



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**VALIDACIÓN DE DOS ESCALAS DE
PREOCUPACIÓN EN ADULTOS DE LA
CIUDAD DE MEXICO**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:**

GABRIELA BERNARDO ESTRADA

**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.

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.

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a mis sobrinos a quienes amo profundamente, Edgar Oswaldo y José Pablo porque deseo que sean felices y que disfruten y cumplan todas sus metas, cualquiera que estas sean, cuenten conmigo.

Gracias a Dios por demostrarme sus bendiciones y su presencia en mi vida, por haber puesto en mí camino a las personas que aparecen y las que no en este agradecimiento y por todo lo que me da.

Gracias a la UNAM por haberme aceptado, por todo el conocimiento, las cosas bonitas, emocionantes y traumáticas que viví; por darme el privilegio y orgullo de pertenecer a ella.

Gracias Mamá por el amor y apoyo que me has dado a lo largo de mi vida, por los sacrificios, por ser una súper mujer te amo y admiro.

Gracias a mis tíos Daniel, Rocío y Andrea Estrada por creer en mí, por las palabras de aliento que siempre me dieron y por todo lo que hicieron por mí.

Gracias Haydée.... Gracias Eugenia por haberme soportado, por su amistad, por su apoyo para cumplir esta meta, las quiero mucho.

Gracias Jacqueline y Judith por todo lo que hicieron por mí en este proyecto y por haberse convertido en mis amigas.

Gracias a mis hermanos, familiares, amigos, a ti Joice y Papá que se alegran y comparten conmigo este triunfo.

Por último aunque no menos importante quiero agradecer a mis sinodales por su interés y aportaciones para mejorar este trabajo pero principalmente infinitas gracias al Dr. Samuel Jurado Cárdenas por haberme permitido ser parte de su equipo de trabajo, por su calidad humana y por todas sus atenciones para concluir esta tesis.

Los amo a todos.

Gaby

INDICE

Resumen

Introducción

CAPITULO 1 ANSIEDAD

Definición

Sintomatología

Clasificación

Prevalencia

Etiología

Fisiología de la ansiedad

Química de la ansiedad

Tratamiento

CAPITULO 2 ANSIEDAD GENERALIZADA

Ansiedad generalizada

Definición y sintomatología

Evolución y prevalencia

Ansiedad y preocupación

Ansiedad, Depresión, Trastorno de pánico y trastorno de personalidad

Instrumentos de medición

Tratamiento

Justificación

MÉTODO

Definición de variables

Sujetos

Muestra

Instrumentos

Procedimiento

Diseño

RESULTADOS

Resultados PSWQ

Resultados GAD-Q-IV

DISCUSIÓN

BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

La ansiedad es un trastorno que en la actualidad ha alcanzado niveles alarmantes tanto en niños, adolescentes y adultos. Desafortunadamente en México no se encuentra un instrumento psicométrico que permita evaluar y diagnosticar a un paciente con ansiedad generalizada; es por ello que este estudio pretende validar dos instrumentos para medir el componente principal de dicho mal que es la preocupación que por sí misma puede invalidar a una persona para realizar sus actividades cotidianas.

Los dos instrumentos a validar son el PSWQ y el GAD-Q-IV en una población mayor de 31 años, residentes del DF; para dicho fin se empleó una muestra de 266 mujeres y 234 hombres para un total de 500 sujetos, obteniendo una media de 41.22 y una desviación estándar de 8.90.

Con ayuda del paquete estadístico SPSS se consiguió una capacidad discriminativa para cada uno de los reactivos del PSWQ, por medio de una prueba t, con un nivel de significancia de 0.05 encontrando que los 16 reactivos que componen la escala solamente el reactivo 8 y 10 no alcanzaron el nivel requerido para incluirse en esta, pese a esto el instrumento logró una consistencia interna de .823.

En cuanto al GAD-Q-IV los resultados fueron examinados por un análisis de frecuencias de cada reactivo ya que este es un instrumento que evalúa algunos temas de preocupación, sintomatología que lo acompaña, así como la cantidad de incomodidad e interferencia que causa en la vida cotidiana encontrándose que los entrevistados se preocupan más por la familia, la economía, trabajo y tiempo. Los síntomas tienen aproximadamente la misma cantidad de menciones y se hallan en un nivel moderado de interferencia en la vida y molestias que originan.

Se concluye que ambos cuestionarios son sensibles para medir la preocupación en la población del DF mayor de 31 años.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un mecanismo que las personas necesitan para poder adaptarse a las exigencias del ambiente en el que viven y así tener un mejor desenvolvimiento a lo largo de la vida. Pero, no siempre es así, por diversos motivos las personas pueden desarrollar una psicopatología al excederse en cubrir a la perfección dichas demandas y llegar al extremo, de tal manera, que la expectativa que cada uno se hace sobre su propia persona se considere insuficiente llevándola a un estado que se puede salir de control en tiempo e intensidad y terminar en un trastorno psicológico.

Actualmente no se ha encontrado una definición de ansiedad única, pero una forma de describirla es la que plantea Heinze (2003), en la que asegura que la ansiedad debe entenderse como una reacción que puede ser adaptativa o de defensa ante una situación nueva o inesperada y que se caracteriza por un estado de mayor alerta y activación biológica, psicológica y social.

El DSM-IV hace una clasificación de los diferentes trastornos que se derivan de la ansiedad encontrándose en está el objeto principal de esté estudio que es la ansiedad generalizada que en los últimos tiempos ha alcanzado un diagnostico único y diferencial con respecto a otros trastornos de ansiedad esto debido a que cada vez va en aumento el número de personas que presentan los síntomas característicos de este padecimiento. Lamentablemente no existe un instrumento en México que permita identificar a estos pacientes, es por eso que está investigación está enfocada en validar dos instrumentos el PSWQ y el GAD-Q-IV basado en el DSM-IV para poder evaluar a una gran cantidad de población con está problemática y así poder darle el tratamiento adecuado.

CAPITULO 1

ANSIEDAD

La ansiedad es un mecanismo que las personas necesitan para poder adaptarse a las exigencias del ambiente en el que viven y así tener un mejor desenvolvimiento a lo largo de la vida. Pero, no siempre es así por diversos motivos las personas pueden desarrollar una psicopatología al excederse en cubrir a la perfección dichas demandas y llegar al extremo, de tal manera, que la expectativa que cada uno se hace sobre su propia persona se considere insuficiente llevándola a un estado que se puede salir de control en tiempo e intensidad y terminar en un trastorno psicológico.

Por más de un siglo, los trastornos de la ansiedad han sido motivo de interés clínico y teórico en la psiquiatría Freud (1894), describió la neurosis de ansiedad y la consideró como el eje central de su teoría psicoanalítica. Esta alteración podría presentarse en forma episódica o continua. La reacción individual de cada persona es variable y puede desarrollarse, entre otras, una entidad fóbica, una conversiva o bien un tipo de crisis de angustia con elementos obsesivos o compulsivos. Un tiempo después se consideró que la angustia, sólo se refería a la experiencia subjetiva del suceso. Hoy, la fenomenología se aplica comúnmente a la conducta signos, síntomas, los hechos observables que están asociados con un trastorno o una enfermedad, debe considerarse tanto el pasado como el presente así como los factores externos e internos en correspondencia con el modelo biopsicosocial.

De cualquier forma, existe consenso en aceptar que la angustia surge como una vivencia de amenaza a la integridad psicofísica del individuo. Por tal motivo hay que admitir que es un estado emocional, oblicuo, susceptible de surgir en múltiples situaciones normales o patológicas (vallejo, 1990).

En el presente la época actual se está en la posibilidad de afirmar que los trastornos de angustia o ansiedad son una entidad universal que se presenta en forma inicial o aislada, aunque muy frecuentemente se asocian con otros trastornos de la esfera mental y somática a la ansiedad se debe entender como una reacción que puede ser adaptativa o de defensa ante una situación nueva o inesperada y que se caracteriza por un estado de mayor alerta y activación biológica, psicológica y social. A la ansiedad se le ha considerado como un mecanismo adaptativo, resultado de conductas defensivas ante cualquier circunstancia que represente una amenaza a la integridad de la persona desde todos los aspectos del funcionamiento vital (Vallejo, 1990; Heinze, 2003; Silverman, 2003).

La respuesta ansiosa se encuentra presente en la totalidad de los animales superiores, relacionándose ésta con la percepción de peligro y la necesidad de llevar a cabo conductas urgentes de entidad protectora así el trastorno de ansiedad limita de forma importante la calidad de vida de quien lo padece. Aunque la ansiedad es una respuesta que se presenta normalmente frente a la percepción de una amenaza o peligro, y tiene como propósito de protección del organismo, es también señal de que algo ha provocado un desequilibrio (Luengo, 2005 y Campos, 2005).

Todos los seres humanos padecen, de una u otra forma, distintos niveles de ansiedad de acuerdo con Pérez (2003) y Luengo (2005) cuando es moderada y

guarda relación con el estímulo que la provoca o una relación de intensidad con la situación de intensidad con la situación con la que aparece, es en todo caso, algo tan normal como la sed, el hambre o el deseo sexual, es en si misma un estado adaptativo que nos prepara a contender con riesgos potenciales, es decir, puede ser benéfica para el individuo al permitirle un mayor estado de alerta e impulsarlo a acciones que bajo otras circunstancias no realizaría.

Cuando la ansiedad es normal, nos alerta y protege y en un grado moderado desempeña una función de gran utilidad pues estimula los esfuerzos, la vivacidad, y contribuye a que las personas se mantengan en un elevado nivel de trabajo, la ansiedad es una experiencia ordinaria que se presenta cuando nos esforzamos en alcanzar determinadas metas, atendernos a ciertos plazos de tiempo, al mantener relaciones interpersonales, se preparan por ejemplo exámenes o presentaciones, una cita importante, una solicitud de empleo, entre otros el afrontar la mayor parte de las actividades que desarrollamos durante el día conllevan un cierto grado de ansiedad y en muchas de las actividades que realizamos diariamente (Linfort, 1974; Rojas, 2002; Contreras, 2003).

Pero que, como también sucede, se torna enfermiza cuando su intensidad no guarda relación con la causa que la provoca, o cuando surge sin ser invitada (Pérez, 2003).

Heinze (2003) considera patológica a la ansiedad cuando su intensidad es tan alta que interfiere negativamente con el rendimiento y funcionamiento tanto psíquico como social. La ansiedad se define como enfermedad cuando el individuo no es capaz de lidiar con sus síntomas ansiosos, que difieren

notablemente de la ansiedad cotidiana o normal, cuando la ansiedad se vuelve negativa se necesitan los siguientes requisitos: tener 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).

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 fuera de los parámetros biológicos. Es una patología en tanto se trata de una distorsión de la realidad basada en la ruptura de una lógica situacional ya no de carácter ecológico, si no, incluso real, la ansiedad patológica aparece como reacción ante estímulos erróneos, ante una equivocada interpretación de los mismos, o ante su simple percepción anómala, interna o externa, lo que confiere al final un valor adaptativo, si no además totalmente contraproducente (Luengo, 2005)

Se trata de un fenómeno que únicamente debe clasificarse como una anomalía cuando compromete o atenta contra el bienestar general o la eficiencia personal (Linfort, 1974). Cuando es así, nos causa sufrimiento, y en algunos casos extremos nos recluye e invalida socialmente (Pérez, 2003).

Definición

Las emociones en general, el miedo y la ansiedad en particular, a pesar de ser una experiencia universal, no han alcanzado, debido a su complejidad, una definición científica única. Como emoción la ansiedad presenta biológicamente un sentido positivo por cuanto facilita la supervivencia personal y de especie

ayudando al individuo en el afrontamiento de situaciones difíciles y comprometedoras, desencadenando cambios corporales que tienen lugar durante la reacción emocional o el estado de ansiedad que sirve de preparación para llevar a cabo con más posibilidades de éxito un comportamiento de huida o ataque ante lo que supone una amenaza (Vallejo, 1990; Corsi, 2003). Para poder investigar las emociones experimental y objetivamente, se han distinguido por lo menos tres componentes: uno relacionado con la respuesta emocional o conducta, que incluye manifestaciones motoras y cambios en los sistemas fisiológicos, especialmente en el sistema nervioso autónomo y el endocrino (hormonal). En este aspecto la estructura que posibilita el control emocional es el sistema límbico, al principio el cerebro procesa la información desprovista de emociones pero una vez que esta información accede al mencionado sistema límbico es cuando tiene lugar la interpretación emocional alcanzando una conciencia de la misma manera que las funciones cognitivas superiores afectan a la conducta emocional (Luengo, 2005).

