



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesinas de Belgrano

**Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología**

**“Evaluación de Ansiedad”. Datos normativos
del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo en
Buenos Aires**

Nº 406

Dalila Fernanda Acuña

Tutora: Mariana Maristany

Departamento de Investigaciones
Septiembre 2010

“Afirmaría que aprender a conocer la ansiedad es una aventura que todo hombre tiene que afrontar para no arrojarse a la perdición, ya sea por no haberla conocido o por haber sucumbido a ella.

En consecuencia, quien ha aprendido debidamente a ser ansioso ha aprendido lo más importante.”

KIERKEGAARD

(Citado por May, 1987, p.80)

Índice

Resumen	7
Introducción	7
1. Capítulo I: Ansiedad	8
1.1 Definiciones y etimología	8
1.2 Normal y patológica	9
1.3 Componentes	9
1.4 Clasificación de los trastornos de ansiedad	10
1.5 Trastorno de Ansiedad Generalizada	10
1.5.1 Cuadro clínico	10
1.5.2 Criterios diagnósticos de TAG y evolución del término	12
1.6 Epidemiología	15
1.6.1 Características demográficas de personas con TAG	15
1.7 Comorbilidad	16
2. Capítulo II: Evaluación psicológica de la Ansiedad	17
2.1 Entrevistas estructuradas	17
2.1.1 Entrevistas de psicopatología general	18
2.1.2 Entrevistas específicas	18
2.1.3 Entrevista para Trastorno de Ansiedad Generalizada	19
2.2 Autoinformes	20
2.2.1 Cuestionarios, escalas e inventarios	22
2.2.2 Cuestionarios, escalas e inventarios para la evaluación de TAG	25
2.2.3 Autorregistros	32
2.3 Registros psicofisiológicos	33
2.4 Observación	34
2.5 Evaluación proyectiva	36
2.5.1 Test de Rorschach	36
2.5.2 Tests proyectivos gráficos	37
3. Capítulo III. Datos normativos del STAI en Bs. As.	38
3.1 Marco teórico: Ansiedad estado y ansiedad rasgo	39
3.2 Método	40
3.2.1 Sujetos/Muestra	40
3.2.2 Instrumentos	42
3.2.3 Procedimiento	43
3.3 Resultados	43
3.4 Discusión	44
Consideraciones finales	44
Bibliografía	46
Anexos	
N° 1 Diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad – DSM –IV	49
N° 2 M.I.N.I. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional	51
N° 3 Escala de detección de TAG según DSM -IV	59
N° 4 Cuestionario de Detección de Ansiedad (ASQ)	60
N° 5 Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ)	61
N° 6 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	62
N° 7 Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)	63
N° 8 Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI)	65
N° 9 Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS)	67
N° 10 Ficha de datos personales	68

Resumen

En el presente trabajo se describen los distintos métodos existentes para la evaluación de la ansiedad destinados a la población adulta. Se define ansiedad y se exploran sus componentes y los distintos trastornos asociados a esta. Se profundiza en el trastorno de ansiedad generalizada describiendo su cuadro clínico, criterios diagnósticos, epidemiología y comorbilidad para simplificar y abordar con mayor precisión el principal tema del trabajo que es el de la evaluación psicológica. En esta materia, exploraremos: entrevistas estructuradas, autoinformes, registros psicofisiológicos, métodos de observación, y haremos una breve reseña sobre algunas herramientas de evaluación proyectiva. Por último, tomando el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI) como una de los instrumentos más utilizados en evaluación de ansiedad, se presenta un reporte de los datos normativos del mismo para una muestra de población general compuesta por 207 personas entre 18 y 76 años de edad. Este estudio fue realizado en el marco de la cátedra de Evaluación Psicológica I de la Facultad de Psicología de la Universidad de Belgrano, como parte de los proyectos de desarrollo científicos que apuntan a la actualización y adaptación de pruebas psicológicas específicas.

Introducción

En el último tiempo se ha observado un aumento en la prevalencia de trastornos mentales en los que la presencia de ansiedad se constituye como uno de los ejes principales. Efectivamente, en una encuesta internacional llevada a cabo durante los años 2001 a 2003, que consistió en 15 estudios en 14 países de América, Europa y Asia, de un total de 60.043 adultos, *los trastornos de ansiedad resultaron ser los más frecuentes* en la mayoría de los países con una prevalencia de 2,4% a 18,2% (Kessler y Ustun, 2004, citados por Vera-Villaroel, Celis-Atenas, Córdova-Rubio, Buela-Casal y Spielberg, 2007).

Paralelamente, en nuestro país la presencia de palabra ansiedad en distintos ámbitos se ha vuelto muy común incluso al punto de que la mayoría de las personas podrían tener una idea propia sobre su significado y sus manifestaciones o bien, podrían referir, según su criterio, qué personas de su entorno son o no son "ansiosas". En los medios de comunicación se suelen hacer referencias a este tema; especialmente a lo largo de este año se ha hablado de un notable crecimiento en las patologías relacionadas con la ansiedad debido a la aparición de distintos hechos del contexto social tales como la incertidumbre provocada por la crisis económica o el pánico generado en torno a la pandemia de la gripe porcina o el dengue, que constituyeron un terreno fértil particularmente para aquellas personas propensas a desarrollar este tipo de trastornos. En el caso de las enfermedades orgánicas, como las recién mencionadas, la angustia o la incertidumbre que se generan son más intensas por asociarse directa o indirectamente con la muerte. Es por ello que, el contexto puede haber facilitado a que las personas con tendencia a sufrir ansiedad hayan agravado sus cuadros. Lo cierto es que los especialistas comentan que han incrementado considerablemente las consultas por ataques de pánico, ansiedad generalizada, fobias y otros trastornos de ansiedad (Ríos, 2009). En teoría, los trastornos de ansiedad afectan a entre el 10% y 12% de la población. Sin embargo, de acuerdo a varios autores, y concretamente a distintos especialistas provenientes de los hospitales de la ciudad de Buenos Aires, dado el sub-diagnóstico, esa cifra podría aumentar hasta al 25% (Navarra, 2001).

Como desarrollaremos luego en este trabajo, la ansiedad en principio es una respuesta normal y adaptativa que tenemos las personas y que nos sirve para tomar las medidas necesarias para protegernos de posibles amenazas como por ejemplo, de dolor, indefensión, posible castigo o frustración de necesidades sociales; de separación de seres queridos; de amenaza al éxito o status personal; y, finalmente, de amenazas a la unidad o la integridad de uno mismo. El problema surge cuando este modo de respuesta persiste o se intensifica sin haber estímulos internos o externos que lo ameriten. En otras palabras, la situación ha empeorado cuando la ansiedad no desaparece aún cuando "sabemos" que no hay nada en realidad por qué sentirnos temerosos. En consecuencia, se puede ver afectado el pensamiento, la percepción, el aprendizaje; hasta pueden aparecer síntomas físicos asociados como cefaleas, hormigueos, dolores en distintos lugares del cuerpo, palpitaciones y fatiga entre otros. (Barlow y Durand, 2001 y Kaplan y Sadock, 1998).

Frente a este panorama que venimos describiendo, se hace innegable la necesidad de investigar, evaluar y desarrollar intervenciones efectivas y estrategias empíricamente válidas para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, en un nivel internacional y sobre todo a nivel local. Es por esta razón que consideramos beneficioso otorgar concreta importancia al proceso de evaluación para contribuir a la

elaboración de diagnósticos correctos. Gran parte de este trabajo hace tiempo que se viene realizando, ya que el estudio de la ansiedad se ha revelado como la respuesta emocional más estudiada (Cano, 2002). Además, se han desarrollado innumerables instrumentos de evaluación de la ansiedad, pero sigue siendo necesario contar con herramientas confiables y verificadas en distintas poblaciones que permitan detectarla y valorar su grado o intensidad así como facilitar la distinción entre cuadros similares.

A lo largo de este trabajo nos proponemos en primer lugar, explorar los métodos más utilizados para la evaluación de la ansiedad en general. No obstante, a los fines de abarcar en profundidad por lo menos un aspecto en esta área, hemos optado por delimitar el trabajo y dedicar especial atención a los instrumentos destinados al diagnóstico y valoración del trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Trastorno que se caracteriza por la ansiedad y preocupación excesiva sobre múltiples circunstancias de la vida diaria, acompañada por diferentes síntomas (Barlow y Durand, 2001).

Habiendo realizado un recorrido a través de los métodos de evaluación de ansiedad tomaremos noción de la oferta de cuestionarios inventarios y escalas disponibles en la actualidad y mayormente manejados en diversos ámbitos. Entre ellos, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) es uno de lo más empleados. En la última parte de este trabajo, expondremos la información obtenida a partir de la aplicación del STAI a una muestra de población general de Buenos Aires. Mediante el presente, pretendemos aportar datos para futuros desarrollos e investigaciones que fomenten la realización de estudios para obtener baremos locales que mejoren la calidad de las investigaciones en el campo de los trastornos de ansiedad.

Capítulo I. Ansiedad

"Ansiedad es sinónimo de preocupación, inquietud, intranquilidad, desasosiego ante acontecimientos futuros o situaciones de incertidumbre" (Leibovich de Figueroa, 1991, p.126).

La ansiedad constituye un elemento esencial tanto en la psicología normal del desarrollo como en la psicopatología. Es un componente presente en la mayor parte de los trastornos psicológicos y psicósomáticos. Tiene diversas manifestaciones y debido a esto suele ser difícil de estudiar o abarcar por completo. A su vez, las investigaciones epidemiológicas y clínicas demuestran que los denominados trastornos de ansiedad representan el problema mental más frecuente entre todos los trastornos psiquiátricos (Barlow, 2001; Cía, 2007; Sandín y Chorot, 1995).

El concepto de ansiedad data de una larga historia y vastos desarrollos teóricos que, aunque no los desglosaremos en este trabajo, vale mencionar que se remontan al siglo XVIII cuando, por ejemplo, el psiquiatra escocés William Cullen emparentaba el concepto de neurosis a trastornos producidos por alteraciones en los fluidos neurales del sistema nervioso. Concepto que será fuertemente desarrollado, así como el estudio de la psicopatología de la ansiedad, en el último tramo del siglo XIX con la importantísima influencia de Freud (Conti y Stagnaro, 2007).

Este capítulo se centrará, en principio, torno al concepto de ansiedad. Intentaremos resumir aspectos tales como el origen, los componentes y la clasificación de los trastornos según la forma en que la ansiedad se manifieste. Prestaremos particular atención al trastorno de ansiedad generalizada, del que describiremos su cuadro clínico, criterios para el diagnóstico y epidemiología.

1.1 Ansiedad y Angustia: Definiciones y Etimología

Clásicamente se ha intentado diferenciar a la angustia de la ansiedad considerando que desde el punto de vista psicopatológico ofrecen matices diferentes. Sandín y Chorot (1995) señalan que ambos términos ansiedad y angustia derivan de la raíz indogermánica angh, que significa estrechez, constricción, malestar o apuro. Sin embargo, añaden que a partir de la influencia latina se distinguió entre anxietas y angor, y posteriormente mediante el influjo de la psiquiatría francesa se estableció una distinción entre anxieté (refiriendo a malestar e inquietud del espíritu) y angoisse (como sentimiento de constricción epigástrica y dificultades respiratorias). Es así como surgió la separación entre ansiedad (predominio de componentes psíquicos) y angustia (predominio de componentes físicos). Al respecto de esta distinción, en mayor profundidad Cía (2007) puntualiza que la angustia, estenosis o estrechez, posee un carácter más somático o visceral (opresión precordial y epigástrica, sobrecogimiento); en cambio, la ansiedad se manifiesta como más fluida y espiritual, presentando síntomas respiratorios predominantes (falta de aire, ahogo, sobresalto). Asimismo, la angustia se vivencia como amenaza de muerte inminente y pérdida de control de uno mismo, sin saber a qué atenerse; la ansiedad, por su parte, se vive más bien como posibilidad de que pueda ocurrir "cualquier cosa", como incertidumbre e inseguridad.

