personas de edades entre 19-30 años residentes del Distrito Federal.

Variables

Definición Conceptual

Preocupación: Cadena de pensamientos e imágenes negativas, relativamente incontrolables (Zebb, 1998)

Trastorno de ansiedad generalizada: Es un trastorno crónico, frecuente e incapacitante, se caracteriza por preocupaciones permanentes y generalizadas, se presenta en numerosas ocasiones con síntomas somáticos como: dolor muscular, cefalea insomnio y fatiga; es frecuente su comorbilidad con otros trastornos emocionales (depresión y/ o Ansiedad) como enfermedades somáticas (Martínez, 2002).

Definición Operacional

Preocupación: De acuerdo con las respuestas que proporcionen las personas al contestar la Escala de Preocupación de Pensilvania (PSWQ),

Trastorno de Ansiedad Generalizada: De acuerdo con las respuestas que proporcionen las personas al contestar la escala de Ansiedad Generalizada (GAD-Q-IV)

Diseño

No experimental, no se hizo ninguna manipulación de variables, se hizo una recolección de datos. Es un diseño con una sola muestra y una sola medición.

Muestreo

Se llevo a cabo la selección de los sujetos mediante un muestreo no probabilístico de tipo accidental.

Sujetos

Fueron 512 personas de edades entres 19 y 30 años, que supieran leer y escribir, 261 hombres y 251 mujeres residentes de la Ciudad de México.

Escenarios

Escuelas, parques, o lugares de trabajo en donde se obtuvo voluntarios que contestaron los cuestionarios.

Instrumentos

Escala de Preocupación de Pensilvania (PSWQ)

En un estudio (Meyer, 1990) para la creación y validación del PSWQ, inicialmente se construyeron 161 reactivos, con base en diversa bibliografía, que fueron dados a 337 universitarios. Se calculó la consistencia interna y del análisis resultaron 58 reactivos con un coeficiente alfa de .97. A estos se les volvió a calcular la consistencia interna resultando un cuestionario de 16 preguntas con un alfa de .93.

El PSWQ es un cuestionario de auto reporte donde los reactivos son afirmaciones, a lado de las cuales se les escribe el número que corresponde a

la característica de esta aseveración en la situación de la persona son cinco opciones de respuesta: 1 “para nada común”, 2, 3 “algo común”, 4 y 5 “muy común”.

Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-Q-IV)

Es un instrumento de auto reporte que incluye preguntas de si/no o si el sujeto ha experimentado preocupación excesiva o irreal en los últimos seis meses. Contempla una sección donde el sujeto escribe los temas principales de sus preocupaciones y una lista de seis síntomas para marcar la presencia de los mismos en el periodo de los últimos seis meses.

En las preguntas finales se requiere elegir un rango que indique el grado en que la preocupación y los síntomas físicos causan interferencia y malestar en las actividades en una escala de 0 a 8, donde el cero equivale a “nada”, 2 “algo”, 4 “moderado”, 6 “severo” y 8 “muy severo”.

Este instrumento se elaboró según los criterios del DSM-IV para el GAD.

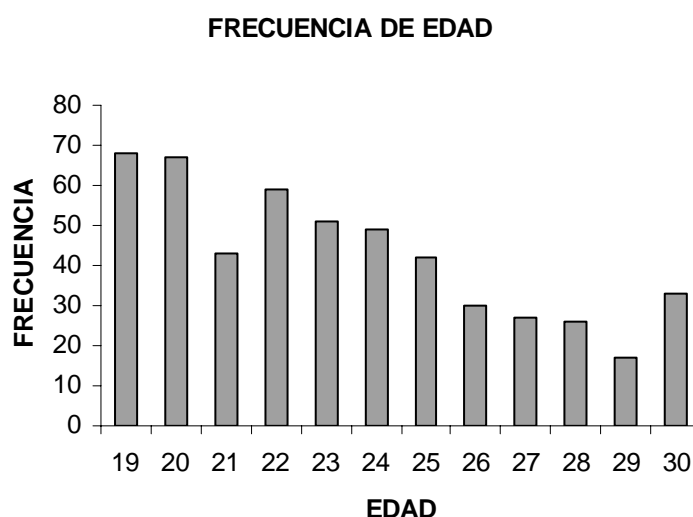
Procedimiento

Se aplicaron los cuestionarios a las personas que aceptaron contestarlo, se les dio las instrucciones aunque las instrucciones venían en el cuestionario, se les aseguro que era anónimo, al término se les agradeció su colaboración. Las respuestas fueron analizadas globalmente con fines psicométricos.