Otro componente visible se ha relacionado con la comunicación de las emociones, que incluye desde el lenguaje, las vocalizaciones y la entonación o prosodia, hasta las expresiones faciales y posturales o lenguaje corporal. La información verbal es la expresión lingüística de la vivencia de la ansiedad, los síntomas psicológicos que necesitan de la palabra para ponerse al descubierto: temor a perder el control, temor a la muerte, a la locura, ganas de huir, de marcharse, sensación de vacío interior por mencionar algunas (Rojas, 2002).

Finalmente, está el componente más complejo y difícil de investigar: la experiencia subjetiva o “sentimiento”, Las emociones se acompañan de un sentimiento de agrado o desagrado de intensidad variable que motiva al individuo a evitar o alejarse de los objetos o situaciones que le proporcionan emociones negativas, y a acercarse a buscar situaciones placenteras que le proporcionan sentimientos agradables o emociones positivas. Las emociones son, por lo tanto, uno de los principales motores de la conducta (Corsi, 2003).

A continuación se presentan 5 definiciones que destacan a grandes rasgos las diferencias entre los distintos enfoques que estudian a la ansiedad:

Linfort (1974) define a la ansiedad como: Un estado de ánimo transitorio, reflejo de la conciencia de la amenaza de un suceso desagradable, o puede acompañar a un deseo intenso. Este término comprende dos elementos: una experiencia subjetiva y un módulo de comportamiento observado tanto en los demás como en nosotros mismos.

Otra definición de ansiedad es la que elaboran Howard (2001), con la que concuerda Aguado (2006) es en la que aseguran que la ansiedad es un estado emocional subjetivo que se caracteriza por aprehensión y síntomas objetivos de hiperactividad del sistema Nervioso Autónomo debido a una actividad excesiva de la función Noradrenergica, relacionada con una amenaza potencial, real o imaginada de peligro de la integridad física o psíquica; como una reacción de adaptación y de hiperalerta que se va a manifestar en forma de síntomas físicos o psíquicos.

Según Heinze (2003) la ansiedad se debe entender como una reacción que puede ser adaptativa o de defensa ante una situación nueva o inesperada y que se caracteriza por un estado de mayor alerta y activación biológica, psicológica y social.

Vallejo en 1990 describió a los pacientes ansiosos en el plano psíquico como una persona que se encuentra nerviosa, inquieta, con un sentimiento penoso de malestar moral que anuncia la fragilidad de un yo que se siente amenazado, todo le preocupa y progresivamente se va deteriorando su rendimiento, lo que le hace sentir incapaz, se sobresalta con facilidad, el futuro le agobia y poco a poco entra en una restricción de sus relaciones sociales.

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 (Pérez, 2003).

Sintomatología

Pérez (2003) sugiere que 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 así como también se puede manifestar mediante síntomas cognitivos, conductuales o somáticos como: angustia, temores, preocupación, inseguridad, inquietud, tensión motora, hiperactividad autonómica, digestiva, cardiovascular, y respiratoria, cambios motores,

irritabilidad, actitudes agresivas o de desaprobación, sensación de vulnerabilidad, vigilancia exacerbada y reacciones emocionales exageradas ante el peligro (Aguado, 2006 y Contreras 2003).

En opinión de Rojas (2002) la sintomatología de la ansiedad debe dividirse en 6 esferas diferentes que son:

Sintomatología general del Trastorno por Ansiedad:

Inquietud interior (desasosiego, inseguridad, presentimiento de la 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 desgracia 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 vértigo o mareo, colitis, micciones frecuentes.

La segunda es:

Síntomas físicos de la Ansiedad:

Taquicardia, palpitaciones, dilatación pupilar, constricción de casi todos los vasos sanguíneos, manos, pies y cuerpo temblorosos; hipersudoración, boca seca, tics localizados, inquietud psicomotora, dificultad respiratoria, tensión abdominal, náuseas, vómitos, opresión precordial, moverse continuamente de

acá para allá (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, contenidos ilógicos), sueño durante el día perder el apetito o comer continuamente y disminución de la tendencia sexual o aumento de la misma.

La tercera es:

Síntomas psicológicos:

Inquietud (estar nervioso), desasosiego, agobio, vivencias de amenaza, experiencias 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, displacentero (repulsivo, hostil), relación con el presentimiento de un peligro mas o menos inmediato y difuso, que se vive como anticipación de lo peor.

La cuarta es:

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, sorpresa, no saber que hacer, interrupción del normal funcionamiento

psicológico, dificultad para llevar acabo tareas simples, inquietud motora, trastornos de lenguaje no verbal, (gestos, mímica), expresión facial congelada (asombro, extrañeza, estupor, duda), 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, bloqueos de los movimientos de las manos, movimientos torpes e incordinados de las manos y brazos, tensión mandibular, posturas corporales cambiantes, alternativas, voz cambiante y con altibajos en sus tonos.

La quinta esfera es:

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 opuestos, provocando una incapacidad para adoptar posturas moderadas, es decir, pensamientos absolutistas (siempre, nunca), expectativas negativas generalizadas, falsas interpretaciones de la realidad personal, pensamientos preocupantes, falsos esquemas en la fabricación de ideas, juicios y razonamientos, pensamientos distorsionados sin lógica, patrones automáticos

y estereotipados en la forma de responder (pensamiento irreflexivo-impulsivo), tendencia a sentirse afectado negativamente, centrarse en detalles pequeños desfavorables y sacarlos del contexto, ignorando lo que tuvieran de positivo, dificultad para concentrarse, tendencia a la duda, problemas de memoria, continuos juicios de valor (inútil, odioso, imposible).

Además errores o insuficiencias en el procesamiento de la información 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.

Finalmente la sexta esfera está compuesta por:

Síntomas asertivos

La asertividad reúne 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 que 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 lenguaje siempre categórico o extremista, dar una respuesta por otra al hablar en público, bloquearse al hablar, al responder o preguntar, adoptar en demasiadas ocasiones una postura pasiva no saber llevar una conversación de forma correcta.

Vallejo (1990) opina que la gran ubicuidad de la sintomatología ansiosa de todo tipo de trastornos psiquiátricos, como depresivos, fóbicos, obsesivos, conversivos y orgánicos como reacción normal o fisiológica en determinados periodos de la vida, son casi universales en la infancia, desapareciendo progresivamente con la edad y reapareciendo habitualmente en la adolescencia, en la que predomina la ansiedad de tipo social y en el climatério de la mujer y el periodo involutivo del varón.

Clasificación

La ansiedad puede ser clasificada como:

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.

Ansiedad situacional: es aquella que se experimenta en una situación o momento determinado (Linfort, 1974). Diversos estudios en el último tiempo como los de Vera y Buela (2000) indican que los trastornos de ansiedad (junto con la depresión) son las perturbaciones psicológicas que en mayor medida se presentan en la población.

En cuanto a la biología de acuerdo con Rojas (2002) actúa desencadenando ansiedad de dos maneras fundamentales:

1.- la ansiedad aparece como un síntoma más de esa enfermedad. Es mas frecuente en las de marcada gravedad como: canceres de distinto tipo.

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.

Prevalencia

Linfort (1974) asegura que 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 las mujeres que en los hombres y siendo superior en los grupos socioeconómicos más bajos

coincidiendo en esto con Vallejo (1990) quien encontró una tasa de entre 4 y 8% para los trastornos de ansiedad frecuentes y heterogéneos, por otro lado la naturaleza familiar involucra factores genéticos incluyendo un solapamiento con la depresión, desafortunadamente solo una de cada 4 personas recibe tratamiento.

La incidencia de los trastornos de ansiedad es más elevada en la adolescencia y la juventud que en la madurez. Las patologías más usuales encuentran su tasa más elevada entre los 20 y 30 años (Contreras, 2003; Luengo, 2005).

Aunque los trastornos de ansiedad, como la mayoría de las condiciones psicológicas, son menos comunes entre adultos mayores que entre la gente joven, evidencia epidemiológica sugiere que la ansiedad es un problema mayor en la vida adulta (Loebach, et al. 2003).

La mayor prevalencia en los niños está entre los 6 y 16 años, es mayor en niñas y en hijos de padres con trastorno de ansiedad (Vallejo, 1990).

La respuesta al miedo y la ansiedad, así como los estímulos desencadenantes son diferentes en los hombres que en las mujeres. Estudios recientes sobre la prevalencia de trastornos del estado de ánimo realizados por Corsi (2003) han demostrado que el abuso de drogas y la conducta hostil son más frecuentes en los hombres mientras que los trastornos de ansiedad o depresión son más comunes en las mujeres. La probabilidad de padecer depresión y ansiedad es dos veces más alta en la mujer, aunque el suicidio es dos o tres veces más frecuente en los hombres. Naturalmente los factores culturales y ambientales también juegan un papel fundamental en el desarrollo de estas alteraciones. A pesar de no estar claro si las diferencias biológicas se deben al efecto activador de los esteroides sexuales en los individuos adultos, o al efecto organizador de

los mismos durante el periodo crítico de diferenciación sexual, las evidencias muestran claramente una relación de los esteroides sexuales con el estado de ánimo (Corsi, 2003).

Esta enfermedad se encuentra determinada en su mayor parte por contingencias provenientes del medio ambiente, es decir, que su origen es externo, un primer mecanismo generador de angustia en este tipo de presiones, en otras palabras, los estímulos reales amenazantes pueden generar en una persona normal reacciones ansiosas cuya respuesta conductual puede ser variada como el caso de la huida, la inhibición, algún enfrentamiento o cualquier otra cosa (Vallejo, 1990). Los eventos displacenteros cotidianos pueden provocar o exacerbar la ansiedad dependiendo del caso y los escasos diagnósticos episodios de depresión y ansiedad durante la infancia aumentan de dos a tres veces el riesgo de que los individuos padezcan trastornos afectivos en la edad adulta. Por otra parte cerca del 14 por ciento de los individuos que alcanzan la etapa adulta (25-30 años) desarrollan trastornos del estado de ánimo, pudiendo llegar incluso al suicidio (Contreras, 2003).

Heinze (2003) encontró que la prevalencia durante la vida de cualquier trastorno de ansiedad es de alrededor del 25% y en doce meses es del 17%, cabe señalar que los estudios epidemiológicos demuestran que un gran número de pacientes con algún trastorno de ansiedad desarrollarán otro durante el curso de su vida.

La ansiedad es algo particular de cada sujeto en cuanto a su desarrollo, aparición, duración, intensidad pero también es contextual en tanto que refiere

una serie de situaciones de carácter general que se encuentran en juego con la predisposición personal, en tiempo e interpretación subjetiva y básicamente inconsciente del entorno, en el que de manera global o en alguno de sus elementos se percibe algo atentatorio, lo que equivale a contemplar a una persona claramente dispuesta a la distorsión cognitiva que reconoce indicios de amenaza en donde no existe, sea del medio exterior o del propio organismo en alguna de sus estructuras o funciones (Luengo, 2005).

Los desordenes de ansiedad se caracterizan según los pacientes por el peligro que significa algo en particular tienden a mal interpretar sus experiencias percibiéndolas como una amenaza física o psicosocial y subestiman la probabilidad de la intensidad del daño anticipado en las situaciones futuras, También se ha encontrado en una serie de experimentos en pacientes con desordenes de ansiedad que las personas se encuentran dispuestas a interpretar las situaciones ambiguas como amenazantes (Beck, 1987).

De hecho según Luengo (2005) en realidad la ansiedad parte de una percepción distorsionada de una situación-problema virtual, formada, magnificada y sesgada de su configuración en el dialogo interno de la propia persona por la tendencia básica a la distorsión de la realidad e incluso a la confusión o la radicalización emocional.