A lo largo de este trabajo no asumiremos esa distinción y utilizaremos los términos ansiedad y angustia indistintamente.

1.2 Ansiedad Normal y Patológica

Para ocuparnos de ella debemos comenzar por diferenciar la "ansiedad normal" de la "ansiedad patológica". Cía (2007) define la ansiedad normal como una emoción psicobiológica básica, adaptativa ante un peligro presente o futuro; que tiene la función de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación de peligro y su duración esta relacionada a la magnitud y la resolución del problema que la desencadenó. Lo que convierte a la ansiedad en patológica es la intensidad, duración y frecuencia de aparición exagerada en relación al estímulo o situación que le dio origen o incluso en ausencia de éste. Es decir que en principio, se trata de una respuesta inapropiada a un estímulo dado.

Sandín y Chorot (1995) señalan la naturaleza anticipatoria de la ansiedad, es decir, que la respuesta de ansiedad posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio individuo. Esto le confiere a la ansiedad un valor funcional importante, posee una utilidad biológica adaptativa. No obstante, esta utilidad se convierte en desadaptativa cuando, como en la ansiedad patológica, se anticipa un peligro irreal. Por lo tanto, la ansiedad puede ser entendida bien como una respuesta normal y necesaria, o bien en el caso de la ansiedad patológica, como una respuesta desadaptativa; presentándose más frecuentemente, con mayor intensidad y mayor persistencia que la ansiedad normal.

Por último, Vallejo (1998) desde una perspectiva psicodinámica nos ofrece los siguientes puntos para diferenciar a la angustia patológica de la normal. La angustia patológica se caracteriza por: *anacrónica*, lleva a revivir situaciones pasadas; *fantasmagórica*, ya que su génesis no es en el mundo real sino la representación imaginaria de un conflicto inconsciente, y *estereotipada o repetitiva* porque está arraigada al carácter de sujeto. En cambio, la ansiedad o angustia normal se puede explicar cuantitativa y cualitativamente por el estímulo que la desencadena.

La angustia o ansiedad patológica queda definida por ser más corporal, desproporcionada al estímulo y persistente por encima de los límites adaptativos, ya que mantiene al sujeto en un estado de hiperactivación inadecuado que afecta al rendimiento, el funcionamiento psicosocial y la libertad personal.

A respecto de la distinción que tratamos en este apartado, Kaplan y Sadock (1998) sugieren que al evaluar a los pacientes con ansiedad, los clínicos deben distinguir entre la ansiedad normal y la patológica. Tal como veremos más adelante, estas evaluaciones están basadas en la información que aportan los pacientes sobre sus estados internos, sus comportamientos y sus capacidades para funcionar. Los pacientes que presentan una ansiedad patológica requieren una evaluación completa y un tratamiento diseñado de acuerdo a las características específicas de su cuadro. Tal como veremos en las secciones siguientes, la ansiedad tiene distintas formas de manifestación, y de acuerdo a la constelación de síntomas presentes se corresponderá con cada trastorno en especial.

1.3 Componentes de la Ansiedad

La ansiedad implica al menos tres componentes, modos o sistemas de respuesta: subjetivo o cognitivo, fisiológico o somático y motor o conductual (Sandín y Chorot, 1995).

El componente **subjetivo-cognitivo** incluye un amplio espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad. A esta dimensión pertenecen las experiencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, aprensión, obsesiones, pensamientos intrusivos, etc. La persona con ansiedad experimenta subjetivamente un estado emocional desagradable, cualitativamente diferente de la ira y tristeza y semejante a la experiencia conocida comúnmente como miedo.

La experiencia de ansiedad también suele acompañarse de un componente **biológico**. Los cambios fisiológicos más característicos consisten en un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que puede reflejarse en cambios que se manifiestan en el organismo (ver manifestaciones periféricas a continuación). La experiencia subjetiva de estos cambios orgánicos suele ser percibida de forma molesta y desagradable, pudiendo contribuir a su vez a incrementar el estado subjetivo de ansiedad.

Manifestaciones periféricas de la ansiedad según el DSM-IV (APA, 1994):

- Diarrea
- Mareos, desvanecimientos
- Hiperhidrosis: transpiración excesiva
- Hiperreflexia: aumento o exaltación de los reflejos
- Hipertensión
- Palpitaciones
- Midriasis pupilar

- Inquietud (por ejemplo, caminar de un lado al otro)
- Síncope
- Taquicardia
- Hormigueo en las extremidades
- Temblores
- Malestar gástrico
- Frecuencia urinaria, dubitación, urgencia

Por último, el componente **motor-conductual** comprende los comportamientos o cambios observables que implica desde gestos, posturas corporales o movimientos y cambios en la expresión facial, a respuestas instrumentales de escape y evitación.

1.4 Clasificación de los Trastornos de Ansiedad

Tomando como referencia el DSM IV (APA, 1994), los trastornos incluidos dentro de la clasificación "trastornos de ansiedad", son los siguientes:

F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia: caracterizado por crisis de angustia inesperadas que causan un estado constante de preocupación en el paciente. Las crisis de angustia o ataques de pánico consisten en la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o temor, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente.

F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia: se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado. La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien en donde sea imposible encontrar ayuda.

F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia: presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

F40.2 Fobia específica: presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación (Especificar tipo: sangre, inyecciones, daño/ situacional/ otros tipos).

F40.1 Fobia social: presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público de propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación (Especificar si: generalizada, los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales).

F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo: se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativo) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad) (Especificar si: con poca conciencia de enfermedad).

F43.1 Trastorno por estrés postraumático: reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debido al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma (Especificar si: agudo o crónico, Especificar si: de inicio demorado).

F43.0 Trastorno por estrés agudo: síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada: tal como lo veremos más adelante en mayor detalle, este trastorno se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

F06.4 Trastorno de ansiedad debido (a enfermedad médica): síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente (Especificar si: con ansiedad generalizada/ con crisis de pánico/ con síntomas obsesivo-compulsivos).

Trastorno de ansiedad (inducido por sustancias): síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico

(Especificar si: con ansiedad generalizada/ con crisis de pánico/ con síntomas obsesivo-compulsivos/ con síntomas fóbicos. Especificar si: de inicio durante la intoxicación/ de inicio durante la abstinencia).

F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado: incluye a aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos.

1.5 Trastorno de Ansiedad Generalizada

1.5.1 Cuadro clínico

El Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesivas e incontrolables por diferentes sucesos o actividades durante la mayoría de los días durante seis

meses como mínimo, sobre dos o más aspectos de la vida de un individuo provocándole interferencias en su habilidad para desempeñarse normalmente (APA, 1994). Entre las manifestaciones sintomáticas de este trastorno, podemos identificar síntomas característicos en cada uno de los diferentes componentes: cognitivo, comportamental y fisiológico (Cía, 2007).

El **componente cognitivo** consiste en la presencia de preocupaciones irreales y excesivas durante la mayor parte del tiempo. Cascardo y Resnik (2005) en referencia a la estructura cognitiva del TAG, agrupan como "la tétrada cognitiva del TAG" cuatro elementos que determinan la dinámica del trastorno y están siempre presentes:

- **Preocupación excesiva:** es el síntoma cardinal del trastorno, alrededor del cual se organizan los demás elementos. Designa un estado de preocupación casi constante, adherente, invasivo y de muy difícil control por parte del sujeto. Funciona como una cinta sin fin que, según el caso y el momento, ocupa el centro o la periferia de la actividad mental. Las áreas de preocupación de los sujetos con TAG suelen ser las mismas que las que presenta la población general (problemas de salud y seguridad propia o de sus allegados, el futuro de sus finanzas, estabilidad laboral, y aún algunas cuestiones menores); pero la diferencia está en la dificultad que encuentran los pacientes con TAG para controlar dicha preocupación, la pertinencia y la dinámica de la misma.
- **Sobrestimación de la posibilidad de que ocurran eventos negativos:** consiste en atribuirle a un evento negativo mayor probabilidad de ocurrir que la que realmente tiene. Este estado, también llamado de "aprensión" puede verse en personas que están excesivamente preocupadas por eventos catastróficos de baja probabilidad, como por ejemplo, accidentes aéreos al viajar en avión.
- **Pensamiento catastrófico:** se trata de una tendencia a creer que los eventuales eventos negativos futuros serán de índole muy grave y que resultarán intolerables, inmanejables y más allá de las posibilidades de enfrentarlas con éxito.
- **Creencias acerca de la preocupación:** constituyen un grupo de creencias que atribuyen ventajas al hecho de estar preocupado; por lo tanto, están al servicio de este estado manteniéndolo constantemente. Éstas pueden ser las siguientes: "preocuparse protege contra posibles amenazas, preocuparse es ocuparse, preocuparse es ser una persona responsable, preocuparse es controlar, preocuparse es una actividad positiva; o de modo inverso, si dejo de preocuparme soy negligente e irresponsable, si no estoy preocupado quedo expuesto a eventuales amenazas o pierdo el control de lo que va a suceder."

Además de estos elementos y simultáneamente muy vinculada a ellos, se halla la vivencia de indefensión como otra característica propia del pensamiento TAG a su vez presente en otros trastornos de ansiedad. Esta vivencia se encuentra ligada a la sensación de no poder controlar, por lo tanto, promueve y da enorme peso a los contenidos catastróficos. Funciona de la siguiente manera: a partir de hechos externos (problemas laborales, etc.) o internos (malestar físico, etc.) surgen en la conciencia pensamientos, evocaciones o imágenes ansiógenas, que no son correctamente evaluados. Esto sucede porque el circuito de evaluación y respuesta a la percepción de amenazas, lleva al análisis de las mismas y luego a una conducta adecuada que no funciona correctamente. Consecuentemente, el impacto en la conducta se hace presente (Cascardo y Resnik, 2005 y Cía, 2007).

El **componente conductual** refiere principalmente al distrés y disfunción significativa en actividades familiares, ocupacionales y sociales que se origina en la incapacidad de control de la ansiedad que tienen estas personas. Les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para centrarse en las tareas que están realizando. Es así como, "*mientras trabaja, piensa en lo que les preocupa. Estando en un lugar, necesita estar en otro, ocupándose de cuestiones más urgentes*" (Cascardo y Resnik, 2005, p.48). Frente a este panorama, podemos comprender que estos pacientes presenten: dificultad para concentrarse en temas diferentes de los contenidos ansiosos; irritabilidad e impaciencia ante cualquier contratiempo; y dificultad para orientarse frente a los problemas y para tolerar la incertidumbre. En estas condiciones, suele aparecer la conducta evitativa, es decir, que el paciente evita activa y conscientemente fijar su atención a determinadas situaciones que puedan incrementar su ansiedad, por ejemplo, pueden renunciar a mirar el noticiero o a involucrarse en problemas de seres cercanos.

El **componente fisiológico** de ansiedad, según refieren los autores que venimos trabajando (Cía, 2007; Cascardo y Resnik, 2005 y Bobes, Bousoño, G-Portilla y Sáiz, 2002) incluye síntomas que denotan un estado de alerta permanente, dificultad o imposibilidad para descansar, tensiones motoras caracterizadas por inquietud, temblores o contracturas (generalmente cérico-dorsales), hiperactividad autonómica, generalmente moderada, que se manifiesta como cefalea tensional o sensación de cabeza liviana, palpitations o disnea, mareos, vértigo, sudoración excesiva y respiración entrecortada. La preocupación y ansiedad prolongadas pueden llevar a un estado de cansancio excesivo crónico, dificultades para lograr una adecuada concentración, epigastralgias y desórdenes en el sueño, superficial y no reparador acompañado por bruxismo.