RESULTADOS

Las respuestas de cada uno de los cuestionarios se recopilaron y almacenaron electrónicamente en una base de datos para el análisis estadístico por computadora utilizando el programa SPSS versión 11.0. Se realizó un análisis de confiabilidad de Cronbach, una prueba t y una validación descriptiva.

La muestra estuvo conformada por 512 sujetos de los cuales 251 fueron mujeres (49%) y 261 hombres (51%) de edades entre 19 años y 30 años, donde la media de edad de la muestra fue de 23 años y la desviación estándar fue de 3.33, jóvenes procedentes de la Ciudad de México.



Grafica 1: Muestra la frecuencia de edad por la que está conformada la población joven para la validación de los instrumentos.

La mayoría de los sujetos que conformaron la muestra se encontraba en edades entre 19 (13.3%) y 20 años (13.1%), seguidos por 22 (11.5%) y la menor fue la de 29 años (3.3%).

Resultados para el PSWQ

Para cumplir con una de los objetivos se evaluó la capacidad discriminativa de los 16 reactivos a través de la prueba t donde se toman los puntajes altos versus los puntaje bajos y se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 1: Resultados de la prueba t y nivel de significancia de cada uno de los reactivos del PSWQ.		
REACTIVO	PRUEBA t	NIVEL DE SIGNIFICANCIA (0.05)
Si no tengo tiempo suficiente para realizar todas mis actividades, no me preocupo por ello.	-3.725	.000
Mis preocupaciones me abruma	-13.797	.000
No tiendo a preocuparme por las cosas	-2.578	.000
Me preocupo por muchas situaciones	-13.978	.000
Se que no debería preocuparme por las cosas, pero no puedo evitarlo	-16.107	.000
Cuando estoy bajo presión, me preocupo mucho	-16.261	.000
Siempre estoy preocupándome por algo	-17.134	.000
Me es muy fácil deshacerme de pensamientos preocupantes	-.727	.468
Tan pronto como termino una tarea, empiezo a preocuparme por todo lo demás que tengo que hacer	-11.627	.000
Nunca me preocupo por nada	1.402	.162
Cuando ya no hay nada más que pueda hacer por algo que me preocupa. Ya no me preocupo por ello	-3.264	.000
He sido un preocupón toda mi vida	-20.025	.000
Me doy cuenta que frecuentemente me preocupo por las cosas	-17.899	.000
Una vez que empiezo a preocuparme, no me puedo detener	-20.393	.000
Me preocupo todo el tiempo	-18.695	.000
Me preocupo por los proyectos hasta que los termino completamente.	-7.948	.000

Los resultados obtenidos mostraron que la mayoría de los reactivos obtuvieron una $p < .000$. Excepto los reactivos 8 $p = 0.468$ y 10 $p = 0.162$. es decir, que son altamente significativos por lo que están midiendo preocupación, a excepción de los reactivos antes mencionados.

La confiabilidad de consistencia interna para los cada uno de los 16 reactivos del PSWQ se obtuvo a partir del análisis de confiabilidad de Cronbach, los resultados para cada una de las preguntas se muestran en la siguiente tabla.

TABLA 2. Resultados del análisis de confiabilidad de Cronbach para el PSWQ.		
PREGUNTA	VALOR DE LA MEDIA SI EL ITEM SE SUPRIME	ALFA SI EL ITEM SE SUPRIME
Si no tengo tiempo suficiente para realizar todas mis actividades, no me preocupo por ello.	38.0569	.7454
Mis preocupaciones me abruman	37.7275	.7022
No tiendo a preocuparme por las cosas	38.1000	.7549
Me preocupo por muchas situaciones	37.6412	.7035
Se que no debería preocuparme por las cosas, pero no puedo evitarlo	37.6216	.6988
Cuando estoy bajo presión, me preocupo mucho	37.3745	.7009
Siempre estoy preocupándome por algo	38.2373	.6958
Me es muy fácil deshacerme de pensamientos preocupantes	37.7529	.7601
Tan pronto como termino una tarea, empiezo a preocuparme por todo lo demás que tengo que hacer	38.0647	.7138
Nunca me preocupo por nada	38.4353	.7618
Cuando ya no hay nada más que pueda hacer por algo que me preocupa. Ya no me preocupo por ello	37.6549	.7537
He sido un preocupon toda mi vida	38.1686	.6881
Me doy cuenta que frecuentemente me preocupo por las cosas	37.7941	.6909
Una vez que empiezo a preocuparme, no me puedo detener	38.2549	.6913
Me preocupo todo el tiempo	38.4784	.6913
Me preocupo por los proyectos hasta que los termino completamente.	37.0490	.7256