La ansiedad tiene lugar habitualmente a partir de la interpretación errónea de un estímulo neutro que, por si solo, no debería sobresalir más allá de lo indispensable; pero también conviene observar que la existencia de tal reacción supone la aparición de una conducta exagerada que adquiere una entidad aberrante propia de situaciones excepcionales y vitales quedando

claro que la ansiedad supone la constatación de nuestra propia, particular e incompleta manera de ajustarnos a la realidad, cuando tal ajuste alcanza los límites de lo tolerable o los sobrepasa, o revela al mismo tiempo nuestro temor a no lograr sobrevivir a una situación, sin embargo, esta realidad se encuentra personalizada para algunos sujetos el desajuste se plantea respecto a lo novedoso; para otros se halla siempre presente, dudando y sufriendo de manera continua; finalmente, para otros el desajuste y la aparición ansiosa solo tiene lugar ante la presencia de determinados elementos de la realidad que, de forma simbólica parecen sintetizar esa amenaza de la que deben defenderse de alguna manera. Entre estímulo externo/interno y manifestación reactiva se halla también una serie de procesos intermediarios de tipo psíquico que incurren en una funcionalidad errónea. Entendemos el plano psíquico como núcleo básico generador de un determinado proceso ansioso, puesto que es realmente es este plano mental interno donde tiene lugar la percepción de un hecho al que se le asocia la sensación de peligro, la interpretación sintomática respecto a la selección de la reacción que, ciertamente, va a hacer falta ala reinterpretación del estado que se adquiriera; finalmente la selección de un tipo de respuestas específicas en lugar de otras, no más acordes con lo que se supone que está sucediendo, sino simplemente diferentes de las habituales por cuanto pueden proteger a la persona mas eficiente, modificándose a la vez la intensidad y duración de tales respuestas. La pérdida del sentido ecológico estímulo-respuesta remite a entender en que se suscita, alejado de su función adaptativa, deberían ser interpretados dentro de las posibilidades es que permite todo lo que se aprende (Muris, 2000 y Luengo, 2005); Si eso es así, ¿Cómo, dónde y cuándo se adquirió esa distorsionada interpretación de la

realidad? y ¿cómo, dónde y cuándo se formaron esas mal adaptadas respuestas? En la realidad estaríamos situándonos en un hecho tan trascendental como al parecer verdadero: la posibilidad de llegar a modular, canalizar e incluso transformar las diferentes emociones básicas mediante el aprendizaje, entendiéndose la naturaleza de este proceso una de las características principales del hombre es la capacidad de aprender; las personas están acostumbradas a aprender de hechos pasados y es por eso que también tienen la capacidad de prever eventuales peligros. Así pueden analizar sus reacciones, lo que le está ocurriendo en un momento determinado ante esos peligros exteriores o esas amenazas internas mal construidas, lo que lleva de algún modo a controlar su respuesta general recibéndola entonces disminuida en intensidad. El aumento o disminución de la ansiedad tienen mucho que ver con la elaboración individual de la información que a ese sujeto le llega (Rojas, 2002).

La realidad indica que no todo es reflexivo, ni mucho menos programado en el caso de la ansiedad, como emoción puede provenir de la valoración efectuada en el cerebro sobre la información que se recibe y, posiblemente, tener origen en determinados procesos neuronales; también puede derivarse de asociaciones de tipo afectivo o quizá desprenderse de los procesos cognitivos de pensamiento, en definitiva, parece existir una producción interna, no perceptible, generadora de intranquilidad o de activación nerviosa que crece y se convierte en algo incontrolable. Es cada vez más constatable la gran influencia que presenta el aprendizaje en la génesis y el desarrollo de las crisis de ansiedad, así como su instauración por condicionamiento o copia, aun cuando no sean obvias las críticas, la credibilidad, basada en la imposibilidad

de localizar los hechos condicionantes o la influencia familiar. Si entendemos que determinados acontecimientos percibidos como intensos, estresantes, temibles, o desestabilizadores en un niño, podría desarrollar desbordamientos en las respuestas conductuales y biológicas referidas al miedo y hacer reaccionar a la persona de una manera protectora. El impacto emocional que provoca determinadas situaciones puede llegar a ser tan fuerte que la descripción en la memoria emocional del niño permanecerá inalterada o escasamente modificable en el tiempo y, por lo tanto, su acción potencial y efectiva estará predispuesta a lo largo de los años. Sin embargo, el hecho exterior desencadenante debe conjugarse en el propio temperamento del niño para poder reflejar realmente la predisposición hereditaria de la ansiedad se considera, por tanto, que la intervención debe centrarse en la comprensión mental de uno mismo y en el reaprendizaje de los propios sistemas emocionales, no tanto en la neutralización bioquímica de los procesos alterados (Luengo, 2005).

Etiología

Vera y Buela (2000) mostraron avances al incluir las variables de controlabilidad en la etiología y mantenimiento de la ansiedad realizando una revisión acerca de las relaciones entre control y desarrollo de la ansiedad. En este sentido, se planteo un modelo acerca de la etiología de la ansiedad. Estos autores argumentan que las experiencias tempranas en estímulos incontrolables generarían un bajo control percibido, esto a su vez desarrollaría una serie de procesos que finalmente crearían una vulnerabilidad emocional.

De esta forma, las percepciones de bajo control se mantendrían en la etapa adulta, interactuando con las experiencias medioambientales activando estados emocionales ansiosos en la adultez.

La hipervigilancia es otro elemento diagnóstico para los estudios clínicos de la ansiedad. Los individuos hipervigilantes, más que evitar, buscan o atienden información relativa a una amenaza potencial (Mathews, 1990). Las ansiedades se mantienen a menudo porque un individuo escapa o evita las situaciones de ansiedad que producen (Cautela, 1994).

Mathews (1990) dentro de su investigación encontró que los episodios de ansiedad se asocian con pensamientos desagradables sobre peligros sociales o físicos en mayor medida por cuestiones personales, amenazas personales y emociones contra sí mismos no por otros problemas del mundo en general.

La desnaturalización que tiene lugar ante la interpretación consciente o inconsciente de determinados estímulos considerados trascendentes, máximos o atentarios, indica una evidente transformación de la realidad subjetiva como algo supremo: el sujeto ansioso opta por la construcción de una jerarquía de valores nueva y personal libre de errores, pasando a ser verdad absoluta su propia versión de los hechos, tal cuestión, sin embargo, tiene mayor complejidad por cuanto una parte de los procesos ansiosos este es el caso de las crisis de angustia o pánico no suele corresponder operativamente con un estímulo o elemento situacional alguno, hecho que, dejando aparecer el aspecto hereditario, nos remite a la hipótesis de la existencia de procesos internos completamente inconscientes, capaces de manifestarse de forma

ansiosa o por medio de diálogos internos muy fáciles de influir por la presencia de algún factor desencadenante, la existencia de determinados mensajes capaces de reducir y/o de neutralizar una determinada situación agitativa, lo que indica a su vez la posibilidad de bloquear la voluntariedad que se ejerce a nivel parasimpático (Luengo, 2005).

Fisiología de la Ansiedad

La definición de ansiedad más utilizada por neurofisiólogos, psicofisiólogos y psicobiólogos es: la ansiedad es una emoción desagradable característica, inducida por la anticipación de un peligro o frustración y que amenaza la seguridad, homeostasis o vida del individuo o del grupo biosocial al que pertenece la persona (Cautela, 1994).

la ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva, es decir, se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que se puede calificar de emoción, con las características apuntadas para la misma. A esto se añade un estado de activación neurofisiológica que consiste en una puesta en marcha de los mecanismos que controlan la vigilancia fundamentalmente córtico-subcorticales, pero mediatizados por la formación reticular. La consecuencia es el estado de alteración antes mencionado hipervigilancia; la psicofisiología seguida es similar a la del miedo y no es otra cosa que la defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico (Rojas, 2002)

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 desencadenan (Pérez, 2003). La presencia de un depredador por ejemplo suscita en la posible víctima una serie de manifestaciones compatibles con la indefensión, que provoca en ultimo término episodios activos de lucha por la supervivencia; Así es como se manifiestan entre otros, importantes estados agitados de la atención hiperventilación, acompañados curiosamente de fracturas en la capacidad de concentración, de un apreciable descenso en los índices de cicatrización, de una gran predisposición a la movilidad, un rápido despliegue de las reacciones de de huída de forma intuitiva, lo que se traduce, en términos fisiológicos como un aumento paralelo de la frecuencia cardiaca, una mayor velocidad e inconsistencia del pensamiento, un notable incremento de la tasa respiratoria en muchos casos hiperventilación y una mayor intensidad muscular (Luengo, 2005).

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). En consecuencia, 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 y el haz dorsal que es un 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 (Rojas, 2002). Destacan entre ellas diversas porciones de la corteza cerebral, el área septo lateral, localizado en la parte medial de los hemisferios cerebrales, y la amígdala (Pérez, 2003; Gray, 1982).

Amígdala

Algunos de los mecanismos cerebrales que participan en la respuesta emocional y en la adquisición de respuestas condicionadas de miedo, colocando en un papel central a un pequeño núcleo localizado en el lóbulo temporal: la amígdala (Corsi, 2003).

La amígdala, quizá uno de los hallazgos mas sorprendentes en la investigación se ejecuta en las asociaciones entre los estímulos procedentes del medio y las consecuencias experenciales, en especial las relacionadas con el miedo y la ansiedad, que los sujetos hayan contemplado, la corteza prefrontal asegura la desconexión de las experiencias emocionales fijadas, con lo cual participa directamente en la adaptación del individuo a nuevas experiencias emocionales; Al controlar las respuestas fisiológicas a los estímulos ambientales; una dependiente de los núcleos basales, que se encarga de la activación tónica; y en torno al hipocampo tiene la misión de coordinar todos los procesos de activación que se producen en el organismo (Rojas,2002; Luengo, 2005).

La amígdala recibe un importante cúmulo de información sensorial que le permitiría recibir e interpretar el sentido de la eventual amenaza, además de

que emite eferencias este múltiple juego de aferencias y eferencias permite desde una perspectiva anatómica concebir a la amígdala como una estructura central para coordinar los componentes cognitivos, neuroendocrinos, cardiovasculares respiratorios y músculo esquelético de la respuesta al miedo a la ansiedad (Aguado, 2006).

En el plano fisiológico, Horacio (2003) ubicó a los núcleos estructurales de la amígdala del sujeto donde se activa la lectura consciente y vitalmente amenazante del verse encerrado, sin posible escape y rodeado de lo que considera extraño; la activación amigdalina tiene lugar de acuerdo con la percepción de algo atentador y no es mas que la puesta en marcha de un sistema defensivo de lo biológico, de carácter urgente, contundente y amplio (referencia). La amígdala recibe aferencias de los sistemas enteroceptivos corticales y talámicos y proyecta circuitos que tienen que ver con el sistema nervioso autónomo, la regulación neurohormonal y el sistema músculo-esquelético, así como a la estructura conocida como stria terminalis del núcleo amigdalino del sistema nervioso central y sus proyecciones hacia el hipocampo y el hipotálamo. Esta hipótesis neuroanatómica reciente nos proporciona un nuevo hallazgo de la investigación neurofisiológica que permite entender mejor los posibles mecanismos básicos y clínicos de los diferentes cuadros de ansiedad. El modelo del área amigdalina postula que una memoria emocional condicionada puede establecerse antes de formarse la memoria consciente. Esto es posible por que la amígdala madura antes que el hipocampo y el miedo irracional podría establecerse y conectarse hacia un objetivo o situación durante la llamada fase infantil de amnesia (Heinze, 2003).

Las investigaciones de Corsi (2003) sobre las lesiones en la amígdala, dejaron claro que se produce pacificación y aplanamiento afectivo y a su vez señalan también que la amígdala como el sitio donde se integran las respuestas condicionadas de miedo y ansiedad. La amigdalectomía produce una falta de respuesta a estímulos amenazantes en los monos, una respuesta aumentada al castigo y un bloqueo del miedo condicionado en las ratas (Horacio, 2003). Se ha señalado también a la amígdala como el sitio donde se integran las respuestas condicionadas o aprendidas de miedo y ansiedad (Corsi, 2003).

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 percibe. 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 conocemos hasta ahora (Pérez, 2003).

Hipocampo, Hipotálamo y Tálamo

El hipocampo, esta estructura involucrada en la memoria, así como 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, el núcleo del rafé dorsal y el locus coeruleus, localizados ambos en el tallo cerebral (Pérez, 2003).

Se ha demostrado el papel mediador de dos estructuras cerebrales, el tálamo y el hipotálamo, en la respuesta emocional, que por un lado integran las respuestas motoras y las autónomas, y al mismo tiempo informan a la corteza cerebral sobre el estado emocional (Corsi,2003).

Heinze (2003) por su parte descubrió que el hipocampo es una pieza clave para integrar la respuesta cognoscitiva, neurohormonal y neuroquímica a la emoción y al estrés.

Por otra parte Horacio (2003) y Corsi (2003) encontraron que el hipotálamo es una estación de procesamiento de señales sensoriales las que, basadas en el miedo condicionado clásico, se dirigen al sistema límbico y a su vez controla también al sistema endocrino, mediante la secreción de compuestos neuroendocrinos directamente vertidos al torrente sanguíneo, e indirectamente mediante la secreción de compuestos que viajan hacia la hipófisis anterior. El área septal lateral del hipotálamo y un camino serotoninérgico originado en los

núcleos de Rape envía proyecciones excitatorias a la Sepia (Zinbarg, Barlow, Brown, Hertz, 1992). El hipocampo y sobretodo el sistema septohipocámpico tiene conexiones con estructuras límbicas y áreas sensoriales corticales (Horacio, 2003).