1.5.2 Criterios diagnósticos del TAG y evolución del término

El trastorno de ansiedad generalizada fue descrito por primera vez en 1894 por Freud con el nombre de "neurosis de ansiedad", denominación bajo la cual se agrupaban ciertas características que permitían identificarlo y distinguirlo del concepto de "neurastenia". Se destacaban los nueve signos y síntomas siguientes: irritabilidad general; expectación aprensiva; angustia flotante; ataques de ansiedad; terror nocturno; vértigo; desarrollo de fobias; trastornos gastrointestinales y parestesias. La décima característica se refería a una tendencia a la cronicidad del cuadro (Bobes, Bousoño, G-Portilla y Sáiz, 2002). En la segunda edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-II, APA, 1968) la concepción de Freud fue tomada bajo el nombre de neurosis de angustia, y bajo ese nombre se incluían todos los trastornos en los que la angustia era una característica importante.

Sin embargo, el término Trastorno de Ansiedad Generalizada aparece por primera vez en el año 1980, en el DSM-III. Por lo tanto, la categoría previamente llamada neurosis de ansiedad pasó a denominarse "estados de ansiedad"; ésta última contenía dos definiciones diagnósticas nuevas: el trastorno de pánico y el TAG. La definición del TAG se basaba en tener ansiedad generalizada y persistente manifestada por tres síntomas de cuatro categorías: tensión motora, hiperactividad neurovegetativa, expectación aprensiva e hipervigilancia; al menos por un mes (Sandín y Chorot, 1995). Este trastorno no estaba descrito nítidamente, Sandín y Chorot (1995, p. 96) refieren que *"el TAG estaba mal definido en el DSM-III (APA, 1980), ya que no tenía entidad de trastorno específico de ansiedad, sino que se trataba más bien de un trastorno residual de ansiedad básica; un trastorno, en último término de "ansiedad difusa" subyacente"*.

Sucedía que el diagnóstico de TAG no se podía asignar a pacientes que reunieran criterios para otro trastorno mental, más bien, era una categoría residual que ocupaba un lugar muy bajo en la jerarquía de posibles diagnósticos de trastornos de ansiedad. En consecuencia, la confiabilidad diagnóstica del DSM-III era muy pobre y la validez del TAG como trastorno en sí mismo fue muy cuestionada (Cía, 2007 y Cascardo y Resnik, 2006)

El DSM-III-R (APA, 1987) perfeccionó significativamente el diagnóstico del TAG al incluir importantes cambios. Se elevó a la preocupación excesiva e irracional (en dos o más áreas, no relacionadas con otro trastorno del Eje 1) a la categoría de síntoma clave. Además el criterio de duración fue extendido de 1 a 6 meses para diferenciarlo de los trastornos adaptativos (Cascardo y Resnik, 2006 y Sandín y Chorot, 1995). A pesar de todo, esta edición del manual no ha logrado mejorar sustancialmente la fiabilidad del diagnóstico del TAG (Barlow y Di Nardo, 1991 citados por Sandín y Chorot, 1995).

Los esfuerzos llevados a cabo por Borkovek y col. (1991, citados por Sandín y Chorot, 1995) han puesto de relieve la importancia de los fenómenos cognitivos, y en particular el concepto de preocupación patológica, concepto que parece ser la base del trastorno. En referencia a esto, han referido que, más que los temas de preocupación lo que diferencia al TAG es el poseer excesiva preocupación no controlable. Gracias a estos desarrollos, como a los de Barlow y colaboradores; en 1994, la propuesta del DSM-IV mejora notoriamente los criterios para el diagnóstico del TAG; se elimina el requerimiento de dos o más áreas de preocupación y se especifica que la preocupación debe ser excesiva y percibida por el individuo como difícil de controlar. Ésta, permanece, además como criterio principal sin el cual no puede realizarse el diagnóstico (Cascardo y Resnik, 2006).

Para resumir, citando a Bobes, Bousoño, G-Portilla y Sáiz (2002), podemos decir que la evolución del cuadro a través las distintas ediciones del DSM se ha caracterizado por una redefinición de lo nuclear, una mayor exigencia temporal y de impacto; y una menor exigencia de la sintomatología accesorio. Para vislumbrar claramente estos cambios, hemos organizado una tabla comparativa donde podemos observar las principales diferencias entre los diferentes manuales diagnósticos editados hasta ahora (ver tabla 1). El DSM-IV-TR (APA, 2000) no presenta diferencias en relación al DSM-IV; motivo por el cual no lo hemos incluido en la comparación.

Respecto a otro sistema clasificatorio, la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1993), el DSM-IV presenta algunas diferencias. En primer lugar, respecto a los síntomas nucleares de ansiedad y preocupación, mientras que para el DSM-IV éstos deben ser excesivos, para la CIE-10 pueden ser justificados o proporcionados al estímulo desencadenante. Por otra parte, es propio de la CIE-10 no exigir la repercusión del cuadro sobre el bienestar y/o la actividad del sujeto para poder realizar el diagnóstico. Luego, se presentan diferencias acerca de: la cantidad de síntomas accesorios exigidos (3 en el DSM-IV y 4 en la CIE-10), la naturaleza de esos síntomas (ninguno de los del DSM-IV es de naturaleza neurovegetativa) y la percepción de falta de control sobre la preocupación excesiva (ausente en la CIE-10) (Bobes, Bousoño, G-Portilla y Sáiz, 2002). Seguido del cuadro comparativo de los distintos manuales, expondremos los criterios del DSM-IV y de la CIE-10.

Tabla 1 (Cascardo y Resnik, 2006 y Bobes, Bousoño, G-Portilla y Sáiz, 2002)

Evolución y Comparación de los criterios diagnósticos para TAG				
	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV	CIE 10
Criterio Etario	Mayor o Igual a 18 años	No se requiere	No se requiere	
Criterio Temporal (Duración)	1 mes	6 meses	6 meses	Varios meses
Criterio Fenomenológico				
- "expectación aprensiva"	Síntoma opcional	Síntoma clave	Síntoma Clave	Ansiedad generalizada y persistente, libre y flotante; con síntomas dominantes altamente variables, con múltiples preocupaciones y presentimientos.
- Ansiedad;	Ansiedad Persistente	Ansiedad y preocupación <u>irreal</u> sobre 2 o más áreas	Ansiedad y preocupación excesiva sobre cualquier área; <u>Dificultad de control subjetivo</u>	
- Síntomas Asociados	Número inespecificado 4 clusters: expectación aprensiva; tensión motora; vigilancia; autonómicos	6 o más de 18 3 clusters: tensión motora; vigilancia; autonómicos	3 o más de 6 inquietud; fatigabilidad; dificultad para concentrarse; irritabilidad; tensión muscular; sueño alterado	Aprensión (temor sobre futuro, etc.) Tensión motora (inquietud, cefalea, temblor) Hiperactivación autonómica.
- Rasgos Asociados	síntomas de depresión leve	síntomas de depresión leve	síntomas somáticos, síntomas depresivos, respuestas exageradas de sobresalto	
Criterio de Impacto personal (discapacidad)	Leve	Leve	Distrés Significativo	
Criterio Jerárquico	Categoría Residual; solamente tomado por exclusión de otros trastornos	Entidad diagnóstica Independiente	Entidad diagnóstica Independiente	

Criterios diagnósticos DSM-IV para el trastorno de ansiedad generalizada (APA, 1994)

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado constante de preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses)
1. inquietud o impaciencia
 2. fatigabilidad fácil
 3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 4. irritabilidad
 5. tensión muscular

6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje 1; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en la ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.
- Finalmente, consideramos importante mencionar que en este manual se hace hincapié en la existencia de variaciones culturales en cuanto a la expresión de la ansiedad. Por lo tanto, se sugiere tener en cuenta el contexto cultural a la hora de evaluar el carácter excesivo de algunas preocupaciones.

Criterios diagnósticos de CIE-10 para trastorno de ansiedad generalizada (OMS, 1993)

- A. Un período de al menos seis meses de notable ansiedad, preocupación y sentimientos de aprensión (justificados o no), en relación con acontecimientos y problemas de la vida cotidiana.
- B. Por lo menos cuatro de los síntomas listados abajo deben estar presentes, y al menos uno de entre los grupos (1) al (4).

Síntomas autonómicos

1. Palpitaciones o golpeteo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas de los miembros
4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación)

Síntomas en el pecho y abdomen

5. Dificultad para respirar
6. Sensación de ahogo
7. Dolor o malestar en el pecho
8. Náusea o malestar abdominal (por ejemplo, estómago revuelto)

Síntomas relacionados con el estado mental

9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento
10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de sentirse lejos de la situación o "fuera" de ella (despersonalización)
11. Sensación de perder el control, de "volverse loco" o de muerte inminente
12. Miedo a morir

Síntomas generales

13. Sofocos o escalofríos
14. Sensación de entumecimiento u hormigueo

Síntomas de tensión

15. Tensión muscular o dolores y parestesias
16. Inquietud y dificultad para relajarse
17. Sentimiento de estar "al límite" o bajo presión o de tensión mental
18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar

Otros síntomas no específicos

19. Respuesta de alarma exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos
20. Dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco, debido a la preocupación o ansiedad

21. Irritabilidad persistente
 22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones
- C. El trastorno no satisface todos los criterios para trastorno de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno hipocondríaco.
- D. Criterio de exclusión más frecuentemente usado: el trastorno no se debe a un trastorno orgánico específico, tal como hipertiroidismo, un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas tales como un consumo de sustancias de efectos anfetamínicos o abstinencia a benzodiazepinas.

1.6 Epidemiología

A lo largo de los años, la información referente a la epidemiología de los trastornos de ansiedad fue variando principalmente a causa de que se fueron precisando los criterios diagnósticos así como las medidas de evaluación para cada trastorno.

La prevalencia de vida proporciona información acerca de las personas que podrían necesitar tratamiento en cualquier momento durante la vida; la prevalencia correspondiente al año precedente proporciona información acerca de las necesidades de atención de la población en general; y la prevalencia en el momento actual (mes precedente) revela el número que necesita atención por un trastorno agudo. En un estudio realizado por Kohn et al., en el 2005, en el que se analizaron investigaciones epidemiológicas de entre los años 1980 y 2004 con el objetivo de obtener información certera sobre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, se observó en primer lugar, que la mayor parte de los estudios no abarcaban los tres tipos de prevalencia, y, como resultado, los datos usados para estimar las tasas de prevalencia para toda América Latina y el Caribe carecían de uniformidad.

Aún así con estas dificultades, actualmente se considera indiscutible que los trastornos de ansiedad forman uno de los grupos más comunes de los trastornos psiquiátricos:

"El Estudio Nacional de Comorbilidad informó que una de cada cuatro personas cumple los criterios de diagnóstico de, por lo menos, uno de los trastornos de ansiedad y que la tasa anual de prevalencia es del 17,7%." (Kaplan y Sadock, 1998, p.659)

Asimismo, en el estudio sobre prevalencia de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe citado anteriormente, se obtuvo que entre el trastorno de ansiedad generalizada junto con la depresión mayor, la distimia y el abuso o la dependencia del alcohol, se encontraban los trastornos que afectaron al mayor número de adultos. El trastorno de ansiedad generalizada mostró altas tasas de prevalencia en la población a lo largo de la vida y durante el último año, que fueron estimadas en 5,5% y 3,4% respectivamente. De la misma manera, en otro estudio llevado a cabo por la OMS (citado en Cía, 2007) en adultos de atención primaria reveló que los trastornos de ansiedad y depresivos tienen una prevalencia del 11,7% y 10,2% respectivamente.