Con el análisis de confiabilidad de Cronbach se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de alfa de .7324 para los 16 reactivos. Lo que nos dice que es una prueba confiable para medir el Trastorno de Ansiedad Generalizada para la población joven., residentes de la Ciudad de México.

Resultados para el GAD-Q-IV

El GAD-Q-IV es un cuestionario que por sus características de respuestas dicotómicas, abiertas y tipo likert no se considera psicométrica, por lo que para el análisis de esta escala se hizo una validación descriptiva a partir de un análisis de frecuencias y de contenido, las respuestas de las preguntas se presentan a continuación en porcentajes para cada reactivo del cuestionario. Por lo mismo se transcriben las preguntas del cuestionario acompañadas del resumen de las respuestas dadas por los 512 sujetos.

Respuestas a las preguntas para el GAD-Q-IV

1.- Experimenta usted preocupación excesiva?

FRECUENCIA	N	PORCENTAJE
NO CONTESTARON	4	0.8
SI	106	20.7
NO	402	78.5
TOTAL	512	100.0

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

FRECUENCIA	N	PORCENTAJE
NO CONTESTARON	9	1.8
SI	92	18.0
NO	411	80.3
TOTAL	512	100.0

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

FRECUENCIA	N	PORCENTAJE
NO CONTESTARON	5	1.0
SI	138	27.0
NO	369	72.1
TOTAL	512	100.0

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

FRECUENCIA	N	PORCENTAJE
NO CONTESTARON	6	1.2
SI	169	33.0
NO	337	65.8
TOTAL	512	100.0

Las tablas anteriores nos muestran que este tipo de población no presenta preocupación de manera excesiva, es decir que aún pueden controlar la intensidad y frecuencia de sus preocupaciones. Puede observarse que en la pregunta 4 hubo mayor frecuencia de las personas al preguntarles si su preocupación era excesiva e incontrolable por detalles pequeños, lo cual nos dice que la mayoría está preocupada por cumplir con las obligaciones que tiene o que demanda la sociedad en la que se desenvuelve.

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

Las situaciones informadas por las personas cuestionadas se agruparon dentro de las siguientes situaciones, asociadas con preocupaciones que comúnmente presenta la gente.

Tabla 3: Categorías de temas preocupantes	
Número Asignado	Situación
1	SALUD
2	FAMILIA
3	ASUNTOS PERSONALES
4	ECONOMÍA
5	TRABAJO
6	ACADEMICO
7	PUNTUALIDAD Y TIEMPO
8	OTROS

En las siguientes tablas se muestra la frecuencia de las situaciones que manifestaron las personas, en orden de importancia. Cabe mencionar que la pregunta se compone por 6 opciones de respuesta (A, B, C, D, E y F). A

continuación se muestra la frecuencia y el porcentaje de los 512 sujetos en cada opción de respuesta, según la situación reportada.

Opción de respuesta A:

SITUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Salud	15	2.9
Familia	56	10.9
Asuntos personales	45	8.8
Economía	41	8.0
Trabajo	53	10.5
Académico	149	29.1
Tiempo	41	8.0
Otros	15	2.9
No contestaron	97	18.9
TOTAL	512	100.0

Opción de respuesta B:

SITUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Salud	17	3.3
Familia	70	13.7
Asuntos personales	61	11.9
Economía	44	8.6
Trabajo	55	10.7
Académico	74	14.5
Tiempo	24	4.7
Otros	20	3.9
No contestaron	147	28.7
TOTAL	512	100.0

Opción de respuesta C:

SITUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Salud	13	2.5
Familia	59	11.5
Asuntos personales	81	15.9
Economía	36	7.0
Trabajo	34	6.6
Académico	43	8.4
Tiempo	14	2.8
Otros	15	2.9
No contestaron	217	42.4
TOTAL	512	100.0