Si bien estos circuitos subcorticales dan cuenta de las respuestas autónomas y endocrinas, no son suficientes para explicar la experiencia cognitiva del miedo la experiencia cognitiva de la emoción depende del procesamiento de los estímulos tanto externos como internos por la corteza cerebral, de una manera muy similar al procesamiento de otros estímulos sensoriales. Las evidencias clínicas integradas han demostrado que la experiencia emocional surge de la interacción de las repuestas periféricas y centrales, es decir, de los circuitos mencionados, responsables de coordinar la respuesta autónoma y endocrina, y de la integración de la información de la corteza cerebral (Corsi, 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 participan 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 verdaderos 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).

En opinión de Horacio, (2003) en el cerebro existen distintos sistemas de neuromodulación difusos y cada uno de ellos emplea un sistema de neurotransmisión, el que tiene a su cargo una detallada información sensorial. Estos centros cumplen funciones regulatorias modulando importantes redes de neuronas post sinápticas, tanto en la corteza cerebral, como en el tálamo o la médula espinal.

El estímulo tiene que ser detectado por el sistema nervioso central, que pone en marcha mecanismos centrales de alertamiento y atención, algunos de tipo motor y otros controlados de forma autónoma. Si se reconoce al estímulo como un peligro potencial, se interrumpe lo que se está haciendo (como lo muestran expresiones populares como “quedarse paralizado de miedo” o, mas literalmente, “quedarse helado”) y los sistemas sensoriales se orienten hacia la fuente de estimulación, a esta etapa se le denomina reacción de orientación. Inmediatamente después aumenta la tensión muscular, se adoptan posturas de ataque o de huida y se desencadenan mecanismos reflejos autónomos que estimulan al sistema nervioso simpático, que forma parte del sistema nervioso autónomo la estimulación del sistema simpático provoca que la medula suprarrenal libere hacia el torrente sanguíneo las hormonas epinefrina (adrenalina) y norpinefrina (noradrenalina), que provocan un aumento de la frecuencia cardiaca, cambios en la respiración, aumento de la presión sanguínea, vasoconstricción periférica, sequedad de boca, que se suspenda la digestión, y se presente defecación, micción, erección de los vellos, aumento

de la sudoración, midriasis o dilatación de la pupila y tensión de los músculos del oído medio. Estos cambios, controlados por el sistema nervioso simpático, tienden a perdurar más que los cambios motores, hasta que vuelven a disminuir el nivel circulante de estas hormonas. Simultáneamente se estimula también el eje Hipotálamo-apófisis- corticosuprarrenal, provocando la liberación de hormonas cortico-esteroides, producidas en la corteza suprarrenal, que se promueven de la disponibilidad de energía, disminuyen la sensibilidad al dolor y preparan al organismo para soportar lo que venga. El tercer ingrediente es la respuesta conciente a la emoción, o componente cognitivo (Howard, 2001 y Corsi, 2003).

Es posible que la ansiedad se module primariamente por la intermediación del sistema GABAérgico, que disminuiría globalmente la ansiedad, y el sistema glutamatérgico, que utiliza el ácido glutámico como neurotransmisor y tiene acciones ansiogénicas (Howard, 2001 y Pérez, 2003).

Carrasco (1990) y Ontiveros (1993) observaron que el sistema de inhibición gabaérgico al ser bloqueado dejaría que actuara libremente otros sistemas el noradrenérgico, el serotoninérgico y el dopaminérgico, lo que explica los efectos ansiógenos de los fármacos que disminuyen la acción del GABA.

La intensidad y el patrón eléctrico con el que responde el cerebro a las experiencias agradables, a la ansiedad y a los ansiolíticos son distintos en cada sexo, y depende de los niveles circulantes de hormonas sexuales, como muchas otras características tanto anatómicas como funcionales del cerebro, por ejemplo Ontiveros (1993) y Howard, (2001) encontró que la inhalación de CO₂ al 5% provoca reacciones de ansiedad en aproximadamente el 70% de los pacientes que sufren de crisis de angustia recurrentes principalmente en los

pacientes del sexo masculino que sufren de crisis de angustia. Los niveles de ansiedad fluctúan a lo largo del ciclo menstrual de la mujer y pueden alcanzar estados patológicos, como en el caso del síndrome premenstrual, estas fluctuaciones en la ansiedad se relacionan directamente con la potencia de las frecuencias entre 8 y 12 hertz; a mayor ansiedad, mayor potencia de éstas frecuencias. Los esteroides sexuales (estrógeno, progestinas y andrógenos), producidos primordialmente por las gónadas (ovarios y testículos), actúan como mensajeros no solamente en el cuerpo, sino también en el cerebro, uno de los derivados de la progesterona como la alopregnanolona, actúa potenciando el efecto del ácido gama-amino butírico sobre su receptor (el ácido gama-amino butírico es el neurotransmisor inhibitorio más abundante en el sistema nervioso). En el caso de las benzodiazepinas (uno de los grupos de compuestos ansiolíticos, o que contrarrestan la ansiedad más empleados) y los barbitúricos actúan también de forma similar a la progesterona que se genera junto con sus derivados metabólicos se fabrican en el cerebro en situaciones de estrés y ansiedad incluso en animales a los que se les han extirpado las gónadas y las glándulas adrenales. Los esteroides sexuales ejercen también influencias indirectas sobre el estado de ánimo y la ansiedad a través de su acción sobre el metabolismo de los sistemas de neurotransmisión. Incluso incrementa el recambio de serotonina en ciertas áreas cerebrales, en ratas a las que se les han extirpado los ovarios y en términos generales los neurotransmisores están estrechamente relacionados al estado de ánimo y a la capacidad de experimentar placer o emociones positivas, la presencia de receptores para esteroides sexuales en áreas cerebrales que participan directamente en la regulación del estado de ánimo, como la ansiedad y la

emoción, (como el sistema límbico), y los efectos que éstos esteroides tienen sobre la excitabilidad neuronal y el metabolismo de neurotransmisores involucrados en el estado de ánimo (como la serotonina, la norepinefrina y la dopamina), permiten comprender las diferencias sexuales en la emoción y la ansiedad así como también pueden comprenderse así sus efectos sobre la cognición y la libido, al igual que los cambios en el estado de ánimo de la mujer asociados a fluctuaciones en niveles hormonales, como el ciclo menstrual, el post parto y la menopausia (Corsi, 2003).

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 una de las proyecciones aferentes más importantes es al sistema septo-hipocampal un camino noradrenergico que origina un locus, también envía una proyección excitatoria al hipotálamo que Gray (1982) identifica como un sustrato fisiológico en la respuesta de lucha/huida. Es importante que se note la existencia de una proyección eferente inhibitoria en el área Septal del hipocampo (Zinbarg, Barlow, Brown, Hertz, 1992).

Los sistemas neuromodulatorios más importantes a estudiar de acuerdo con Carrasco (1990) y Horacio (2003) son los relacionados con la noradrenalina, serotonina, dopamina y acetilcolina que se describen a continuación.

Sistema Noradrenergico: la noradrenalina además de ser un neurotransmisor del sistema nervioso vegetativo periférico, es producida en el sistema nervioso

central por un núcleo denominado Locus Coeruleus, ubicado en el puente o protuberancia. El ser humano cuenta con dos de estas estructuras una a cada lado del cerebro y cada uno cuenta con aproximadamente once mil neuronas. Las células del Locus Coeruleus son las productoras de noradrenalina, están relacionadas con la regulación de la tensión, la vigilancia, los ciclos de la vigilia y el sueño, el aprendizaje y la memoria, la ansiedad, el humor y el metabolismo cerebral. Dado que la noradrenalina puede hacer que las neuronas de la corteza cerebral se vuelvan más sensibles 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.

Existe una probabilidad de que el sistema serotoninérgico desempeñe un papel fundamental en el desencadenamiento y en el control de las reacciones de ansiedad, así como la hiperactividad serotoninérgica se relaciona con las respuestas de ansiedad que acompañan a la abstinencia de las benzodiazepinas (Ontiveros, 1993). Las neuronas que contienen serotonina se encuentran dentro del nivel de los Núcleos de Rafe, ubicados a cada lado de la línea media del tronco cerebral. Las células de los núcleos de Rafe están involucradas en el control de los ciclos de sueño y vigilia, en el control del humor y de la agresividad. La presencia de receptores de serotonina específicos en diversas regiones cerebrales como la amígdala, el tálamo, el hipocampo, el locus coeruleus y la neocorteza sugiere que existen sitios específicos destinados a la regulación de la ansiedad (Horacio, 2003).

Por tal motivo se ha relacionado los trastornos de ansiedad con una hipersensibilidad de los receptores serotoninérgicos postsinápticos como mecanismo compensatorio a la disminución de serotonina habitual, los síntomas de ansiedad son la expresión final de una hiperactividad basal del locus coeruleus este núcleo recibe información aferente interna y externa (vegetativa y sensorial), envía eferencias a la amígdala, hipocampo, tálamo, cerebelo y al neocórtex prefrontal, de acuerdo a los estudios que han realizado de tipo neurobiológico de la ansiedad se ha encontrado que la amígdala y el locus coeruleus son estructuras que se encuentran alteradas en los trastornos de ansiedad así como la noradrenalina, la serotonina y el GABA. El locus Coeruleus, es el principal noradrenérgico del sistema nervioso central con respuesta al estrés y con ellos estímulos que generan miedo. La cualidad de sus aferencias y eferencias permite establecer que el locus coeruleus tiene cierto grado de vinculación con los trastornos de pánico (Aguado, 2006).

Tratamiento

Luengo (2005) propone que en cuestiones como la ansiedad nos encontramos sujetos a la discusión tradicional que ha enmarcado durante muchos años la interpretación de la producción mental que ha propuesto básicamente dos líneas paradigmáticas de intervención: la medicalista y la Psicologísta. Para la medicalista la existencia del trastorno ansioso debe entenderse como una alteración orgánica, es decir, una anomalía estructural del cerebro, que es explicada mediante la presencia de parámetros estadísticos de significativas concentraciones de ciertos neurotransmisores, de algunos flujos sanguíneos

específicos cerebrales o de alteraciones en los registros de la actividad encefalográfica.

El segundo extremo paradigmático entiende que la ansiedad corresponde básicamente a las malas interpretaciones de la realidad que desencadenan una secuencia de la alteración como reacción adaptativa.

Calle (1990) encontró que 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 basado en el presente e incluso el arte, así como actitudes positivas sobre sí mismo y los acontecimientos que sucedan tienen una influencia positiva hacia la recuperación del paciente mejorando la relación con los otros y en general su calidad de vida. Se considera, por tanto, que la intervención debe enfocarse en la comprensión mental de uno mismo y en el reaprendizaje de los propios sistemas emocionales, con ayuda de técnicas de relajación, de cambio cognitivo y no tanto en la bioquímica de los procesos alterados.

Al respecto, Butler, Cullington, Hibbert, Klimes y Gelder (1987) sugirieron que los trastornos de ansiedad no deben ser tratados por periodos largos con fármacos ansiolíticos, por la dependencia que se puede desarrollar con algunos de ellos. Y que deben ser tratados además por otros métodos que combinan relajación, imaginación y reestructuración cognitiva que también son efectivos para tratar los trastornos de ansiedad.

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

CAPITULO 2

ANSIEDAD GENERALIZADA

La ansiedad generalizada en los últimos tiempos ha alcanzado un diagnóstico único y diferencial con respecto a otros trastornos de ansiedad esto debido a que cada vez va en aumento el número de personas que presentan los síntomas característicos de este padecimiento. Lamentablemente no existe un instrumento en México que permita identificar a estos pacientes.

La entidad que en la actualidad aceptamos como trastorno de ansiedad generalizada conceptualmente es una parte del síndrome, descrito por Freud en 1895 con el nombre de neurosis de ansiedad.

Freud describió diez características en la neurosis de ansiedad que permitían su separación del concepto tradicional de neurastenia.

De las diez características nueve eran signos y síntomas y la décima se refería al curso evolutivo del cuadro.

Signos y síntomas.

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

Curso Clínico

10.- tendencia a la cronicidad.

Dentro de la descripción de la neurosis de ansiedad, Freud introdujo los elementos que sientan las bases del ahora trastorno de pánico.