Los datos disponibles en la actualidad señalan que el TAG es una patología muy frecuente, con una prevalencia de por vida poblacional del 5% al 6% y con una prevalencia actual o corriente del 2% al 3% (Cía, 2007; Bobes, Bousoño, G.-Portilla, y Sáiz, 2002) y Cascardo y Resnik, 2005). Es el quinto diagnóstico clínico más frecuente en el nivel de asistencia primaria con una frecuencia del 5% al 9% de las consultas. No obstante, según opinan algunos autores tiende a estar sub-representado en los centros de tratamiento psiquiátricos. (Burvill, 1990; Bobes, Bousoño, G-Portilla, y Sáiz, 2002; Barlow y Durand, 2001). Una proporción relativamente baja de estos individuos concurren a servicios especializados en comparación a otros trastornos como los ataques de pánico. Esto podría deberse a que la mayoría de los pacientes con TAG no se sienten lo suficientemente estresados como para buscar tratamiento específico, o consideran que su ansiedad es parte de su forma de ser o temperamento y, por consiguiente, no es susceptible de ser tratada (Barlow y Durand, 2002; Rapee citado en Cascardo y Resnik, 2005). A su vez, Cascardo y Resnik (2005) resaltan que hay estudios efectuados en población general en los que el 10% de los encuestados se han manifestado como aprensivos crónicos considerándose esto como un rasgo de personalidad. Y aún más, estos autores también señalan los resultados de un estudio efectuado por ellos mismos en el que el 49% de la muestra estudiada consideró que la ansiedad formaba parte de su personalidad.

1.6.1 Características demográficas de pacientes con TAG

Gracias a los datos obtenidos en los estudios epidemiológicos se han podido establecer las características demográficas del trastorno de ansiedad generalizada. Sabemos que la etapa de inicio típica para este trastorno es la adultez joven (entre los 20 y 30 años); el sexo predominante es el femenino; con respecto al estado civil, se daría más frecuentemente en sujetos que han estado casados pero que actualmente no lo están (separados, divorciados y viudos); y en relación a la actividad laboral, hay una predominancia de personas que se dedican a las tareas del hogar y los desempleados por incapacidad

laboral o jubilación anticipada. En cuanto al curso de la enfermedad los resultados de los estudios han permitido caracterizar este trastorno como crónico, en el que la duración media de los episodios se sitúa en torno a los 10 años, aunque los síntomas no estén presentes de forma continua sino que tienden a sufrir fluctuaciones en su intensidad (Bobes, Bousoño, G.-Portilla, y Sáiz, 2002).

En relación a los antecedentes personales característicos en estos pacientes, Cascardo y Resnik (2005) mencionan como notable que las personas con TAG utilizan muchos más recursos de salud, ya sea humanos o estudios complementarios o farmacológicos, con el consiguiente incremento del costo económico. Se considera que esto ocurre debido a dos aspectos esenciales de estos pacientes que son: la preocupación excesiva e incontrolable y la sobrestimación de la probabilidad de estar padeciendo una enfermedad física. También indican que la utilización de servicios de emergencia médica se ve incrementada con respecto a la población general. Por otro lado, debido a los diagnósticos erróneos y a la gran repercusión física de este trastorno, estos pacientes son altos consumidores de medicamentos, principalmente psicofármacos.

Otra característica presente en las personas que padecen este trastorno es el antecedente de algún evento estresante durante el año previo a la consulta con el especialista. En cuanto a los antecedentes de personalidad previa como ya hemos mencionado anteriormente, muchos sujetos consideran que la ansiedad es un rasgo de su personalidad. Cascardo y Resnik (2005) han indagado en una muestra de pacientes sobre las características de personalidad previas al trastorno y han obtenido respuestas como: "muy ansiosa e hiperalerta", "tímida e introvertida", "miedosa y aprensiva" y "muy dependiente".

1.7 Comorbilidad

"Llamamos comorbilidad a la concurrencia de procesos etiopatogénicamente diferentes en un mismo individuo o a la simple superposición de diagnósticos en situaciones patológicas complejas que no pueden tipificarse con uno solo". (Cascardo y Resnik, 2006, p.79). En otras palabras, comorbilidad o co-ocurrencia se utiliza para designar el solapamiento de síntomas que se produce entre varios trastornos; así como también para indicar que dos o más trastornos se dan conjuntamente en la misma persona. Efectivamente, la escena en que un paciente reúne los criterios para más de un trastorno es habitual en el área de los trastornos de ansiedad (Kaplan y Sadock 2000 y Sandín y Chorot, 1995). El hecho de que los porcentajes de comorbilidad en los trastornos de ansiedad (y depresión) sean altos, indica que todos estos comparten las manifestaciones de ansiedad patológica descritas; así como la misma vulnerabilidad biológica como psicológica para desarrollar ansiedad o pánico; distinguiéndose en el foco de ansiedad (Barlow y Durand, 2001).

Algunos de los patrones de comorbilidad han sido referidos por los datos de varios proyectos epidemiológicos, como el Estudio Nacional de Comorbilidad (ECA, Epidemiological Cathcment Area Program) o el Munich Follow-up Study (MFS). A partir de los datos de estos se ha constatado que entre el 30% y 80% de las personas con diagnóstico de ansiedad posee al menos otro diagnóstico de trastorno de ansiedad (Sandín y Chorot, 1995). Todavía más, en un estudio más reciente, del año 2002 realizado por Browmn Campbell y col. (citado por Barlow y Durand, 2001) se ha recogido que al momento de la evaluación, el 55% de los pacientes que contaba con un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad o depresión, tenía al menos otro trastorno de ansiedad o depresión; y en relación a la comorbilidad durante toda la vida de los pacientes, la tasa aumentaba hasta el 76%.

En una recopilación de varias investigaciones de distintos autores (Barlow, 1988; Ruitter y col., 1989; Sanderson y Wetzler, 1991; Oakley-Browne y Joyce, 1992, y Wittchen y Essau, 1993) realizada por Sandín y Chorot (1995) se obtuvo el promedio de las tasas de comorbilidad de los trastornos de ansiedad y depresión que figuraban en cada una de las publicaciones. De ésta se desprende que la fobia específica es el trastorno de ansiedad más concurrente como diagnóstico secundario, principalmente de la fobia social y agorafobia; mientras que, como diagnóstico principal, es el trastorno que menos diagnósticos secundarios asociados tiene. Por un lado esto indica que la fobia específica se asocia de forma muy común con otros síndromes de ansiedad, es muy probable que un paciente con algún trastorno de ansiedad tenga también algún tipo de fobia. Por el otro lado, estos datos sugieren que pocos pacientes con fobia específica reciben a su vez otros trastornos de ansiedad. Un patrón de comorbilidad inverso a este de la fobia específica parece ocurrir en el caso del trastorno de ansiedad generalizada. El TAG, exhibe el menor grado de frecuencia como síndrome comórbido con otros trastornos de ansiedad; y, en cambio, es uno de los diagnósticos con el que concurren más diagnósticos secundarios (Sandín y Chorot, 1995). Este fenómeno sirve, además, de argumento a favor para otorgarle al TAG la jerarquía de cuadro clínico independiente y no de categoría residual como se realizaba inicialmente.

Efectivamente, como venimos adelantando, el I trastorno de ansiedad generalizada está relacionado con altas tasas de comorbilidad. De acuerdo al Estudio Nacional de Comorbilidad (Wittchen y col., 1993,

citado por Cía 2007 y por Kaplan y Sadock, 1998) se ha encontrado que el 76,6% de quienes padecían TAG en la actualidad tenían algún trastorno psiquiátrico en comorbilidad, mientras que el 86,5% de aquellos que habían sufrido TAG a lo largo de la vida, refirieron al menos otro trastorno mental de por vida. Los dos diagnósticos más comunes en comorbilidad en este estudio fueron la depresión mayor y las fobias específicas y sociales seguidos por la agorafobia y los ataques de pánico. En concreto, el 39% de la personas con TAG presentaron depresión mayor, el 27% agorafobia, el 25% fobia específica, el 23% fobia social, el 23% trastorno de pánico, el 22% distimia, el 12% manía, el 11% abuso/dependencia del alcohol y el 5% abuso/dependencia de otras drogas. Estos datos coinciden con los expresados por Nutt y cols. (1998, citado por Bobes, Bousoño, G-Portilla y Sáiz, 2002) que indican que las fobias simples (21-55%), la fobia social (15-59%), la depresión (8-39%) y los ataques de pánico (3-27%) lideran el grupo de trastornos que se presentan en comorbilidad del trastorno de ansiedad generalizada. Otros trastornos que aparecen también frecuentemente son los somáticos, aquellos asociados al estrés, principalmente síndrome del colon irritable, dolores de cabeza, hipertensión esencial, colitis ulcerosa, trastorno cardiovascular, diabetes, insomnio e incluso cáncer. (Bobes, Bousoño, G-Portilla y Sáiz, 2002; American Psychiatric Association, 1994 y Rapee, 1991).

Capítulo 2. Evaluación Psicológica de la Ansiedad

En las últimas décadas se han creado y desarrollado diversos instrumentos de evaluación, muchos de los cuales han sido traducidos de su versión original del inglés al castellano y son utilizados, señala Cía (2007), en muchos casos, sin una metodología precisa de adaptación y validación. Sin embargo, son indispensables para la identificación de trastornos, diseño y evaluación de tratamientos, seguimiento de objetivos, cuantificación de cambios y evolución del proceso terapéutico y para el campo de la investigación en diversas áreas donde se requiere la realización de procesos de evaluación y diagnóstico tales como el educacional, forense, clínica y laboral, entre otras.

En el proceso de diagnóstico y tratamiento actual hay dos etapas que se hace fundamental tener en consideración. La primera es lograr una orientación diagnóstica - mediante la entrevista con el paciente o la utilización de instrumentos diagnósticos como las entrevistas estructuradas - y la segunda es valorar la gravedad del cuadro y su evolución a través de las escalas de evaluación. El tiempo empleado en cubrir estos dos procesos será ampliamente recompensado por la obtención de un registro más preciso y objetivo de los pacientes, lo que contribuirá no solo a su mejor seguimiento sino que permitirá contar con una documentación más precisa, útil para el profesional para, entre otras aplicaciones, reunir datos para estudios retrospectivos y obtener una mejor documentación para eventuales fines médico-legales (Cía, 2007). En el área de evaluación de los trastornos de ansiedad, se requiere un modelo de evaluación multimodal compuesto por entrevistas estructuradas, autoinformes, observaciones sistemáticas y registros psicofisiológicos, modelo que aparenta ser el mejor camino para lograr un buen diagnóstico, la planificación de tratamiento y para una completa evaluación de los resultados terapéuticos.

No obstante, en el estado actual de los conocimientos, las entrevistas estructuradas y los autoinformes permiten explorar un abanico muy amplio de conductas (inaccesibles muchas de ellas a la observación directa) en un tiempo relativamente breve. Por este motivo, se consideran desde una perspectiva de costes y beneficios, preferibles a las pruebas de observación conductual (que pueden resultar costosas y difíciles de organizar) y a los registros psicofisiológicos (que presentan muchas exigencias y requisitos metodológicos), ya que permiten una información rápida, razonablemente fiable y correlacionan altamente con otro tipo de medidas (Barlow y Durand, 2001 y Echeburúa, 1996).