Opción de respuesta D:

SITUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Salud	15	2.9
Familia	37	7.3
Asuntos personales	57	11.1
Economía	13	2.5
Trabajo	14	2.7
Académico	20	3.9
Tiempo	9	1.9
Otros	14	2.7
No contestaron	333	65
TOTAL	512	100

Opción de respuesta E:

SITUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Salud	9	1.8
Familia	6	1.2
Asuntos personales	43	8.4
Economía	9	1.8
Trabajo	6	1.2
Académico	6	1.2
Tiempo	7	1.4
Otros	18	3.4
No contestaron	408	79.6
TOTAL	512	100.0

Opción de respuesta F:

SITUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Salud	10	2.0
Familia	6	1.2
Asuntos personales	24	4.6
Economía	5	1.0
Trabajo	1	0.2
Académico	4	0.8
Tiempo	3	0.6
Otros	12	2.3
No contestaron	447	87.3
TOTAL	512	100.0

La siguiente tabla nos muestra la frecuencia total de situaciones preocupantes manifestadas por la muestra.

TABLA 4: frecuencias totales de situaciones preocupantes para la muestra.							
SITUACIÓN	A	B	C	D	E	F	TOTAL
Salud	15	17	13	15	9	10	79
Familia	56	70	59	37	6	6	234
Asuntos personales	45	61	81	57	43	24	311
Economía	41	44	36	13	9	5	148
Trabajo	53	55	34	14	6	1	163
Académico	149	74	43	20	6	4	296
Tiempo	41	24	14	9	7	3	98
Otros	15	20	15	14	18	12	94
No contestaron	97	147	217	333	408	447	1649
TOTAL	512	512	512	512	512	512	

En general, es de notarse que la situación que más preocupó a la población de jóvenes y que se mencionó con mayor frecuencia fue la de asuntos personales, seguida por lo académico, familia, trabajo, economía, tiempo y con menor frecuencia salud y otros.

FIGURA 2

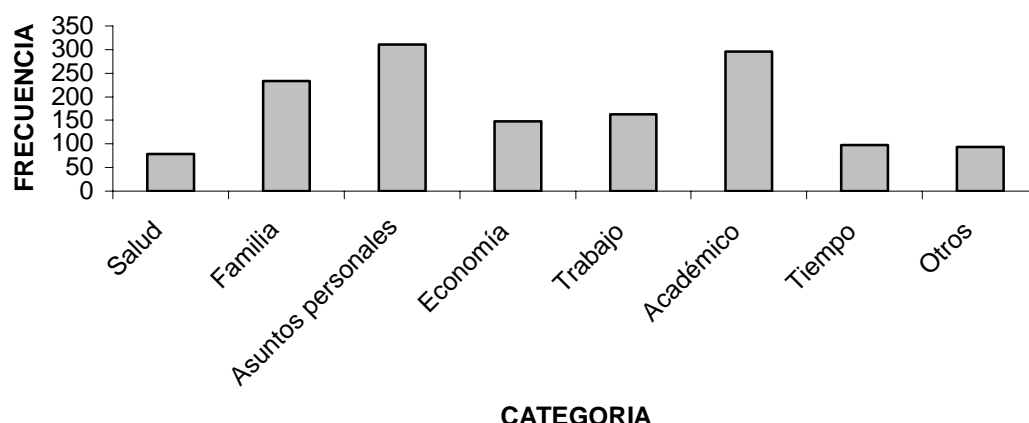


Figura 2: Categorías y frecuencias que mencionaron los jóvenes, sobre los temas que más les preocupan

La grafica anterior nos muestra las frecuencias totales que se obtuvieron de la población a la pregunta 5

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

FRECUENCIA	N	PORCENTAJE
NO CONTESTARON	9	1.8
SI	138	27.0
NO	365	71.3
TOTAL	512	100.0

Es importante mencionar que las siguientes respuestas dependían de la respuesta que hayan dado las personas al contestar la pregunta anterior (6), por lo que aquellos que contestaron “no” no debieron haber contestado las siguientes preguntas. Sin embargo se tomaron en cuenta las respuestas de las personas que a pesar de que no debieron haber contestado lo hicieron, ya que proporciono información importante lo que hizo que el porcentaje de personas con molestia e interferencia de los síntomas físicos, aunque no presentara TAG, aumentara en la interpretación de los resultados.