Antes de 1987, año en que fue presentado el DSM-III-R, el TAG se mantenía como una categoría diagnóstica residual, de hecho, cuando regían los antiguos criterios del DSM-III (1980) y la vigente CIE-10 (1992), el diagnóstico no podía ser efectuado si otro trastorno fóbico, de pánico u obsesivo-compulsivo, estaban presentes (Horacio, 2003).

Definición y Sintomatología

El DSM-III definió por primera vez el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), sacándolo de la categoría previa más amplia de neurosis de ansiedad del DSM-II, en el DSM-III se introdujo la distinción entre crisis de angustia y trastorno de ansiedad generalizada confiriendo a ambas entidades el carácter de trastornos mentales específicos e independientes por lo que se han organizado en cinco criterios:

1.- criterio Erario: se incluye en el DSM –VI, requiriendo una edad mínima de 18 años para establecer el diagnóstico.

2.- criterio temporal: se aumenta el tiempo mínimo de un mes a seis meses de presencia de los síntomas para poder establecer el diagnóstico.

3.- criterio fenomenológico.

a) el síntoma de “expectación aprensiva”

b) disminución del número de síntomas presentes y mayor especificidad de estos.

4.- criterio de impacto personal (discapacidad): se incluye por primera vez como criterio exigible para el diagnóstico en el DSM-IV.

5.- criterio jerárquico: en el DSM-III el trastorno de ansiedad generalizada era considerado una categoría residual que solo podía ser formulada por exclusión, es decir, que no se cumpliera con ningún otro criterio para ningún otro trastorno de ansiedad ni afectivo.

A partir del DSM-III-R (1987), el TAG dejó de considerarse una categoría diagnóstica residual, sino que constituyó una entidad independiente que puede coexistir con el trastorno de pánico o con preocupaciones fóbicas u obsesivas.

Puede realizarse el diagnóstico de TAG si una persona con trastorno de pánico manifiesta padecer preocupaciones no relacionadas con la ansiedad anticipatorio de tener otro ataque de pánico. También puede establecerse un diagnóstico adicional de TAG si la ansiedad o fobia social no sólo está relacionada a temores sobre la evaluación negativa por parte de los demás, sino también que se detecten preocupaciones excesivas respecto a temas cotidianos (Horacio, 2003).

En el DSM-IV-TR y Howard (2001) coinciden en la definición de ansiedad en la que aseguran que la preocupación excesiva e incontrolable durante, al menos, 6 meses y perdurables por muchos años, acompañados de síntomas somáticos como inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño y dificultades para la concentración suelen ser de gran relevancia. Generalmente los síntomas se reducen pero suelen resurgir cuando se interrumpe el tratamiento.

El síntoma principal de la ansiedad generalizada es la preocupación crónica seguida por el miedo como resultado de la anticipación de un peligro, acompañado de tensión muscular, signos vegetativos e hipervigilancia (Meyer, 1990 y Martínez, 2000).

De acuerdo con la Harvard Mental Health Letter (2003) algunos síntomas físicos del GAD son: tasa cardiaca alta, boca seca, dolor de estomago, tensión muscular, sudoración, temblores, agitación y en algunas personas si la preocupación dura mucho tiempo lo que puede desencadenar desordenes de sueño.

Según Rojas (2002) las crisis de ansiedad o los ataques de pánico, así como la ansiedad generalizada, conducen a un cierto cansancio psicológico que se plantea sobre un peculiar estado de animo, sentimiento de vacío e indiferencia frente a cuanto rodea a la persona. En un estudio realizado por Street et al. (1997) encontraron que los pacientes con desordenes de ansiedad generalizada tendieron a hacer énfasis en los síntomas somáticos y reportaron preocuparse por temas relacionados con la familia, economía, el futuro actividades de la rutina diaria y en menor grado por el trabajo, escuela, relaciones sociales, salud propia y salud de otros; en contraste con Harvard

Mental Health Letter (2003) las preocupaciones mas comunes son: citas medicas, perder el trabajo, sufrir algún accidente, que algún miembro de la familia llegue a enfermarse, en su mayor parte son preocupaciones de la vida cotidiana.

Martínez (2000) define a la ansiedad generalizada como un trastorno crónico, frecuente e incapacitante, se caracteriza por preocupaciones permanentes y generalizadas, se presenta en numerosas ocasiones con síntomas somáticos como: dolor muscular, cefaleas, insomnio y fatiga; Es frecuente su comorbilidad tanto con otros trastornos emocionales (depresión o ansiedad) como enfermedades somáticas, por otro lado, los pacientes con TAG desarrollan un tipo de pensamiento mágico donde creen que sus preocupaciones evitarán que suceda algo temido.

El TAG constituye el principal grupo de diagnóstico para la ansiedad prominente y crónica en ausencia de un trastorno de angustia siendo el rasgo fundamental de este síndrome según el DSM-IV-R es una ansiedad persistente que dura al menos seis meses, los síntomas de este tipo de ansiedad se pueden incluir en dos grandes categorías: 1) expectativas y preocupación aprehensiva y 2) síntomas físicos; los pacientes con TAG se preocupan por cosas triviales, se muestran temerosos, anticipan lo peor, se presenta tensión muscular, intranquilidad, sensación de agarrotamiento, dificultad para concentrarse, insomnio, irritabilidad y astenia. Estos pacientes solo reconocen que su tensión crónica, hiperactividad, preocupación y ansiedad son excesivas con el transcurso del tiempo cuando suelen afirmar que no recuerdan un solo momento de su vida en el que no se hayan sentido ansiosos ni existe un

acontecimiento que lleve al paciente a solicitar ayuda (Hollander y Simeon, 2004).

En opinión de Horacio (2003) el TAG presenta, desde el punto de vista de la sintomatología, diferentes componentes:

Cognitivos

Comportamentales

Fisiológicos

El componente cognitivo de la enfermedad consiste en la presencia de preocupaciones irrealistas y excesivas durante la mayor parte del tiempo.

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

En concordancia con los pensamientos preocupantes y restricciones de la conducta, los enfermos de TAG presentan un componente fisiológico de ansiedad expresado por síntomas que incluyen, un aumento de la vigilancia o estado de hiperalerta, dificultad o imposibilidad para descansar, tensiones motoras caracterizadas por inquietud, temblores o contracturas, hiperactividad autonómica, que se manifiesta como cefalea tensional o sensación de cabeza liviana, palpitations o disnea y sentirse irritable, al límite "estar con los pelos de punta". La preocupación y la ansiedad prolongadas pueden llevar a un

estado de cansancio crónico, dificultades para lograr una adecuada concentración e insomnio.

Evolución y prevalencia

La evolución del trastorno de ansiedad generalizada es crónico y recurrente y suele ser más insidioso que un trastorno de pánico repercutiendo en el funcionamiento social del paciente, con fluctuaciones en su intensidad y de los patrones sintomáticos, generalmente comienza entre los 20 y 30 años, pero existen reportados en personas menores de 10 años y mayores de 30 (Vollrath, 1991; Horacio, 2003 y Papp, 2004).

El inicio y exacerbaciones del TAG pueden estar relacionados a periodos de la vida de intenso estrés o sobre carga emocional se trata de una patología muy frecuente con una prevalencia de por vida poblacional del 5% al 6% y una actual o corriente del 2% al 3%; alrededor del 5% de la gente con GAD reporta haberla padecido durante la mayor parte de su vida y dos de tres pacientes son mujeres, se estima que a lo largo de la vida de la población general, de acuerdo a los criterios de clasificación del DSM-IV, es del 5 %, y si se siguen los criterios de la CIE-10, es del 6.5%. Según el DSM-IV, la prevalencia es del 2% al 3% en la población general, y del 7% al 9% en la población que acude a los centros de cuidados primarios de salud (Horacio, 2003 y la Harvard Mental Health Letter ,2003).

Todavía no se dispone de datos obtenidos de estudios longitudinales de TAG en niños; los niños y adolescentes con TAG tienden a preocuparse excesivamente por su rendimiento y competencia, en el caso de los niños

puede considerárseles perfeccionistas, cautelosos, buscan a menudo ser tranquilizados, dado que estos niños no pueden dejar de preocuparse, se muestran poco atentos, inquietos, tensos, irritables, pueden padecer dolores de estomago o cefaleas; Cuando existe una discrepancia entre las expectativas elevadas y los logros alcanzados pueden producirse una depresión especialmente en adolescentes a cerca de los orígenes de TAG se ha propuesto que las relaciones de vinculación inseguras, la ambivalencia hacia los cuidadores y la sobreprotección de los padres falto de calidez emocional pueden contribuir a la aparición del TAG (Laszlo, 2004).

Algunos de los factores que se han detectado para el TAG son los siguientes: ser mujer, tener mas de 30 años, poseer antecedentes de un trastorno depresivo mayor, tener familiares con trastorno del humor o de ansiedad la mayoría de las personas que padecen GAD en la edad adulta, reportan haber padecido los primeros síntomas desde niños o adolescentes; 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 debiendo considerar que el TAG puede presentar una sintomatología múltiple, preocupaciones excesivas e insomnio (Horacio, 2003).

En los ancianos con ansiedad resulta especialmente importante distinguir el TAG de otros estados de ansiedad que podrían guardar relación con estados confusionales, demencia, psicosis o depresión o ser una manifestación de una enfermedad orgánica de base; 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, otros mecanismos adicionales contribuyen a mantener el TAG. En primer lugar, el miedo se utiliza como una estrategia para evitar los afectos negativos intensos, en segundo lugar, la preocupación a cerca de amenazas futuras poco probables evita al paciente la necesidad de afrontar amenazas más realistas y próximas, al tiempo que limita la capacidad de encontrar soluciones para conflictos más inmediatos (Hollander y Simeon 2004).

Un grupo de investigación del estado de Pensilvania define a la preocupación como una cadena de pensamientos e imágenes negativas, relativamente incontrolables. Han definido a los preocupones crónicos como personas que reportan preocuparse más de 8hrs al día durante los últimos seis meses encontrándose el 15 % de la población como preocupones, en contraste se considera a los no preocupones como personas que se preocupan menos de una hora y media al día y que no la perciben como un problema, ellos ocupan usualmente el 30% de la población (Borkovec, 1985).

Ansiedad y Preocupación

La preocupación es un 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 mas aspectos cognitivos, como pensamientos intrusivos o pensamientos no deseados a si mismo se ha encontrado en estudios que los

preocupones tienen una gran dificultad para excluir los pensamientos negativos y son menos hábiles para enfocar la atención en su propia respiración y sienten emociones negativas con más frecuencia que aquellos que no se preocupan. El hecho de que no se puedan enfocar en su respiración sugiere que los pensamientos intrusivos puedan interrumpir su atención y alterar dicha tarea (Borkovec, 1985; Mathews, 1990; Gross, 1990 y Wells, 1999).

Según el desarrollo psicológico la edad madura comienza a partir de los 40 años y se alarga hasta los 65, esta etapa se caracteriza por ser un periodo de una nueva realización o de crisis dependiendo de las experiencias de vida y de las decisiones que se hayan tomado anteriormente; este tipo de personas se encuentran más concientes sobre su mortalidad y el tiempo que les puede quedar de vida motivo de preocupación, así como las aportaciones que puedan hacer a la siguiente generación, cuestiones de creatividad, temen estancarse o perder oportunidades; desean conservar las relaciones íntimas con su familia y amigos. Ante cada evento trascendente como la muerte, el nacimiento, cambio de empleo, divorcio y otros consideran en significado de su propia vida tanto de cosas que les suceden a ellos como a los que los rodean (Craig, 2001).

Wells (1999) en un estudio encontró que las preocupaciones más frecuentes en los pacientes pueden ser por: la familia, la casa, las relaciones interpersonales, las finanzas, trabajo, escuela, enfermedades, salud o lesiones.

A continuación se enlistan algunos temas que Rice (1997) cree importantes en la edad madura y la vejez.

Edad Madura

- 1.- ajustarse a los cambios físicos y a la mediana edad.
- 2.- encontrar satisfacción y éxito en la vida profesional.
- 3.- asumir la responsabilidad cívica y social de los adultos.
- 4.- llevar a los hijos a una vida adulta feliz y responsable.
- 5.- revitalizar el matrimonio.
- 6.- reorientarse hacia los padres que envejecen.
- 7.- reorientar los roles sexuales.
- 8.- desarrollar redes sociales y actividades para disfrutar el tiempo libre.
- 9.- encontrar un nuevo significado a la vida.