En este capítulo nos proponemos dar a conocer los instrumentos utilizados actualmente en la evaluación psicológica de la ansiedad. Distinguiremos las entrevistas estructuradas; los diferentes tipos de autoinformes (cuestionarios, escalas, inventarios; y autorregistros); las medidas psicofisiológicas y los métodos de observación. Dentro de cada grupo de instrumentos dedicaremos especial atención a los desarrollos destinados a la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada; con el propósito de crear una guía de las técnicas más conocidas y utilizadas para la medición de este trastorno en adultos.

Por último, incluiremos una breve reseña –ya que sería tema para otro trabajo aparte - acerca del aporte a la evaluación de la ansiedad por parte de las pruebas proyectivas, que no debemos pasar por alto, ya que posibilitan el acceso a información que de otras maneras sería muy difícil de obtener.

2.1 Entrevistas estructuradas

Los sistemas de clasificación categoriales actualmente vigentes para los trastornos psiquiátricos han traído consigo el desarrollo de entrevistas estructuradas que posibilitan la inclusión fiable de los pacientes

en las categorías diagnósticas señaladas y permiten distinguir con exactitud los cuadros clínicos limítrofes para llegar a un diagnóstico psiquiátrico preciso (Cía, 2007 y Bados López, 2005).

Si bien estas entrevistas de este tipo poseen la desventaja de poder interferir en alguna medida en la espontaneidad del paciente al relatar su propia historia y resultar muy largas o tediosas a los profesionales en la práctica diaria, permiten llegar a criterios diagnósticos precisos y posibilitan la homogeneización de pacientes en investigaciones clínicas orientadas al estudio de eficacia diferencial de tratamientos (Echeburúa, 1996).

Ante la presencia de dos o más trastornos en un paciente se habla de comorbilidad. Wittchen, en el año 1988 (citado por Echeburúa, 1996) afirmaba que la prevalencia de comorbilidad puede llegar a afectar al 68% de los pacientes, dato que funda un argumento más a favor de la utilización de las entrevistas diagnósticas. En consecuencia mediante la cuidadosa utilización de éstas, el terapeuta será capaz de identificar síndromes asociados y tomar decisiones terapéuticas pertinentes.

2.1.1 Entrevistas de psicopatología general

Dentro de este grupo se destacan: la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI, International Neuropsychiatric Interview); y la SCID I y SCID II (Structural Clinical Interview):

- **Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional** (D.V. Sheehan, Y. Lecubrier, K. Harnett-Sheehan, J. Janavs, E. Weiller, L.I. Bonora, A. Keskiner, J. Schinka, E. Knapp, M. F. Sheehan, G.C. Dunbar, 1997).

Es una entrevista diagnóstica estructurada de duración breve. Constituye un intermedio entre las herramientas breves de monitoreo y los instrumentos complejos de diagnóstico. Se utiliza para detección y/u orientación diagnóstica de los principales trastornos del Eje I del DSM-IV y de la CIE-10. Está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo se presentan varias preguntas "filtro" correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno; y al final de cada módulo, unas consignas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos. La versión en español de esta entrevista, fue desarrollada por L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert, M. Soto, O. Soto (ver anexo n° 2).

- **Structured Clinical Interview: SCID I, y SCID II** (Spitzer, Williams y Gibson, 1995; First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1997).

La SCID I y SCID II se emplean para evaluar los trastornos psiquiátricos del eje I y II respectivamente. Son entrevistas clínicas estructuradas para los trastornos incluidos en la clasificación diagnóstica del DSM-IV y están destinadas a la detección y orientación diagnóstica de los mismos. Según First. y cols. (citados por Millon y Davis, 2001), la SCID II se ha utilizado en numerosas investigaciones para describir los perfiles de personalidad observados en muestras concretas, o para seleccionar grupos de pacientes para posteriores estudios. A su vez, es de uso rutinario en el ámbito clínico e incluso puede administrarse ya en la primera visita.

2.1.2 Entrevistas específicas de trastornos de ansiedad

Más allá de las entrevistas que evalúan la psicopatología general de los pacientes, también existen entrevistas estructuradas específicas de trastornos de ansiedad. Entre éstas, mencionaremos a la SADS-LA y la ADIS-IV:

- **Escala de esquizofrenia y trastornos afectivos – versión ansiedad durante toda la vida** (Schedule for affective disorders and schizophrenia-lifetime anxiety version, SADS-LA) (Mannuzza, Fyer y Klein, 1985)

Es una entrevista semiestructurada administrada por el terapeuta, su tiempo de aplicación ronda entre una hora y media, y tres horas aproximadamente. Se diseñó para utilizar en las situaciones que requieren una descripción detallada de los síntomas de ansiedad y de otros síntomas psicopatológicos a lo largo de la vida del paciente.

SADS-LA ofrece una evaluación general y completa, pero se puede utilizar la sección sobre ansiedad independientemente como complementaria de la entrevista clínica o junto con otros cuestionarios diagnósticos semiestructurados. Incluye un cuestionario extenso sobre las fobias, una sección que evalúa la desmoralización secundaria a los trastornos de ansiedad y una gráfica de vida que ofrece una presentación longitudinal y visual de los síntomas psicopatológicos del paciente, los diagnósticos recibidos y los acontecimientos vitales más significativos (Echeburúa, 1996).

- **Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV** (Anxiety Disorders Interview Schedule, ADIS-IV) (Brown, Di Nardo y Barlow, 1994).

Varios autores consideran que dentro de las entrevistas estructuradas, la ADIS-IV representa la entrevista más práctica e informativa disponible actualmente para los trastornos de ansiedad (Bados

López, 2005 y Dugas y Ladoucer, 2002).

La administración de la ADIS-IV suele tomar entre una a dos horas aproximadamente. En esta entrevista que fue diseñada específicamente para la evaluación diferencial de los trastornos de ansiedad, los pacientes deben informar al terapeuta de la intensidad del miedo y de la evitación experimentados en diferentes situaciones, así como de los estímulos específicos asociados a las mismas y del grado de imperfección en la vida cotidiana (Bados López, 2005 y Echeburúa, 1996).

Además, contiene secciones para evaluar los trastornos del estado de ánimo, la hipocondría, el trastorno por somatización, el trastorno mixto de ansiedad-depresión y los trastornos de abuso-dependencia de sustancias psicoactivas. También se incluyen algunas preguntas sobre síntomas psicóticos y de conversión, y sobre la historia familiar de trastornos psicológicos. La última sección esta dedicada a la historia de tratamiento psicológico y psiquiátrico, y la historia médica del cliente (Bados López, 2005 y Dugas y Ladoucer, 2002).

2.1.3 La entrevista para Trastorno de Ansiedad Generalizada

Cuando se sospecha que un paciente se podría encontrar aquejado por el trastorno de ansiedad generalizada o se le presenta al terapeuta una necesidad de delimitar entre distintos cuadros de ansiedad entre los que se incluye al TAG, se hace indispensable que en la entrevista el clínico pueda indagar directamente sobre la presencia o ausencia de distintos síntomas. No sólo para diagnosticar sino también para diseñar y delimitar los objetivos del proceso terapéutico, es recomendable que el terapeuta pueda ahondar en las características que presenta el cuadro en su paciente. Principalmente el terapeuta debería recoger información referida a la facilidad para preocuparse del paciente, a los temas de preocupación, al porcentaje de tiempo que ocupan las preocupaciones, y a la preocupación sobre la preocupación. No debemos olvidar que algunos sujetos que padecen ansiedad generalizada, en su afán de prevenir angustiarse o aumentar su ansiedad, suelen tratar de evitar activa y conscientemente prestar atención a diversas situaciones, hechos o estímulos que por su naturaleza puedan producir este efecto en ellos (Cascardo y Resnik, 2005). Es por esto que también se puede interrogar en torno a la evitación y a las creencias acerca de las preocupaciones.

Bados López (2005, p.14) ha reunido diversas preguntas que pueden ser útiles en la entrevista:

- ¿Diría usted que es una persona que se preocupa con facilidad?
- ¿Qué cosas le preocupan?: trabajo/escuela, familia, dinero, amigos/conocidos, salud propia, salud de otros, pequeñas cosas (puntualidad, reparaciones poco importantes), asuntos del país o del mundo, otras cosas sobre las que la mayoría de la gente no se preocupa. ¿Qué cree que puede suceder respecto a (mencionar cada área de preocupación re-conocida por el cliente)? (se trata de identificar lo que la persona teme que ocurra).
- En promedio, ¿qué porcentaje del día diría usted que se siente ansioso o preocupado? ¿Considera que sus preocupaciones son excesivamente frecuentes, intensas o duraderas? ¿Cuáles de ellas (de las enumeradas más arriba)? ¿Cuánta tensión o ansiedad le producen sus preocupaciones?
- Cuando las cosas van bien, ¿todavía encuentra cosas que le preocupan y le ponen ansioso? ¿Se preocupa por no preocuparse o se preocupa cuando las cosas le van bien en la vida?
- ¿Encuentra muy difícil dejar de preocuparse? Si necesita concentrarse en otra cosa, ¿es capaz de quitarse la preocupación de la cabeza? Si está intentando leer, ver la TV o trabajar, ¿sus preocupaciones le vienen a la mente y le dificultan concentrarse en estas tareas? ¿Cuáles de sus preocupaciones le resultan más difíciles de controlar?
- En los últimos 6 meses ¿cuántos días de cada cien se ha encontrado excesivamente preocupado o ansioso? ¿Cuánto tiempo hace que dura este periodo actual de preocupaciones y ansiedad excesivas y difíciles de controlar?
- ¿Qué síntomas nota usted habitualmente en las épocas en que se encuentra agobiado por las preocupaciones? Durante los últimos 6 meses, ¿ha experimentado usted frecuentemente..... (mencionar uno a uno los seis síntomas enumerados más abajo) al estar ansioso o preocupado? ¿Ha experimentado..... (síntoma) la mayoría de los días durante los últimos 6 meses? ¿Cuán intenso ha sido..... (síntoma)?
- inquietud o impaciencia, b) cansarse o fatigarse fácilmente, c) dificultades de concentración o quedarse en blanco, d) irritabilidad, e) tensión muscular, f) perturbaciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño insatisfactorio y no reparador)?
- ¿Le llevan sus preocupaciones a hacer algo para tranquilizarse o para reducir la ansiedad que le producen? ¿Qué hace o deja de hacer con el fin de intentar evitar que suceda lo que teme? (preguntar para cada tipo de preocupación identificado).

- ¿Qué cree que pasaría si no llevara a cabo estas conductas (dirigidas a controlar su ansiedad o impedir que ocurra lo que teme)? ¿En qué medida cree que pasaría lo que teme (pueden citarse las consecuencias temidas)?
- ¿Cree que sus preocupaciones cumplen alguna función útil? ¿Cuál? ¿En qué medida su preocupación le lleva a encontrar una solución para el problema sobre el que se está preocupando? ¿Cree que puede pasar algo malo si deja de preocuparse?
- ¿Cree que sus preocupaciones tienen o pueden tener consecuencias negativas? ¿Cuáles? ¿Qué hace para controlar sus preocupaciones? ¿Intenta distraerse o pensar en otras cosas cuando se siente preocupado?
- Descríbame detalladamente qué sucedió y en qué estuvo pensando la última vez que se preocupó en exceso. ¿Fue similar a otras veces? Si no es así, ¿en qué fue diferente?