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

Esta pregunta se compone por seis síntomas, los cuales se presentan a continuación con su respectiva frecuencia.

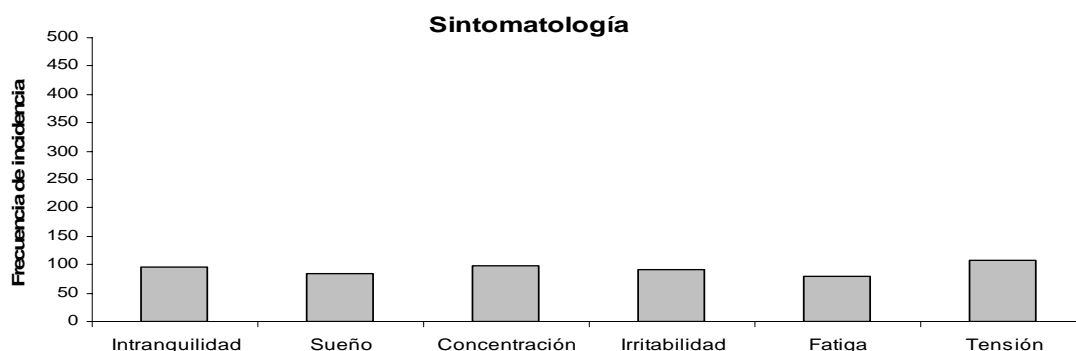


Figura 3: Frecuencia de los síntomas más comunes en las personas que manifestaron estar preocupadas.

La opción que se mencionó con mayor frecuencia fue tensión muscular, seguido por dificultad para concentrarse o tener la mente despejada, intranquilidad o sentirse excitado o nervioso, irritabilidad, fatigarse fácilmente y el síntoma con menor frecuencia fue la dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido o sueño intranquilo, insatisfactorio.

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

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

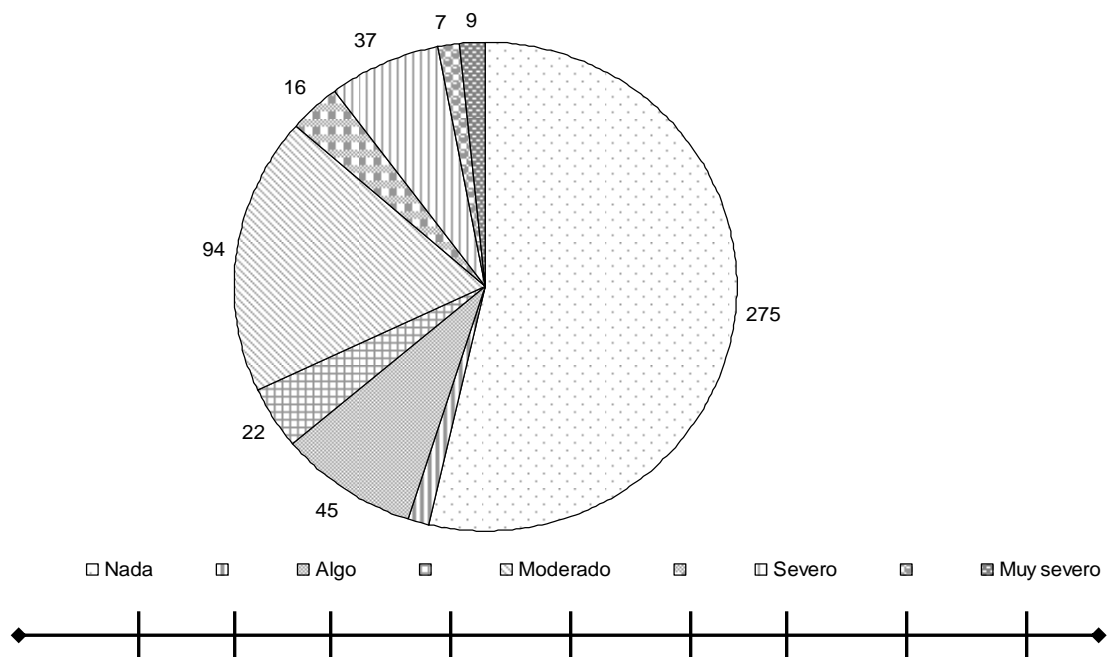


Figura 4: Frecuencia de las respuestas dadas por las personas que dijeron que los síntomas interfieren en su vida cotidiana.