Vejez

- 1.- permanecer físicamente saludable y ajustarse a las limitaciones.
- 2.- mantener un ingreso adecuado y medios de sostenimiento.
- 3.- ajustarse a nuevos roles de trabajo.
- 4.- establecer condiciones adecuadas de vivienda y vida.
- 5.- mantener la identidad y el estatus social.
- 6.- encontrar compañía y amistad.
- 7.- aprender a usar el tiempo libre de manera placentera.
- 8.- establecer nuevos roles en la familia.
- 9.- lograr la integridad mediante la aceptación de la propia vida.

La ansiedad se ha conceptualizado de manera global incluyendo aspectos de sensaciones somáticas, elementos cognitivos, componentes conductuales y emocionales, que incluyen las sensaciones corporales de las que las personas son conscientes. La preocupación se ha conceptualizado cognitiva por

naturaleza, enfocándose en excesiva o irreal importancia por eventos futuros y parece asociarse con estilos de afrontamiento centrados en el problema como un interés mental sobre la ejecución de la tarea y se considera adaptativa. El rasgo de ansiedad tiende a ser asociado con un estilo de afrontamiento de evitación y una falta de confianza para resolver el problema (Borkovec, 1985; Zebb, Beck, 1998).

En opinión de Heimberg, Turk y Mennin (2004) la preocupación es un intento cognitivo para resolver el problema de un posible daño futuro, funciona para evitar la ocurrencia de eventos negativos distantes. La preocupación, de hecho, reduce ciertos aspectos de la amenaza o es percibida como algo que previene eventos negativos, por lo que es reforzada negativamente como cualquier conducta de evitación. Por lo tanto, sugieren que la preocupación funciona como una respuesta de evitación cognitiva y que las condiciones necesarias para el reforzamiento negativo están frecuentemente presentes.

También se ha encontrado que la preocupación está muy relacionada con el miedo, incluyendo imágenes y pensamientos emocionalmente negativos que impiden a la persona conciliar el sueño por su carácter intrusivo e incontrolable (Borkovec, 1985 y Gross, 1990). 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 (Mathews, 1990).

De acuerdo con Eysenck (1985) los individuos con altos rasgos de ansiedad, tienen organizada la información sobre sus preocupaciones en la memoria a largo plazo lo cual responde a las intrusiones, lo repetitivo y la naturaleza incontrolable de la preocupación excesiva.

En un estudio de Meyer (1990), se encontró que la preocupación inducida produce un gran incremento de intrusiones de pensamientos negativos antes de realizar una tarea, además, de que produce una mezcla de experiencias emocionales ansiosas y depresivas así como también puede inhibir el procesamiento de información fóbica y así contribuir a mantener los desordenes de ansiedad e interferir con los cambios que implica el tratamiento a exposición.

Ansiedad, Depresión, Trastorno de pánico y Trastorno de Personalidad

La ansiedad y depresión tienen una sintomatología que se superpone en alto grado, la expresión genotípica de la depresión y la ansiedad se encuentran ligadas en un ínter juego entre los sistemas noradrenérgicos y serotoninérgicos. Las relaciones de la ansiedad con la depresión y el miedo, convergen en acentuar el papel de las tendencias de la acción en definir

ansiedad, es decir, un elemento de la ansiedad es la preparación del mecanismo de lucha/huida al igual que en el caso del miedo (Zinbarg, Barlow, Brown, Hertz, 1992). Los desordenes de ansiedad y los de personalidad también se encuentran asociados junto con los de pánico, en varios estudios sobre la mitad de los trastornos de pánico los pacientes también recibieron un diagnostico de problemas de personalidad las características de los rasgos de personalidad eran dependencia, evitación ansiedad social y bajo autoconcepto. Y para los de ansiedad fueron falta de habilidades sociales, extremadamente sensibles a la critica y sumisos (Vollrath, 1991).

Los pacientes con trastornos de ansiedad predicen la ansiedad que presentan ante los estímulos específicos, incluso las reacciones fisiológicas que se manifiestan en un estudio dividido en dos fases se pretendió demostrar la predicción de ansiedad en pacientes con síntomas de ansiedad en el que se recolectó información de datos emocionales positivos y negativos de ejercicios de exposición y experimentos conductuales. En la primera fase en la que se tomaron 37 pacientes de una unidad académica de terapia conductual (presentaron trastorno de pánico con o sin agorafobia, fobia simple, fobia social, trastorno obsesivo –compulsivo y trastorno de ansiedad atípico) usando como instrumento de medición el VAS y obteniendo como resultado que los pacientes tienden a predecir mayor ansiedad que la experimentada ante confrontaciones temidas, la evaluación desagradable de la situación se relacionó con el cambio en el miedo ante el ejercicio por lo que la predicción de la ansiedad cambió, pues entre mas desagradable se calificó el ejercicio menos se redujo el miedo y la ansiedad ante el mismo; En el segundo estudio

se emplearon 11 pacientes con (desordenes de pánico, agorafobia, ansiedad generalizada y fobia social) y se pretendió encontrar la relación entre creencias funcionales y disfuncionales, miedo a la evaluación y sobre predicción a la ansiedad. En los resultados se encontró suficiente evidencia de que experiencias emocionales influenciaron cambios en la predicción de ansiedad y el miedo pero las creencias funcionales y disfuncionales no fueron claramente influenciadas por variables emocionales (Arntz, 1994).

Instrumentos de Medición

Para la evaluación del TAG deben considerarse los síntomas como elementos fundamentales para crear un instrumento de medición, siendo necesario emplear entrevistas estructuradas para diagnosticar y evaluar los resultados del tratamiento que se implemente, mediciones de los síntomas y variables asociadas al TAG, 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 enfocado a aspectos cognitivos, como pensamientos intrusivos no deseados (Mathews, 1990 y Caballo, 2002).

Generalized Anxiety Disorder (GAD-Q-IV), es un instrumento de auto reporte que incluye preguntas con opción de respuesta afirmativa o negativa sobre la sintomatología de preocupación excesiva o irreal que el paciente ha experimentado o no en los últimos seis meses. Contempla una sección donde el sujeto escribe los temas principales de sus preocupaciones y una lista de los síntomas que experimenta.

En las dos últimas preguntas se requiere elegir un grado en que la preocupación y los síntomas físicos interfieren en las actividades o causan un malestar físico o emocional en una escala de 0 a 8, donde el cero equivale a nada, y 8 muy severo.

Para obtener la confiabilidad y validez de este instrumento, se obtuvo una probabilidad del 93% que indica que alguien con GAD tendrá un puntaje más elevado al contestar el GAD-Q-IV que alguien que no lo tenga. Se obtuvo una especificidad del 89% y una sensibilidad de 83%. Así también 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 que el GAD-Q-IV puede ser una forma efectiva de evaluar la presencia o ausencia del GAD, debe quedar claro que el GAD-Q-IV determina solamente la presencia o ausencia del trastorno sin especificar su severidad.

Este instrumento se elaboró según los criterios del DSM-IV para el TAG (Newman, Zuellig, Kachin, Constantino, Presewski, Erickson y Cashman-McGrath, 2002).

PSWQ

En un estudio Meyer (1990) creó y validó el PSWQ, inicialmente se construyó 161 reactivos, 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 que evalúa la preocupación el componente cognitivo de la ansiedad, donde los reactivos son oraciones a las que se les asigna un número que corresponde al grado de preocupación que le produce al paciente que va desde (1) para nada común, (2), (3) algo común, (4) y (5) muy común.

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.
- 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.

- 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).

Algunos otros instrumentos que evalúan el trastorno de ansiedad generalizada tomada de Bobes (2002) son:

- 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 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, la cual se integra por 10 reactivos donde se evalúa la tensión interna, sentimientos de hostilidad, hipocondriasis, preocupación por pequeñas cosas, fobias, sueño

reducido, perturbación autonómica, dolores, alteraciones autonómicas y tensión muscular.

- Escala de Ansiedad de Hamilton
- Escala de Hamilton para Evaluación de la Ansiedad (HRSA), esta escala explora el área del estado de ansiedad, donde se explora la ansiedad, la tensión, los síntomas neurovegetativos y los somáticos. Aunque esta 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 está diseñada para obtener una valoración cuantitativa de la sintomatología de la ansiedad.
- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD), esta escala 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 Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada de Carroll y Davidson. Esta escala 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.

Tratamiento

El tratamiento para el GAD puede ser implementado para resolver varios aspectos de éste trastorno, como pueden ser la tendencia a percibir amenazas, la expectación de posibles resultados catastróficos, la escasa capacidad para resolver los problemas, la preocupación o los síntomas físicos de la ansiedad (Hollander y Simeon 2004).

Para Stein y Hollander (2004) hay dos componentes fundamentales para el tratamiento, la psicoeducación se refiere a ofrecer información a los pacientes sobre lo que padecen para que entiendan mejor su situación impartándose en un lenguaje claro y sencillo, para que el entendimiento sea el más acertado.

La exposición debe evocar un malestar que guarde mucha semejanza con la sintomatología real del paciente. Si no se hace de esta manera las dimensiones del tratamiento serán incompletos o nulos.

Terapia Cognitivo-Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para tratar el trastorno de ansiedad generalizada se basa en la teoría de que el trastorno proviene de constantes percepciones erróneas sobre el mundo percibiéndolo como un lugar peligroso,

lo que genera un proceso de interacciones comunes entre los sistemas de respuesta fisiológica, cognitiva y conductual. La interacción de esos sistemas de respuesta inadaptada conduce a un proceso que intensifica la ansiedad (Newman y Borkovec, 1995).

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 acerca 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.

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

Se pide a los pacientes escribir los pensamientos que les producen ansiedad, para encontrar su lado objetivo y describir las distorsiones cognitivas. 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 realmente si los eventos pueden llegar a ocurrir enseñándoles a generar explicaciones alternativas y respuestas racionales que les ayuden a cambiar sus pensamientos distorsionados (Horacio, 2003).

Borkovec (2005) propone un taller de entrenamiento clínico con varias técnicas cognitivo-conductuales especialmente para el TAG.

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, imaginación guiada, meditación y 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.

Para Newman y Borkovec (1985) es fundamental que para el tratamiento haya un auto monitoreo del paciente pues de esta manera los pacientes son incitados a poner atención en cualquier cambio en sus niveles de ansiedad y a darse cuenta de los patrones interactivos de pensamiento preocupante, imaginación catastrófica, actividad fisiológica, evitación conductual y los estímulos externos que pueden disparar esas respuestas.

Por otro lado, la TCC conduce a un cambio cognitivo relacionado con la reducción de síntomas ansiosos y la durabilidad que gana el tratamiento si se le da el seguimiento adecuado 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).

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

De la misma manera, en un estudio Craske, Gatz y Wetherell, (2003) se encontró que en el tratamiento del TAG y de la depresión en adultos mayores a quienes se les ofreció de tratamiento y un grupo de discusión, se encontró al comparar ambas modalidades de tratamiento, que la mejoría en los pacientes fue mayor en el grupo tratado con TCC comprobando así su efectividad en esta población.

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).

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

Tratamiento Farmacológico

Kaplan y Sadock (2002), Hollander y Simeon (2004) afirman que los tres principales fármacos que deben considerarse para el tratamiento del GAD son la buspirona, las benzodiacepinas e inhibidores específicos de la recaptura de Serotonina.

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

Las benzodiacepinas 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 benzodiacepinas provocan efectos secundarios como somnolencia, alteración de habilidades motrices y amnesia (Nathan, Gorman y Salkind, 1999).

Las benzodiacepinas pueden ocasionar dependencia, sobre todo cuando se prescriben en dosis elevadas y por un periodo largo, 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 con la que ya ha sido demostrada su efectividad así como algunos trastornos fóbicos (Caballo, Buelacasal y Carboles 1995; Heinze, 2003).

Debido a que la tolerancia a las benzodiacepinas aumenta rápidamente, Entre las elecciones de tratamiento se encuentran las azapironas, como la buspirona, estas 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 produce

alteración del rendimiento psicomotor, ni 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 único inconveniente es que su efecto ansiolítico tiene un periodo de latencia de entre 2 y 6 semanas (Roca, 2002).

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

Heinze (2003) asegura que este tipo de fármacos son efectivos y tienen pocos efectos secundarios para el paciente, por lo que son considerados como medicamentos de primera elección que pueden ser administrados durante un largo periodo de tiempo.

Justificación

En México el trastorno de ansiedad generalizada carece de instrumentos validados que puedan ayudar en el diagnóstico eficiente del mismo y que permita medir la eficacia de los tratamientos que se empleen para controlar la sintomatología así como la realización de investigación para recabar información objetiva sobre este padecimiento que se ha incrementado en los últimos años. Es por eso que por medio de este trabajo se pretende validar en una población de adultos mayores de 31 años dos instrumentos que permitan facilitar la tarea de terapeutas e investigadores sobre el trastorno de ansiedad generalizada y así contribuir con la comprensión de la naturaleza de estos para poder construir mejores métodos de tratamiento.