Aparte de las preguntas tendientes a examinar los síntomas del TAG, otros aspectos que la entrevista debe cubrir son: condiciones que agravan o reducen el problema; variables situacionales y personales implicadas en su mantenimiento; interferencia del problema en la vida, trabajo, estudios, familia y actividades sociales del paciente; historia y fluctuaciones del problema, intentos realizados para superarlo y resultados obtenidos; objetivos, motivación, expectativas sobre el tratamiento y resultados esperados; recursos y limitaciones del paciente; y otros problemas que pueda presentar (Bados López, 2005). Conviene tener en cuenta que es el terapeuta y no el paciente quien decide si la preocupación es excesiva. Como ya hemos mencionado, algunas personas consideran que sus preocupaciones son adaptativas (ayudan a prevenir eventos negativos) y no excesivas, aunque están asociadas con considerable tensión y activación (Cascardo y Resnik, 2005).

Por último, no solo específicamente para este trastorno sino en general, es aconsejable recoger una breve historia médica para comprobar si ciertas condiciones médicas o farmacológicas pueden ser responsables de los síntomas o estar contribuyendo a los mismos. Si han pasado dos o más años desde la última revisión médica, conviene pedir al paciente que se haga una (Bados López, 2005).

2.2 Autoinformes

"Un autoinforme supone un mensaje verbal que una persona emite sobre cualquier tipo de manifestación propia". De esta manera es como Fernández Ballesteros (1992, citada por Pérez-Pareja, 1997, p.297) define a los autoinformes, con lo que quiere señalar que en realidad un autoinforme es, de alguna manera, el resultado de una autoobservación o introspección que hace el sujeto sobre su propia conducta. Desde esta perspectiva, se pueden describir cuatro tipos de autoinforme: la entrevista; los cuestionarios, inventarios y escalas; el autorregistro; y las técnicas de pensamiento en voz alta (Pérez-Pareja, 1997). Sin embargo, otros autores que también hemos consultado no clasifican a la entrevista dentro de este grupo (Cía, 2007; Bados-López, 2005; Bousoño, Bobes, G-Portilla y Sáiz, 2002; Dugas y Ladoucer, 2002 y Echeburúa, 1996). En consecuencia, hemos optado por describir, dentro del grupo de los autoinformes, a los instrumentos que nos importan en este trabajo para la evaluación de los trastornos de ansiedad, en especial del TAG: cuestionarios, inventarios y escalas; y autorregistro.

A su vez, siguiendo con los aportes de Fernández-Ballesteros (1992, citada por Pérez-Pareja, 1997) los autoinformes pueden diferenciarse entre sí a causa de dos aspectos: las variables a las que se pueden referir; y las condiciones bajo las cuales tienen lugar:

Aquellos autoinformes en los que la conducta de la que se informa es considerada como un signo propio de un atributo o característica estable que es poseída en distintas maneras por todas las personas, son los autoinformes referidos a *rasgos, dimensiones o factores de personalidad* (por ejemplo, el STAI, escala rasgo, o el TMAS). Aparte de éstos, existen los autoinformes referidos a: *estados*, que prestan atención a dimensiones específicas de las conductas en determinadas situaciones; *repertorios clínicos conductuales*, desarrollados para evaluar problemas psicológicos de naturaleza clínica, respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras; y *repertorios, procesos y estructuras cognitivas*, que pueden estar destinados a evaluar la percepción de los sujetos de su ambiente; los automensajes o autoinstrucciones subyacentes; o los indicadores relacionados al funcionamiento motivacional.

Por otro lado, los autoinformes se efectúan bajo diversas circunstancias tales como el momento de ocurrencia de la conducta que se evalúe; la calidad de situación; las preguntas o instrucciones que presenten a los sujetos; el modo de respuesta; y el tratamiento de los resultados obtenidos. En relación al tiempo, los autoinformes retrospectivos, que son los que más abundan, se refieren a sucesos pasados; los concurrentes, miden lo que está ocurriendo en el mismo instante; y los futuros son informes verbales sobre lo que la persona piensa que va a ocurrir. Finalmente, en relación a los resultados, en algunos casos las puntuaciones que se obtienen son comparadas con las de otros sujetos, mientras que en otros se consideran relevantes únicamente para evaluar el comportamiento de la persona evaluada y en función

de otros parámetros que lo definen como intensidad, frecuencia, etc.

VARIABLES <i>a las que se pueden referir los autoinformes</i>	CONDICIONES <i>bajo las cuales tienen lugar los autoinformes</i>
<ul style="list-style-type: none"> > Rasgos, Dimensiones o Factores de Personalidad > Estados > Repertorios Clínicos Conductuales > Repertorios Procesos y Estructuras Cognitivas: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Percepción de su Ambiente</i> - <i>Automensajes</i> - <i>Expectativas, motivaciones</i> 	<ul style="list-style-type: none"> > El tiempo (según momento de ocurrencia del hecho que se quiera evaluar): <ul style="list-style-type: none"> - <i>Retrospectivos</i> - <i>Concurrentes</i> - <i>Futuros</i> > La situación: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Artificial</i> - <i>Natural</i> > Las preguntas, según grado de estructuración: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Estructuradas</i> - <i>No estructuradas</i> - <i>Semi-estructuradas</i> > Las respuestas: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Abiertas</i> - <i>Dicotómicas</i> (Si/No; Verdadero/Falso; etc.) - <i>Escalares</i>: el objetivo es determinar hasta qué punto determinada sentencia es aplicable o no. Esto se puede expresar a través de escalas numéricas (p.ej. de 0 a 5), escalas gráficas, escalas de adjetivos o adverbios. - <i>Alternativas Ipsativas</i>: se responde según el grado de preferencia de distintos elementos que se presentan. > El tratamiento de los resultados

Tabla 1

Debido a sus características de administración, puntuación y de la calidad de información que recaban, las medidas subjetivas son preferibles a los tests de evitación conductual (que suelen resultar costosos y difíciles de organizar) y a los registros psicofisiológicos (que requieren muchos recursos metodológicos). En las investigaciones clínicas con pacientes y en la práctica profesional los instrumentos de evaluación fundamentales de los trastornos de ansiedad son los autoinformes. Si bien éstos carecen de la necesaria especificidad situacional y de respuesta – ya que cubren un campo temático menor que las entrevistas estructuradas y son medidas complementarias de éstas – son los instrumentos más utilizados en la práctica clínica para determinar la intensidad de los síntomas por un lado y para cuantificar los cambios habidos tras una intervención terapéutica por el otro (Cía, 2007 y Echeburúa, 1996).

Pérez Pareja (1997) señala que a pesar de ser criticados en algunos aspectos, el empleo de los autoinformes tiene importantes ventajas. Una de ellas es la relación entre su bajo costo temporal y económico y la alta eficacia que representa su uso. Por otro lado, al poseer puntuaciones objetivas, se puede minimizar el nivel de interferencia del evaluador. Por último y no por ello menos importante, los autoinformes son aplicables a un amplio rango de población y a múltiples problemas de conducta, lo que los convierte en herramientas fundamentales para la clínica y sobre todo para la investigación.

Seguidamente conoceremos –más no todos (aunque lo intentaremos en lo que respecta al TAG)– una gran cantidad de instrumentos existentes para la evaluación de diversos comportamientos implicados en las patologías ansiosas.

2.2.1 Cuestionarios, inventarios y escalas

A los autoinformes estructurados que se presentan de manera integrada y en forma de lista o formulación secuenciada se les denomina cuestionario o inventario, aunque igualmente se les denomina repertorio, listado o escala (Pérez-Pareja, 1997). Junto con las entrevistas estructuradas, este tipo de autoinformes permiten la rápida obtención de información razonablemente fiable que correlaciona satisfactoriamente con otros tipos de medidas. Los cuestionarios autoadministrados o de auto-evaluación (así como las técnicas de autorregistro) han sido desarrollados como métodos para evaluar los componentes subjetivos de la experiencia, es por ello que a menudo son también llamados "medidas subjetivas" (Echeburúa, 1996).

Estos autoinformes están compuestos por un formulario de preguntas o afirmaciones que los sujetos se someten a responder. El tipo de estrategia utilizada en su construcción y el tipo de respuesta que se le exige al sujeto son los dos aspectos que los diferencian entre sí: los cuestionarios implican respuestas expresadas dicotómica o nominalmente (sí/no, verdadero/falso); los inventarios tanto de manera nominal como ordinal (1°, 2°, 3°, etc.); y en las escalas la respuesta es ordinal o de intervalo (Pérez-Pareja, 1997). A este último tipo de respuesta también se le suele llamar escala de tipo Likert. Consiste en un conjunto de ítems bajo la forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita la reacción (favorable o desfavorable, positiva o negativa) de los individuos (Osorio Rojas, 2001). Hacemos esta aclaración ya que este tipo de escalas son utilizadas en algunos de los instrumentos que luego desarrollaremos. Ejemplos o alternativas en la escala de Likert pueden ser: (5) Muy de acuerdo, (4) De acuerdo, (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, (2) En desacuerdo, (1) Muy en desacuerdo; (5) Definitivamente sí, (4) Probablemente sí, (3) Indeciso, (2) Probablemente no,

(1) Definitivamente no. Para obtener las puntuaciones de la escala de Likert, se suman los valores obtenidos respecto de cada frase. El puntaje mínimo resulta de la multiplicación del número de ítems por 1. Una puntuación se considera alta o baja respecto del puntaje total que está dado por el número de ítems o afirmaciones multiplicado por 5 o por la cantidad de alternativas que tenga (3, 5, 7, etc.) (Osorio Rojas, 2001).

En relación a este tipo de autoinformes que estamos describiendo, la autora Fernández-Ballesteros, ya citada varias veces anteriormente, ha resumido sus características distintivas: presentan una forma estructurada, tanto en la formulación de preguntas como en el tipo de respuesta exigida; evalúan conductas especificadas de antemano; y recogen información sobre hechos que ocurren con alta frecuencia en la vida real y cotidiana de las personas. Son instrumentos que permiten obtener información acerca de la severidad de los síntomas de los pacientes sin la intervención de un profesional o un experto en el tema. Se indaga al paciente acerca de diversos parámetros de su conducta como la ocurrencia, la frecuencia, la intensidad, la duración o la magnitud desde distintos niveles de abstracción (observaciones, estimaciones, opiniones o creencias) lo que conlleva un elevado monto de subjetividad. En relación a esto, es importante tener en cuenta que si bien estas medidas son ampliamente utilizadas y eficaces, se deberían utilizar en conjunto con una evaluación basada en una entrevista ya que por sí solas no son suficientes para confirmar diagnósticos (Cía, 2007 y Echeburúa, 1996). No obstante, para evitar estos sesgos de respuesta que pueden ser ocasionados por la subjetividad de cada persona para contestar sobre sus síntomas, hay algunos informes que incluyen una escala aparte para que el terapeuta simultáneamente vuelque la información proveniente de lo que observa, éstas se denominan escalas heteroaplicadas o heteroadministradas.

Fernández Álvarez y Maristany (2008) han reunido los diferentes cuestionarios, inventarios y escalas de medición utilizados específicamente para distintos trastornos de ansiedad (ver tabla 2). Gracias a este listado podemos visualizar la gran cantidad de instrumentos existentes destinados a complementar la evaluación de los diversos cuadros, en este caso, de los que tienen en común la presencia de sintomatología ansiosa. Omitimos la parte de instrumentos correspondientes al trastorno de ansiedad generalizada porque nos ocuparemos en detalle de éstos a continuación.