De acuerdo con los datos obtenidos, para la mitad de la muestra no interfieren las preocupaciones y los síntomas físicos en su vida diaria. Con respecto a la otra mitad que sí presentó interferencia, la mayoría de ellos reportó un grado moderado de interferencia y en menor proporción fueron las opciones de algo, severas y muy severas, que interfieran en su vida diaria.

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

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

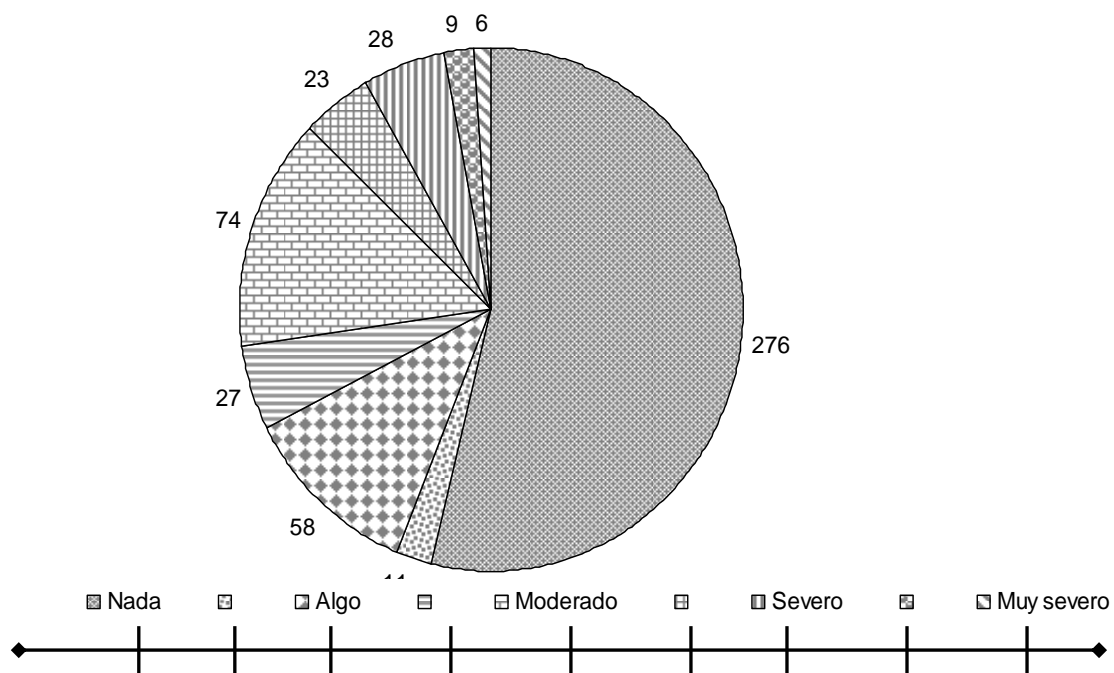


Figura 5: Frecuencia de las respuestas dadas por las personas que dijeron que los síntomas y la preocupación no les causa malestar.

En la grafica anterior puede observarse que a la mitad de los sujetos no reportó malestar, mientras que la otra mitad afirmó sentir malestar con mayor frecuencia en una intensidad moderada y menores en algo, severo y muy severo.

DISCUSIÓN

Los datos psicométricos del PSWQ obtenidos en el presente estudio muestran una confiabilidad buena ya que realmente se está midiendo la preocupación de la población joven. Lo cual nos permite decir que se cumple con uno de los objetivos planteados que fue evaluar la capacidad discriminativa de cada uno de los reactivos.

La versión traducida del PSWQ mostró una consistencia interna aceptable para la población joven de la ciudad de México con un $\alpha=.732$, la cual difiere a la encontrada en la versión americana que fue investigada por Meyer, Miller, Metzger y Borkovek (1990) que fue de un $\alpha=.97$ en universitarios, también es similar a la obtenida en otros trabajos donde se pretendía hacer la validación del mismo instrumento en población adolescente, mayores de 30 años y en personal de salud: los resultados obtenidos fueron: $\alpha =.704$ (Rangel, 2007) en adolescentes, $\alpha =.8230$ (Bernardo, 2007), mayores de 30 años y $\alpha = .797$ (Girón, 2007) en personal de salud.