Este trabajo forma parte de un proyecto que pretende culminar con la estandarización de los dos instrumentos de ansiedad, que puedan utilizarse para el diagnóstico y la intervención adecuada del trastorno de ansiedad generalizada en pacientes mexicanos.

MÉTODO

Variables

Definición Conceptual

Ansiedad Generalizada: En el DSM-IV-TR la definen como “ansiedad y preocupación excesivas e incontrolables durante, al menos, 6 meses acompañada de síntomas somáticos como inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño y dificultades para la concentración. (Papp, 2004)

Preocupación: es un estado especial del sistema cognitivo, adaptado para anticipar posibles peligros futuros. (Mathews, 1990)

Definición Operacional

Ansiedad Generalizada: se medirá a partir de lo que los participantes contesten en el cuestionario GAD-Q-IV.

Preocupación: se medirá según contesten los sujetos en el cuestionario de preocupación PSWQ (Penn State Worry Questionnaire).

Sujetos

266 Mujeres y 234 hombres adultos de 31 años o más que viven en la ciudad de México.

Muestra

Muestreo no probabilístico accidental por cuotas.

Instrumentos

Se emplearon dos cuestionarios.

El primero es el PSWQ (Penn State Worry Questionnaire) está comprendido por 16 reactivos con cinco opciones de respuesta.

- 1.- para nada común.
- 2.- poco común.
- 3.- algo común.
- 4.- común
- 5.- muy común

El segundo cuestionario es el GAD-Q-IV que consta de 9 reactivos. De los cuales 5 son de respuesta afirmativa o negativa, una de análisis sobre sus características personales, una pregunta de opción múltiple sobre la sintomatología y dos preguntas sobre el grado de malestar e interferencia en su vida cotidiana.

Procedimiento

En diferentes delegaciones de la ciudad de México se abordó a los sujetos con un saludo para posteriormente pedirles amablemente contestarán un cuestionario cuyo propósito es medir ansiedad, se les explicó en que consistían las preguntas y la forma en que se debían contestar asegurándoles que se les explicaría cualquier duda que pudieran tener sobre el cuestionario y haciendo énfasis en que se trataba de una encuesta privada.

Al terminar se les agradeció su participación.

Diseño

Se trata de un diseño no experimental con un solo grupo y una medición Psicométrica.

RESULTADOS

Para obtener la validación del cuestionario PSW objetivo de este estudio se almacenaron todas las respuestas en una base de datos para ser analizadas por el programa estadístico SPSS para obtener la capacidad discriminativa de cada uno de los reactivos de dicho instrumento por medio de una prueba t, con un nivel de significancia al 0.05 contrastando el 20% de los puntajes altos y 20% de los puntajes bajos.

Las características de los sujetos a quienes se les aplicaron los cuestionarios comprenden una población del DF, de 234 hombres y 266 mujeres para un total de 500 sujetos, de 31 años en adelante con una media de 41.22 y una desviación estándar de 8.90, no importando su escolaridad ni el grupo socioeconómico al que pertenecieron.

Resultados del PSWQ.

Tabla 1. Resultados de la prueba t para el PSWQ.		
PREGUNTA	t	NIVEL DE SIGNIFICANCIA (0.05)
Si no tengo tiempo suficiente para realizar todas mis actividades, no me preocupo por ello.	-7.831	.000
Mis preocupaciones me abruma	-16.558	.000
No tiendo a preocuparme por las cosas	-5.771	.000
Me preocupo por muchas situaciones	-18.173	.000
Se que no debería preocuparme por las cosas, pero no puedo evitarlo	-17.213	.000
Cuando estoy bajo presión, me preocupo mucho	-18.812	.000
Siempre estoy preocupándome por algo	-19.079	.000
Me es muy fácil deshacerme de pensamientos preocupantes	.908	.365
Tan pronto como termino una tarea, empiezo a preocuparme por todo lo demás que tengo que hacer	-16.702	.000
Nunca me preocupo por nada	-.531	.596
Cuando ya no hay nada más que pueda hacer por algo que me preocupa. Ya no me preocupo por ello	-5.534	.000
He sido un preocupon toda mi vida	-20.784	.000
Me doy cuenta que frecuentemente me preocupo por las cosas	-18.638	.000
Una vez que empiezo a preocuparme, no me puedo detener	-17.798	.000
Me preocupo todo el tiempo	-18.580	.000
Me preocupo por los proyectos hasta que los termino completamente.	-9.064	.000

De los 16 reactivos, 14 obtuvieron una $p < .000$ y 2 (reactivos 8 y 10) la sobrepasaron con .365 y .596 respectivamente.

Posteriormente, la confiabilidad por consistencia interna se obtuvo por medio del alfa de Cronbach siendo de **.823**. Los resultados se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 2: Resultados del alfa 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.	40.370	.827
Mis preocupaciones me abruma	40.134	.802
No tiendo a preocuparme por las cosas	40.466	.827
Me preocupo por muchas situaciones	40.020	.803
Se que no debería preocuparme por las cosas, pero no puedo evitarlo	39.952	.804
Cuando estoy bajo presión, me preocupo mucho	39.770	.801
Siempre estoy preocupándome por algo	40.568	.798
Me es muy fácil deshacerme de pensamientos preocupantes	40.212	.847
Tan pronto como termino una tarea, empiezo a preocuparme por todo lo demás que tengo que hacer	40.282	.802
Nunca me preocupo por nada	40.848	.836
Cuando ya no hay nada más que pueda hacer por algo que me preocupa. Ya no me preocupo por ello	40.276	.833
He sido un preocupon toda mi vida	40.344	.799
Me doy cuenta que frecuentemente me preocupo por las cosas	40.114	.798
Una vez que empiezo a preocuparme, no me puedo detener	40.536	.798
Me preocupo todo el tiempo	40.648	.797
Me preocupo por los proyectos hasta que los termino completamente.	39.440	.819

Resultados para el GAD-Q-IV

En cuanto a las respuestas del GAD-Q-IV, los resultados fueron examinados por medio de las frecuencias y los porcentajes por cada reactivo.

En las siguientes tablas puede observarse.

1.- ¿Experimenta usted preocupación excesiva?

N	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2	No contestaron	.4
134	Si	26.8
364	No	72.8

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

N	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2	No contestaron	.4
125	Si	25
373	No	74.6

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

N	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3	No contestaron	.6
143	Si	28.6
354	No	70.8

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

N	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6	No contestaron	1.2
152	Si	30.4
342	No	68.4

Las categorías para el análisis de la pregunta R5GAD: Por favor enliste los temas más frecuentes por los que se preocupa de manera excesiva e incontrolable, se presentan en la siguiente tabla.

Temas preocupantes	
NUMERO	CATEGORIA
1	Salud
2	Familia
3	Asuntos Personales
4	Economía
5	Trabajo
6	Académico
7	Puntualidad y Tiempo
8	Otros

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

CATEGORIA	N	PORCENTAJE
Salud	38	7.6
Familia	106	21.2
Asuntos personales	19	3.8
Economía	69	13.8
Trabajo	57	11.4
Académico	13	2.6
Tiempo	46	9.2
Otros	11	2.2
No contestaron	141	28.2

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

CATEGORIA	N	PORCENTAJE
Salud	33	6.6
Familia	80	16
Asuntos personales	25	5
Economía	65	13
Trabajo	64	12.8
Académico	11	2.2
Tiempo	16	3.2
Otros	22	4.4
No contestaron	183	36.6

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

CATEGORIA	N	PORCENTAJE
Salud	23	4.6
Familia	75	15
Asuntos personales	26	5.2
Economía	42	8.4
Trabajo	41	8.2
Académico	12	2.4
Tiempo	13	2.6
Otros	15	3
No contestaron	253	50.6

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

CATEGORIA	N	PORCENTAJE
Salud	16	3.2
Familia	40	8
Asuntos personales	19	3.8
Economía	20	4
Trabajo	27	5.4
Académico	7	1.4
Tiempo	4	.8
Otros	12	2.4
No contestaron	354	70.8

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

CATEGORIA	N	PORCENTAJE
Salud	4	.8
Familia	19	3.8
Asuntos personales	15	3
Economía	7	1.4
Trabajo	8	1.6
Académico	4	.8
Tiempo	0	0
Otros	18	3.6
No contestaron	425	85

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

CATEGORIA	N	PORCENTAJE
Salud	0	0
Familia	8	1.6
Asuntos personales	11	2.2
Economía	5	1
Trabajo	5	1
Académico	1	.2
Tiempo	3	.6
Otros	13	2.6
No contestaron	454	90.8

Puede verse en las tablas que la mayoría de los sujetos no contestaron a esta pregunta pues consideraban que no solían preocuparse excesivamente por ninguna cosa en especial; sin embargo, la mayoría de las personas adultas mencionan que los temas por los que se preocupan con mayor frecuencia son su familia, seguida de economía y trabajo, las otras opciones de respuesta fueron mencionadas por una cantidad menor de personas y como elecciones secundarias.

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

N	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10	No contestaron	2
122	Si	24.4
368	No	73.6

Cabe mencionar que para el análisis de las siguientes preguntas se tomaron en cuenta todas las respuestas aportadas, pues nos proporcionaron información importante, en la interpretación de los resultados, pese a que en la pregunta

anterior se especificaba que de ser negativa la respuesta concluyeran con el cuestionario.

El reactivo número siete enlista una serie de síntomas que el entrevistado podía elegir de acuerdo a su percepción.

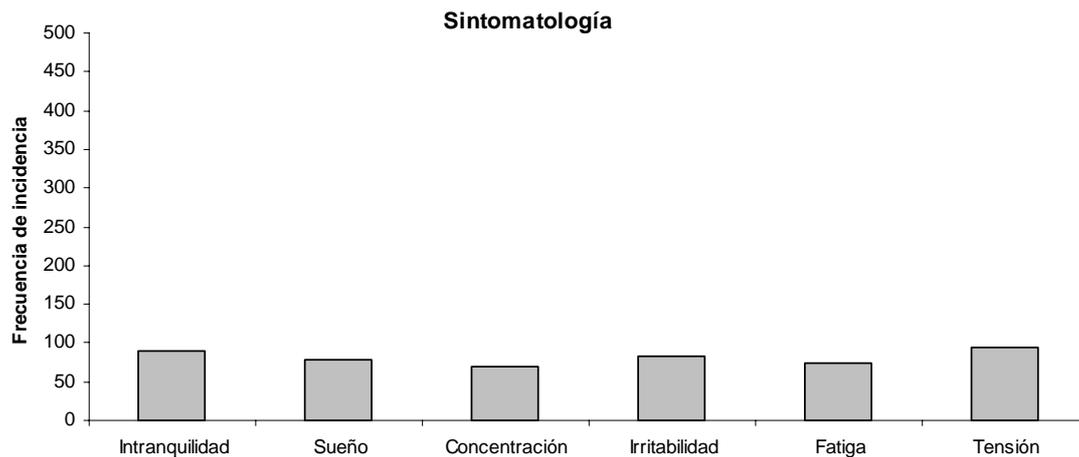


Figura 1. en esta grafica se muestra la frecuencia de cada síntoma según lo que contestaron los sujetos.

En esta grafica puede observarse que la mayoría de las personas que contestaron afirmativamente a la pregunta 7, que los síntomas de malestar fueron mencionados casi en igualdad de frecuencia.

Para las siguientes dos preguntas la opción de respuesta corresponde a una escala de 0 a 8, donde 0 es igual a nada, 1, 2 algo, 3, 4 moderado, 5, 6 severo, 7 y 8 muy severo.