Pánico y Agorafobia			
MIA	Inventario de movilidad para Agorafobia, (<i>Mobility Inventory for Agoraphobia</i>)	Chambless, Caputo, Josin, Williams y Gracely	1985
	<u>Objetivo:</u> evaluar grado de agorafobia de un sujeto considerando el grado de discrepancia que tiene para realizar determinada tarea solo o acompañado.		
ACQ	Cuestionario de cogniciones agorafóbicas (<i>Agoraphobic Cognitions Questionnaire</i>)	Chambless, Caputo, Bright y Gallagher	1984
	<u>Objetivo:</u> evaluar al miedo a tener miedo, a los ataques de pánico y pensamientos catastróficos.		
BSQ	Cuestionario de sensaciones corporales (<i>Body Sensations Questionnaire</i>)	Chambless, Caputo, Bright y Gallagher	1984
	<u>Objetivo:</u> evaluar el grado de temor de manifestaciones somáticas asociadas al pánico		
IA	Inventario de Agorafobia	Echeburúa, Corral, Paez y Borda	1987
	<u>Objetivo:</u> evaluar respuestas de la agorafobia, estando solo y acompañado		
SCS	Escala de autoconcepto privada y pública (<i>Self-Concept Scale</i>)	Feningstein, Séller y Buss	1975
	<u>Objetivo:</u> evaluar autoconciencia corporal		
BCS	Escala de conciencia corporal privada y pública (<i>Body-Concept Scale</i>)	Miller, Murphy y Buss	1981
	<u>Objetivo:</u> evaluar autoconciencia corporal		
ASI	Índice de sensibilidad a la ansiedad (<i>Anxiety Sensivity Index</i>)	Reiss, Peterson, Gursky y McNally	1986
	<u>Objetivo:</u> evaluar la tendencia a responder con ansiedad a los síntomas de ansiedad		
Cuestionario de Autocontrol		Rehm, Kaslow, Rabin y Willand	1981
	<u>Objetivo:</u> evaluar actitudes y creencias acerca del proceso de autocontrol		
Fobias Específicas			
FQ	Cuestionario de temores (<i>Fear Questionnaire</i>)	Mark y Matthews	1979
	<u>Objetivo:</u> evaluar temores específicos (fobia a la sangre y operaciones, ansiedad social, agorafobia)		
FSS III	Inventario de temores	Wolpe y Lang	1964

	(<i>Fear Survey Schedule</i>)	Carboles, Costa, del Ser y Bartolomé	1986
Fobia Social			
FNE	Escala de ansiedad y evitación social (<i>Social Avoidance and Distress Scale</i>) <u>Objetivo:</u> evaluar el grado subjetivo de malestar ante la evaluación de los demás.	Watson y Friend	1969
SPAI	Inventario de ansiedad y fobia social (<i>Social Phobia and Anxiety Inventory</i>) <u>Objetivo:</u> evaluar el grado en que ciertas situaciones generan ansiedad en el paciente	Turner, Blidel, Dancu y Stanley	1989
Escala de Liebowitz de Ansiedad Social		Liebowitz	1987
SPS	Escala de Fobia Social (<i>Social Phobia Scale</i>) <u>Objetivo:</u> evaluar el temor a ser juzgado mientras se realiza alguna actividad	Marltick y Clark	1998
SISST	E. de ansiedad en interacciones sociales (<i>Social interaction self-statement test</i>) <u>Objetivo:</u> evaluar los pensamientos frente a una situación social	Glass, Merluzzi, Bierer y Larsen	1982
Trastorno Obsesivo-Compulsivo			
Inventario de Padua (<i>Padua Inventory</i>) <u>Objetivo:</u> evaluar signos de un trastorno obsesivo-compulsivo teniendo en cuenta conductas de chequeo, control sobre actividad mental, contaminación, preocupación por perder el control de la conducta.		Sanavio	1988
LOI	Inventario de obsesiones de Leyton (<i>Leyton Obsessional Inventory</i>) <u>Objetivo:</u> evaluar la presencia de síntomas de TOC y rasgos de personalidad obsesiva-compulsiva.	Cooper	1970
Cuestionario de Lynfield <u>Objetivo:</u> evaluar rasgos de personalidad obsesiva-compulsiva y sintomatología de TOC		Alley y Tune	1975
MOCI	Inventario de obsesiones y compulsiones de Maudsley (<i>Maudsley O-C Inventory</i>) <u>Objetivo:</u> evaluar diferentes tipos de obsesiones y compulsiones asociadas a rituales observables	Hodgson y Rachman	1977

CAC	Listado de actividad compulsiva <i>(The compulsive activity checklist)</i>	Freund, Steketee y Foa.	1975
Ansiedad de Separación			
ASA-CL	Cuestionario de ansiedad de separación en adultos <i>(Adult Separation Anxiety Self-Report)</i>	Silove, McIntosh y Becker	1993

Tabla 2: (Fernández Álvarez y Maristany, 2008)

2.2.2 Cuestionarios, inventarios y escalas para la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada

Varios autores señalan que el campo de la evaluación del TAG se encuentra en período de crisis ya que los instrumentos que se venían utilizando hasta este momento con tal fin ya no se corresponden con la manera actual de concebirlo; en efecto, la mayor parte de éstos datan de algunas décadas atrás cuando la concepción del trastorno estaba más vinculada al concepto de ansiedad general. No olvidemos, que inicialmente el trastorno de ansiedad generalizada era considerado como un trastorno no específico, denominado a menudo como ansiedad de “flotación libre”, por lo tanto se evaluaba con medidas globales de ansiedad (Bados-López, 2005; Bobes, Bousoño, G-Portilla y Sáiz, 2002 y Dugas y Ladoucer, 2002). Por lo tanto, entre las técnicas que abordaremos, se podrá observar que las más modernas (las posteriores al DSM IV, APA, 1994) están compuestas por ítems relacionados con los criterios actuales para TAG, mientras que las precedentes son más generales. No obstante, todos los instrumentos que describiremos en este apartado se distinguen por sus propiedades psicométricas y por ser actualmente muy empleadas en la práctica diaria y en campo de la investigación.

Para la evaluación específica del trastorno de ansiedad generalizada, Dugas y Ladoucer (2002) recomiendan que se tengan en cuenta cuatro niveles de medida: 1) Entrevista estructurada para el diagnóstico y evaluación de los resultados del tratamiento; 2) medidas de los síntomas del TAG; 3) medidas de las variables claves asociadas al TAG; y 4) medidas generales de la ansiedad y la depresión. Para cada nivel estos autores sugieren los instrumentos que ellos consideran mejores (ver tabla 3). Por otro lado, Bados López (2005) - que clasifica a los cuestionarios en: los de diagnóstico; de ansiedad; de preocupaciones; de otros aspectos relacionados y de interferencia o discapacidad- también propone una batería para la evaluación del TAG tomando un inventario de cada tipo (ver tabla 4).

Tabla 3 (Dugas y Ladoucer, 2002)



Diagnóstico			
WAQ	Cuestionario de Preocupación y Ansiedad (Worry and Anxiety Questionnaire)	Dugas y cols.	2001
GADQ-IV	Cuestionario del TAG – IV (Generalized Anxiety Questionnaire - IV)	Newman y cols.	
Ansiedad			
STAI	Inventario de Estado-Rasgo de Ansiedad (State-Trait Anxiety Inventory)	Spielberger y cols.	1983
BAI	Inventario de Ansiedad de Beck (Beck's Anxiety Inventory)	Beck y cols.	1988
DASS	Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (Depression, Anxiety, Stress Scales)	Lovibond y Lovibond	1995
S-KUAS	Escala de Ansiedad de la Uni. De Kuwait (Versión Española)	A - Khalek, T- Sábado y G - Benito	2004
Jerarquía Individualizada de Situaciones asociadas con la Ansiedad		Barlow	1988
Preocupaciones			
PSWQ	Inv. De Preocupaciones de Pensilvania (Penn State Worry Questionnaire)	Meyer y cols.	1990
WDQ	Cuestionario de Áreas de Preocupación (Worry Domains Questionnaire)	Tallis, Davey y Bond	1994
WDQ-R	Cuestionario de Áreas de P. – Revisado (Worry Domains Quest. - Revised)	van Rijsoort, Em- melkamp Y Vervaeke	1999
WW	¿Por qué me preocupo? (Why Worry?)	Freeston y cols.	1994
WWS-II	¿Por qué me preocupo - II? (Why Worry? Scale II)	Dugas	1998
CWS	Escala de Consecuencias de Preocuparse (Consequences of Worrying Questionnaire)	Davey, Tallis y Capuzzo	1996

ATI	Inventario de Pensamientos Ansiosos (Anxious Thought Inventory)	Wells	1994
MCQ	Cuestionario de Meta-Cogniciones (Meta-Cognitions Questionnaire)	Cartwright-Hatton y Wells	1997
MWQ	Cuestionario de Meta-Preocupación (Meta-Worry Questionnaire)	Wells	2005
Otros Aspectos Relacionados al TAG			
IUS	Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre (Intolerance of Uncertainty Scale)	Freeston y cols. Buhr y Dugas	1994 2002
NPOQ	Cuestionario de Orientación Negativa hacia los problemas (Neg. Problem Orientation Quest.)	Rochibaud y Dugas	2005
QEC	Cuestionario de Evitación Cognitiva (Questionnaire d'Évitement Cognitif)	Gosselin y cols.	2003
IA	Intolerancia de la Ambigüedad	Pelechano y Aguilera	2004
TCQ	Cuestionario de Control de Pensamientos (Thought Control Questionnaire)	Wells y Davies	1994
SPSI-R	Inv. de Solución de Problemas Sociales (Social Problem Solving Inv. - Revised)	D'Zurilla, Nezu y Olivares	1996
MPS	Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Multidimensional Perfectionism Scale)	Frost y cols.	1990
FIS	Escala de Indecisión de Frost (Frost Indecisiveness Scale)	Frost y Shows	1993
PS	Escala de Proposición (Procastination Scale)	Tuckman	1991
Interferencia o Discapacidad			
SDI	Cuestionario de Discapacidad de Sheehan (Sheehan Disability Inventory)	Harnett-Sheehan y Raj	1996
Escala Autoevaluada de Discapacidad de Liebowitz		Liebowitz	1987

Tabla 4 (Bados-López, 2005)

Basándonos en diversos autores que abordan el tema de la evaluación de los trastornos de ansiedad (Buela-Casal y Sierra, 1996; Cía, 2007; Bobes, Bousoño, G-Portilla y Sáiz, 2002 y Bados-López, 2005) hemos tomado los instrumentos más citados. En primer término describiremos dos técnicas de evaluación psicométrica del TAG desarrolladas recientemente: *Escala de Detección de Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM-IV*; y *Cuestionario de Screening de Ansiedad*. Después, nos ocuparemos de los instrumentos anteriores al DSM-IV que, a pesar de no evaluar fielmente el concepto actual de TAG, son muy reconocidos y ampliamente utilizados, además de contribuir eficazmente en la valoración de los síntomas de ansiedad presentes en todo tipo de cuadros (Cía, 2007; Bobes, Bousoño, G-Portilla y Sáiz, 2002; Puchol, 2003 y Echeburúa, 1996): *Inventario de preocupaciones de Pensilvania*; *Inventario de ansiedad de Beck*; *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad*; *Escala hospitalaria de ansiedad y depresión*; *Inventario de ansiedad estado-rasgo*; y *Escala de ansiedad de Hamilton*. Por último, incluiremos las escalas referidas a la ansiedad del MMPI-2, por ser un autoinforme ampliamente conocido y utilizado.

- **Escala de Detección de Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM-IV** (Carrol y Davidson, 2000) (Ver anexo nº 3)

Fue desarrollada con la intención de crear un instrumento sencillo y rápido para la identificación de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada según los criterios del DSM-IV. Es una escala autoaplicada constituida por doce ítems de respuesta dicotómica que determinan la presencia o ausencia de los criterios DSM-IV para el TAG. Una parte de los ítems (8 de los 12) se refieren al componente cognitivo o psíquico de la ansiedad, es decir, a la presencia de síntomas de nerviosismo, preocupación, inquietud y concentración. De los cuatro restantes, un ítem se refiere específicamente a las dificultades de sueño, otro a la tensión muscular y los últimos dos evalúan la interferencia con la vida diaria y la necesidad de solicitar ayuda.