Cabe mencionar que en la presente versión dos preguntas no pasaron ya que el nivel de significancia de los reactivos es mayor al 0.05 permitido, estos reactivos son el 8 y 10 de la prueba los cuales obtuvieron un nivel de significancia para la pregunta 8 $p=0.468$ y para la pregunta 10 $p= 0.162$ en comparación con los catorce reactivos restantes (ver tabla 1), por lo que se recomienda que en estudios posteriores se vuelvan a redactar y aplicar a la misma población (19-30 años) y aplicar nuevamente la prueba t, o en todo caso se tome un mayor número de población o por otro lado se tome en cuenta la

población joven en la estandarización de la escala a nivel nacional, lo cual probablemente haga que el alpha aumente y que haya una mayor capacidad discriminativa para estos dos reactivos, también se notó que no todas las personas entendían muy bien las opciones de respuesta, el instrumento cuenta con 5 opciones de respuesta las cuales son: 1 “para nada común”, 2, 3 “algo común”, 4 y 5 “muy común”; por lo que se recomienda que en el instrumento se coloque que significa el número 2 y el 4 para que le quede más claro a la gente. Es de reconocerse que para la validez de este instrumento, en el presente trabajo no se realizó el análisis factorial para la muestra total.

El GAD-Q-IV es una escala que debido a sus características de respuestas, dicotómicas, abiertas y tipo likert no se le considera una escala psicométrica construida de acuerdo a los criterios del DSM-IV, la validación de esta escala se obtuvo a partir de una validación descriptiva, es decir, se hizo un análisis de frecuencias y de contenido para saber cuales son los temas más frecuentes por los que se preocupa la población joven.

Los resultados obtenidos en esta escala nos muestran que la mayor preocupación de los jóvenes es por asuntos personales es decir se preocupan por temas relacionados con lo que tiene que ver con amigos, parejas sentimentales: novios, novias, el como se perciben físicamente y como los perciben los grupos sociales a los que pertenecen, sin dejar a un lado la superación personal. Como menciona Hollander y Simeon (2004) quienes afirman que los afectados por un Trastorno de Ansiedad Generalizada muestran más pensamientos en el ámbito del enfrentamiento interpersonal, la

competencia, la aceptación, la preocupación por los demás o la preocupación por los problemas menores

En segundo lugar se encontró que los jóvenes se preocupan por todo aquello relacionado con lo académico, lo cual nos habla de su preocupación por la superación académica, como el terminar una carrera o postgrado, salir bien en los exámenes, hacer una buena exposición, entre otras situaciones relacionadas con lo académico, Rice (1997) menciona que los jóvenes adultos también se van involucrando en la tarea de realizar un compromiso ocupacional, terminar su educación y por otro lado los jóvenes también manifestaron una alta frecuencia de preocupación en la familia, como los padres, esposos, esposas, hijos, ya que a esta edad la mayoría de los jóvenes pretenden formar o ya han formado una familia, (Papalia, Wendkos y Duskin 2001).

En cuarto lugar en cuanto a la frecuencia se encontró que los jóvenes se preocupan por el trabajo, la economía y con menor frecuencia el tiempo y otras cosas, la mayoría de los jóvenes a esta edad entre 20-30 años ingresan al mundo laboral, tratan de obtener destreza en el trabajo y alcanzar la independencia económica es decir, los jóvenes que se encuentran dentro de éstas edades toman decisiones que afectaran el resto de sus vidas como la salud, la felicidad y sus logros (Papalia, Wendkos y Duskin 2001). No podemos dejar de lado lo que Angst y Vollrath (1991) mencionan sobre el inicio de los trastornos de ansiedad que probablemente son más frecuentes entre los 20 - 30 años y en algunas ocasiones el inicio de estos trastornos es causado por eventos estresantes de la vida. Mencionando las situaciones por las que se preocupa la población general en cuanto a la edad, los trabajos reportan que

en el caso de los adolescentes (Rangel, 2007) se preocupan por: lo relacionado con la escuela, mientras que los adultos mayores de 30 años (Bernardo, 2007) se preocupan por la Familia, seguido de la economía, el Trabajo y el Tiempo, por otro lado el trabajo realizado con personal de salud (Girón, 2007) se encontró que lo que mas les preocupa es la Familia, seguido por asuntos personales, trabajo y economía.