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

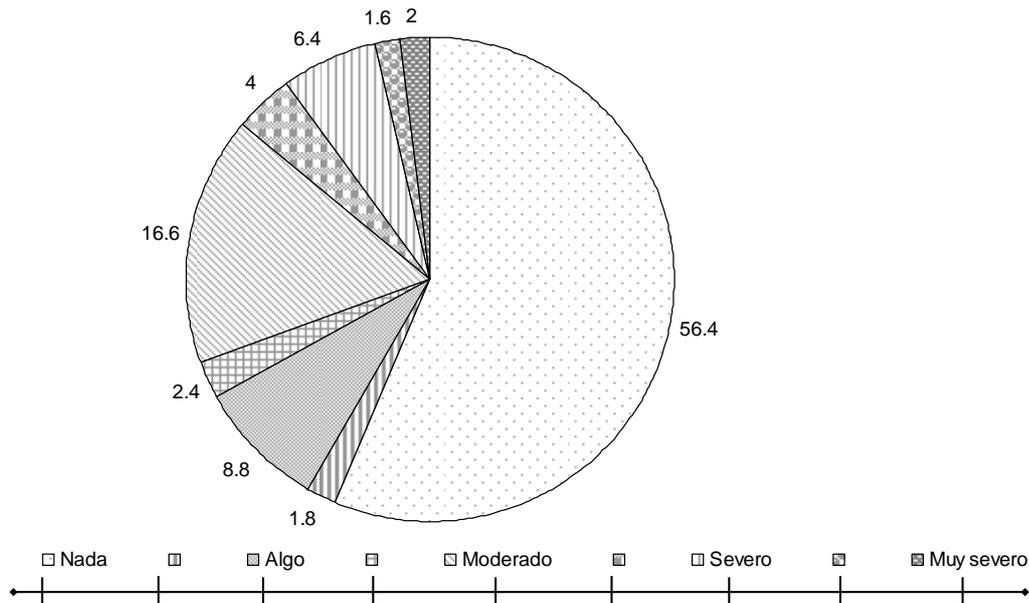


Figura 2. el porcentaje de incomodidad que causan lo síntomas en sus actividades cotidianas

En la grafica anterior se pudo observar que la mayoría de las personas que contestaron a esta pregunta, la tendencia fue un nivel moderado (16.6%) y puntajes bajos de incomodidad en sus actividades diarias.

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

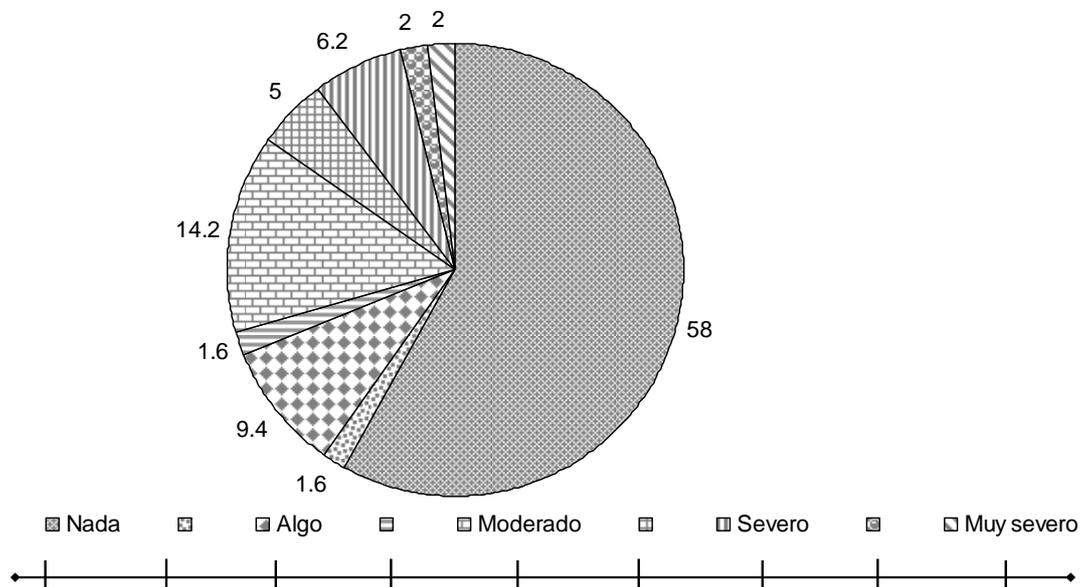


Figura 3. En esta grafica se puede observar la cantidad de malestar que los sujetos sienten en cuanto a los síntomas ansiosos en sus actividades cotidianas.

La grafica anterior señala que la gran mayoría de las personas que contestaron a la pregunta 9 su malestar en cuanto a los síntomas fue en un nivel moderado tendiendo a los puntajes bajos de malestar.

DISCUSION

Por medio de los resultados obtenidos puede decirse que el objetivo de validar los cuestionarios PSW y GAD-Q-IV fue exitosa en una población mexicana con edades de 31 años en adelante.

El PSW alcanzó valores estadísticos significativos, tal como ocurrió en el estudio de Meyer (1990). Aunque con un alfa menos significativa **.823** (Meyer, 1990. fue de .93) debido a que se corrigió el instrumento de manera que los 16 reactivos alcanzaran la capacidad discriminativa dentro de la norma establecida y pudiera conseguir un alfa mas significativa, cosa que no ocurrió en este estudio puesto que los reactivos 8 y 10 obtuvieron una puntuación mayor al valor esperado (0.05) para poder figurar en el instrumento, sin embargo, el alfa adquirida fue muy aceptable, por lo que debe procederse a realizar la modificación de la redacción de los dos reactivos (8 y 10) de la escala para poder incluirlos como parte de ésta y poder conseguir la estandarización del instrumento, cuyo propósito no compete a este estudio en particular.

Cabe mencionar que conjuntamente a este estudio se realizaron otros estudios similares con diferentes poblaciones, uno en adolescentes Rangel (2007) que obtuvo un alfa de **.704**, otro estudio con jóvenes adultos de 19 a 30 años Salmerón, (2007) consiguiéndose un alfa de **.732** y finalmente uno con personal del área de la salud Girón, (2007) alcanzándose una alfa de **.797**, por lo que se comprueba la validación de estos instrumentos para una población

del Distrito Federal sin importar la escolaridad y el grupo socioeconómico al que pertenecen.

En posteriores estudios es recomendable que el cuestionario sea evaluado en sujetos cuya edad sea mas variada, considerando a personas de edades mas avanzadas para saber si es igualmente válido para medir la preocupación en este tipo de población a la que no se tuvo acceso por falta de apoyo de instituciones que permitieran reclutarlas más fácilmente, ya que al abordarlas en la calle se negaban a participar.

Es importante mencionar que el instrumento debe ser sometido a otro tipo de análisis para obtener la confiabilidad Test-Retest y así poder evaluar a los pacientes diagnosticados con GAD (por sus siglas en inglés).

Por otra parte el GAD-Q-IV instrumento que se tomó como un cuestionario de cotejo para saber porque temas se preocupan en mayor medida el participante a evaluar.

Por medio de un análisis de frecuencia se pudo observar que el instrumento puede ser utilizado como complemento del PSWQ con excelentes resultados para hacer el diagnostico.

Debe notarse que jamás debe tomarse al GAD-Q-IV como único inventario para realizar el diagnostico de GAD. Por lo menos, no con este análisis estadístico.

Los resultados exponen que este instrumento por sus características nos permite confirmar que en términos generales los temas de preocupación en personas maduras y de edad avanzadas, son similares a los encontrados en la

literatura científica. Por ejemplo, la familia alcanzó en la primera opción de respuesta el porcentaje mas alto con 106 menciones, seguida de economía con 69, trabajo con 57 y tiempo con 46 que están incluidas en la literatura como aspectos importantes en esta etapa de desarrollo, manteniéndose en la misma tendencia de respuesta para las siguientes opciones de respuesta de la misma pregunta, concluyendo que las personas que contestaron a la pregunta consideran estos temas como relevantes en su vida diaria.

Es importante mencionar que se encontraron algunas anomalías al revisar las respuestas reportadas por los entrevistados en cuanto a que existía un señalamiento distinguible dentro del cuestionario que rezaba “si contestó si, (a la pregunta 6) continúe, si su respuesta fue no omita las respuestas restantes. Algunos entrevistados que contestaron a no a esa pregunta respondieron las preguntas 8 y 9 del cuestionario que también fueron integrados en el análisis de frecuencia incrementándose en porcentaje de personas con molestia e interferencia de los síntomas sobre los pensamientos preocupantes en su vida cotidiana.

Finalmente puede decirse que si bien el GAD-Q-IV no es un instrumento de diagnóstico, si es confiable para enterar al terapeuta sobre los temas que causan mayor preocupación en un paciente y como son percibidas por el mismo, orientando al profesional sobre un posible tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

Beck, A.; T. Brown G., Eidelson J. I. Steer R. A. Riskind J. H. (1987). differentiating anxiety and Depression: A test of the cognitive content-specificity Hypothesis.

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

Borkovec, T. (1985) Cual es el uso de la preocupación? Disponible en (<http://www.findarticles.com>).

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

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

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

Caballo, V.; Buelacasa, 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.

Campos, P. (2005). Tratamiento psicofisiológico y conductual del trastorno de ansiedad. Salud Mental. Vol. 28 No. 1.

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

Cautela J. R.. Behavior therapy institute. The Use of the Anxiety Meter to Reduce Anxiety. Behavior modification, vol. 18 No.3, July 1994 307-319.

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

Contreras, C. M. 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, pp. 40-51.

Craig, G. (2001). Desarrollo psicológico. Octava edición. México. Prentice Hall.

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.

Freud, S. (1981). Obras completas, cuarta edición. Madrid editorial Biblioteca nueva.

Freud, S. (1986) Los textos fundamentales del Psicoanálisis. España. Editorial Altaya.

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

Gross, R. and Eifert, G. H. (1990). Components of generalized anxiety: the role of intrusive thoughts Vs worry division of psychology, school of behavioral Sciences.

Harvard Mental Health Letter. "Generalized anxiety disorder: Toxic Worry". Volume 19, number 7 January 2003.

- Heinze, G. (2003). La ansiedad: como se la concibe actualmente. Ciencia, pp. 8-15.
- Heimberg, R; Turk, C; Mennin, D. (2004). Generalized Anxiety Disorder. Advances in Research and Practice. New York: The Guilford Press.
- 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.
- Howard (2001) Psiquiatría. Manual moderno 5ª edición. México
- Kaplan, H. Sadock, B. (2002) Sinopsis de Psiquiatría. 8ª ed. México: Ed. Medica Panamericana.
- Linfort R., W. (1974 factores de ansiedad en la asistencia global del Enfermo. Países Bajos: Ed. Excerpta médica.
- Loebach, J.; Gatz, M.; Craske, M. (2003) treatment of generalized Anxiety Disorder in Older Adults. Vol. 71, pp. 31-40.
- Luengo, D. (2005) "La ansiedad al descubierto. Como comprenderla y Hacerle frente". España: Ed. Paidós
- Martinez B. S. (2000). Trastorno de Ansiedad Generalizada en Ancianos. España: Ars Medica .
- Mathews A., (1990). why worry? The cognitive function of anxiety. Behavior research and therapy. Vol. 28, no. 6 pp. 455-468.
- Meyer T. J; Milar M; L: Metzger y Borkovec T. D. (1990) Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behavior Research and therapy. Vol. 28 no. 6. pp. 487-495.
- Murin, P. (2002) Treatment of Childhood Anxiety Disorder: a Preliminary Comparison Between Cognitive-Behaviour. Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry. Vol. 33 Pag. 143-188.
- Nathan, P.; Gorman, J.; Salkind, N. (1999) Tratamiento de trastornos Mentales. Una guía de tratamientos que funcionan. España: Alianza Editorial.
- Newman, M.; Borkovec, T. (1995) Cognitive-Behavioral Treatment of generalized Anxiety Disorder. Disponible en <http://www.apa.org>
- Newman, M.; Zuellig, A.; Kachin, K.; Constantino, M.; Prezeworski, A.;

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

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

Pérez de la Mora , M. (2003). Donde y como se produce la ansiedad: Sus bases biológicas. Ciencia, pp.16-28.

Rice, P. (1997). Desarrollo Humano: Estudio del ciclo vital. Segunda edición. México. Prentice Hall Hispanoamericana.

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.

Silverman W. y cols (2003) The facets of anxiety sensitivity represented analyses of factor models from past. Journal of abnormal Psychology. Vol.112 .num. 3 pag. 364-374.

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

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

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

Vera-villarroel P. Buela-Casal G. (2000). Relaciones entre ansiedad y Estilo atributivo. Revista mexicana de psicología, vol.17 num.2, Pag. 137-142 Universidad de Chile y universidad de España.

Vollrath J, M, the natural history of anxiety disorders. Acta Psychiatry scand 1991;84:446-452.

Wells, A. (1999) A cognitive model of generalized Anxiety Disorder. Behavior Modification. Vol. 23 No. 4 pp. 526-595.

Zebb, Barbara; Beck Gayle. (1998) Worry Vs anxiety is there really a diferensse?. Behavior modification. Vol.22. no 1 pp. 45-61

Zinbarg R. E., David H. Barlow, Timothy A. Brown, and Robert M. Hertz.Center of Stress and anxiety disorders, University at Albany, State University of New York, Albany, New York 12203.