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

Es importante mencionar que en el caso de la pregunta 6 de esta escala (GAD-Q-IV) es importante que se haga una mejor redacción ya que mucha gente no la entendió o no la leyó, ya que la instrucción decía que si la respuesta había sido "sí" siguiera contestando y en caso contrario hasta ahí terminaba la escala, pero mucha gente no hizo caso a la instrucción ya que mucha que había contestado que no siguió contestando la escala.

Por lo anterior podemos concluir que en el presente trabajo se cumplieron los objetivos planteados en un principio al obtener una buena confiabilidad de los instrumentos y que nos dicen que la versión mexicana de las escalas miden lo que se pretende medir que en el caso del presente trabajo es la medición de la preocupación, que es el componente cognitivo principal de la ansiedad generalizada.

BIBLIOGRAFIA

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

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

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

Barlow (2001). Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford Press

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

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

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

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

Borkovec, T. (2005) Cognitive Behavioral Treatment of Generalized Anxiety Disorder With Integrations of Interpersonal and Experiential Therapies. Disponible en <http://www.gacbp.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.; Inz, Jonathan (1989) The Nature of Worry in Generalized Anxiety Disorder: A Predominance of Thought Activity. Behavior Research and Therapy. Vol. 28, No. 2, pp. 153-158.

Borkovec, T.; 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.

Brodal, A (1981). Neurological Anatomy in relation to Clinical Medicine. New York: OUP

Butler, G. Fennell, M. Robson, P. Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Journal Consult Clin Psychology. Vol. 59 167-178.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Freud, S. (1981) Obras completas, 4ª Edición, Madrid: editorial biblioteca Nueva

Freud, S. (1986). Los textos fundamentales del psicoanálisis. España: editorial Anaya

Goldman H., (1996) Piquiatria General. México Ed. El Manua Modeno.

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

Gray. J. A. (1982). Precs of the neuropsychology of anxiety: an enqeiry into the functions of the septo-hippocampal system. Bebav. Brain Sci., 5,469-534.

Gross, P.; Eifert G. (1990) "Components of Genelalized Anxiety: the role of intrusive thoughts vs worry". Behav. Res. Ther. Vol. 28 No. 5 pp. 421-428

Harvard Mental Health Letter. (2003). "Generalized anxiety disorder: Toxic worry". Volume 19, Number 7 January

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

Hoffer W. (1998). Get worryng Ander control. Disponibel en: <http://www.findarticles.com>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Martines, S. (2002). Trastorno de Ansiedad Generalizada en Ancianos. España: Ars Medica .

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

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

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

McNally R. (1995) Automaticity and the Anxiety Disorders. Behav. Res. Ther. V. 33 No. 7 pp. 747-754

Meter, E.; Mathan, Jack; Gorman, Neil; J. Salkind. (1999) Trastornos de ansiedad y fóbicos "Trastorno de ansiedad generalizada: Esa desagradable sensación. España:Alianza Editorial

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

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

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

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

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

Newman, M. G. & Borkovec. T. D. (1995) Cognitive-Behavioral treatment of generalizad anxiety disorder. The Clinical Psychologist. 48 (4), pp 5-7. disponible en: <http://www.apa.org>

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

Papalia, D; Wendkos, S; Duskin, R. (2001) Desarrollo Humano (octava edición) Colombia: McGraw-Hill Interamericana, S. A.

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

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

Rice Philip F. (1997). Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital (segunda edición) México: Prentice-Hall hispanoamericana, S. A.

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

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

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

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

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

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

Stober J. and Borkovec T. (2002). Reduced concreteness of worry in generalized anxiety disorder: findings from a therapy study. USA. Cognitive therapy and research, vol. 26, No. 1. pp. 89-96.

Vera, P.; Buela, G. (2000). Relaciones entre ansiedad y estilo atributivo. Revista mexicana de psicología, Vol.17 num.2, pp. 137-142

Vallejo, J., Gasto, C. (2000), Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión (2da Edición). España: Ed. Masson

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

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

Vila, J. (1996). Una introducción a la psicofisiología clínica. Madrid: Ed. Pirámide S.A.

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

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