La escala se responde en relación a la mayoría de los días de los últimos seis meses, estableciendo de esta manera un marco temporal congruente con el criterio temporal para el TAG del DSM-IV (Bobes, Bousoño, G-Portilla y Sáiz, 2002).
- **Cuestionario de Detección de Ansiedad** (ASQ-15 Anxiety Screening Questionnaire) (Wittchen y Boyer, 1998) (Ver anexo nº 4)

Se trata de una herramienta sencilla diseñada para la detección del TAG y otros síndromes de ansiedad. Todos sus ítems, excepto el primero, han sido extraídos del M-CIDI (Munich Composite International Diagnostic Interview) y adaptados para ser autoadministrados.

Consta de quince ítems de respuesta dicotómica, agrupados en tres secciones:

 1. Motivo de consulta, ítem 1, no es diagnóstico y permite clarificar otros problemas.
 2. Diagnósticos, ítems 2 a 7. Cada uno de ellos evalúa un diagnóstico distinto: trastorno depresivo mayor, trastorno y síndrome de pánico, trastorno de ansiedad social, agorafobia, trastorno de estrés postraumático y estrés agudo y trastorno de ansiedad generalizada. Si la respuesta a estos seis ítems es negativa, se da por finalizada la realización del cuestionario.
 3. Trastorno de ansiedad generalizada: ítems 8 a 15. Evalúa tanto los criterios diagnósticos del trastorno como síndromes de ansiedad subclínicos, teniendo en cuenta aspectos tales como: contenidos de las preocupaciones y ansiedad; dificultad para controlar las preocupaciones; síntomas físicos; impacto sobre la vida del paciente y criterio temporal.
- **Inventario de Preocupación de Pensilvania** (Penn State Worry Questionnaire, PSWQ) (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990) (Ver anexo nº 5)

El PSWQ es un inventario que tiene por principal objetivo evaluar la tendencia general a preocuparse, variable que parece cumplir un importante rol en todos los procesos emocionales y en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, pero que es especialmente relevante en el trastorno de ansiedad generalizada, cuya principal característica diagnóstica es – ya mencionado en la descripción del cuadro clínico de TAG – una preocupación excesiva e incontrolable. Es por esto que los instrumentos orientados a la evaluación de las preocupaciones patológicas son de especial interés en lo que refiere al TAG (Nuevo, 2002 y Echeburúa, 1996).

Consta de 16 ítems orientados al fin de medir el grado de preocupabilidad, considerado éste como un rasgo. Los pacientes tienen que señalar, en una escala de 1 “nada” a 5 “mucho” (en un rango de puntuación total de 16 a 80), hasta qué punto los define cada uno de los enunciados propuestos (Nuevo, 2002).

Una posible limitación - que señala Echeburúa (1996) - desde la perspectiva de la medida del cambio terapéutico, es la conceptualización de la preocupabilidad del sujeto únicamente como un rasgo.

- **Inventario de Ansiedad de Beck** (Beck Anxiety Inventory, BAI) (Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988) (Ver anexo nº 6)

Este inventario fue desarrollado por la necesidad de un instrumento fiable que discriminara la ansiedad de la depresión. Incluso ofrece ventajas clínicas y para fines de investigación sobre medidas de autoaplicación existentes, que no han podido diferenciar la ansiedad de la depresión de manera adecuada (Beck, 1988). Consta de 21 ítems y tiene por objetivo evaluar la intensidad de la ansiedad clínica en pacientes psiquiátricos sin solaparse con la evaluación de la depresión. Cada uno de los ítems describe un síntoma común de la ansiedad; se le pide al evaluado que califique el grado de molestia que ha padecido por cada uno de éstos durante la semana anterior en una escala de 4 puntos que van de 0 "ninguno", 1 "ligero", 2 "moderado" y 3 "grave". El puntaje total se obtiene de la suma de los alternativas elegidas por cada ítem por el sujeto. La puntuación media obtenida por los pacientes aquejados de trastornos de ansiedad es de 25,76 y por sujetos del grupo control es de 15,88 en el rango de la escala que va de 0 a 63 (Beck, 1988 y Echeburúa, 1996).

El BAI es un elemento fiable y válido como medida de la ansiedad y como medida de cambio terapéutico en muestras psiquiátricas, y sirve, además, para discriminar a pacientes aquejados de trastornos de ansiedad de pacientes con trastornos del estado de ánimo.

Una limitación de este inventario, según indica Echeburúa (1996) es que los ítems referidos a síntomas físicos de la ansiedad están sobrerrepresentados ya que la validación del BAI se ha hecho fundamentalmente con pacientes aquejados de trastorno de pánico.

- **Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad** (ISRA) (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986)

Este instrumento fue creado con el fin de evaluar el nivel general de ansiedad de una manera simple y rápida. Se distingue de los demás porque permite evaluar la frecuencia con que se manifiestan una serie de *respuestas cognitivas* (preocupación, miedo, aprensión, sensación de inseguridad, etc.), *fisiológicas* (diversos índices de activación del sistema nervioso autónomo y simpático) y *motoras* (varios índices de agitación motora) de ansiedad ante distintas *situaciones* (de evaluación, interpersonales, fóbicas y de la vida cotidiana) (Iruarrizaga, 1997 y Martínez-Sánchez et. al., 1995).

En un formato "Situación – Respuesta", el ISRA consta de 224 ítems, formados por la interacción de 22 situaciones y 24 respuestas representativas de los tres sistemas de respuesta. Incluye, además una situación abierta que puede ser descrita por el sujeto (Iruarrizaga, 1997). Éste debe responder a los ítems de acuerdo con una escala de frecuencia de 5 puntos, donde 0 es "casi nunca" y 4 "casi siempre", indicando la frecuencia con que aparece cada una de las respuestas ante cada situación (Iruarrizaga, 1997).

El cuestionario ofrece información de las siguientes escalas:

Sistemas de respuestas

C: Reactividad cognitiva (manifestaciones cognitivas de la ansiedad).

F: Reactividad fisiológica (respuestas fisiológicas de la ansiedad).

M: Reactividad motora (manifestaciones motoras de la ansiedad).

Áreas situacionales o rasgos específicos:

FI: Ansiedad ante la evaluación

FII: Ansiedad interpersonal

FIII: Ansiedad fóbica

FIV: Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana.

T: Es una puntuación total, producto de la suma de las puntuaciones de los tres sistemas de respuesta, y ofrece una estimación del nivel general o rasgo general de ansiedad.

Las puntuaciones directas obtenidas en cada escala y en el total, luego son transformadas para hacer evaluar los resultados en relación a la población de referencia. Miguel Tobal (1985, citado en Martínez-Sánchez et.al.) sostiene que el ISRA posee propiedades psicométricas destacables, relativas a su validez, así como a su capacidad de discriminación, tanto entre grupos con diversos trastornos de ansiedad, como entre ansiedad y depresión. También, según indican diversos autores, este inventario ha demostrado ser útil en la valoración de los factores emocionales asociados a diversas patologías (Martínez Sánchez et al., 1993; Miguel Tobal et al., 1994; Pérez Pareja et al., 1994 citados en Martínez Sánchez et. al., 1995) en las que la ansiedad constituye un papel importante entre sus factores de riesgo.

- **Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión** (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD) (Zig-mong y Snaith, 1983) (Ver anexo nº 7)

Es una escala que tiene como objetivo principal el de detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o, en medios ambulatorios comunitarios o de atención primaria así como determinar la gravedad de los mismos (Echeburúa, 1996). Fue diseñada con la intención de crear un instrumento de detección de trastornos depresivos y ansiosos que cumplieran con las condiciones de no estar contaminado por la sintomatología de la enfermedad física que presenta el paciente y de diferenciar claramente entre los trastornos depresivos y los de ansiedad (Bobes, Bousoño, G-Portilla y Sáiz, 2002).

La escala se constituye por catorce ítems que se encuentran agrupados en las subescalas de ansiedad y depresión de siete ítems cada una. Los ítems se encuentran entremezclados, siendo los impares los que conforman la subescala de ansiedad y los pares la de depresión. El contenido de los ítems está más referido a los aspectos psicológicos que somáticos de la ansiedad y depresión. Para la evaluación de la sintomatología depresiva, el foco está puesto en la anhedonia como síntoma nuclear de la depresión, registrando manifestaciones relacionadas con disfrute, risa, alegría, torpeza, interés por el aspecto personal e ilusión. La subescala de ansiedad está centrada en la típica sintomatología psíquica que corresponde a tensión, nerviosismo, aprensión, preocupación, inquietud, nervios en el estómago y angustia.

Se suele utilizar la forma autoaplicada a pesar que sus autores recomiendan que esta escala sea heteroadministrada. El paciente ha de contestar, tomando como marco de referencia temporal la última semana, cada ítem utilizando una escala tipo Likert que unas veces se refiere a la intensidad del síntoma y otras a la frecuencia de presentación. En ambos casos la escala clínica oscila entre 0 "ninguna intensidad" y 3 "casi todo el día, muy intenso" (Bobes, Bousoño, G-Portilla y Sáiz, 2002 y Echeburúa, 1996). Para obtener los puntajes de cada escala se suman las puntuaciones en cada uno de los ítems que las conforman. Los puntos de corte sugeridos para la interpretación son los siguientes:

 - 0-7 rango de normalidad;
 - 8-10 caso probable;
 - 11-21 caso de ansiedad o de depresión.
- **Inventario de ansiedad estado-rasgo** (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1970) (Ver anexo nº 8)

Este instrumento fue diseñado originalmente para evaluar una dimensión estable de la personalidad (la ansiedad como "rasgo" o la tendencia a la ansiedad), pero incluye también una subescala de "estado", que, permite detectar las conductas de ansiedad en la situación actual del paciente (Echeburúa, 1996). Si bien nos ocuparemos profundamente del STAI en el capítulo siguiente, por ahora, podemos adelantar que es uno de los instrumentos de evaluación más utilizados en psicoterapia principalmente por demostrar alta sensibilidad con respecto al cambio sintomático. Esto los hace de gran utilidad en tratamientos breves para evaluar el curso de la evolución sintomática y el grado de malestar subjetivo que presenta el paciente. Se suele administrar en etapas intermedias del tratamiento y al finalizarlo (Farnsworth, Hess y Lambert, 2001).
- **Escala de Ansiedad de Hamilton** (Hamilton Anxiety Rating Scale HARS) (Hamilton, 1959) (Ver Anexo nº 9)

Fue diseñada con la intención de valorar la intensidad de la ansiedad, para lo que se ha convertido en una de las escalas más utilizadas (Bobes, Bousoño, G-Portilla y Sáiz, 2002).

Particularmente, la HARS ha sido diseñada para obtener una valoración cuantitativa de la sintomatología de la ansiedad y se aplica a pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad, para el estudio de la evolución clínica de la enfermedad durante el tratamiento (Hamilton, 1959). Es importante mencionar que esta escala no puede utilizarse para el diagnóstico de trastorno de ansiedad, ya que patologías no específicamente ansiosas pueden conducir a puntuaciones elevadas (Hamilton, 1959) aparte de que los ítems que contiene son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, que no hacen referencia a ningún trastorno en concreto. Sin embargo, en el caso del TAG, señala Cía (2007) que algunos autores utilizan como criterio de respuesta las puntuaciones en los dos primeros ítems -que se refieren humor ansioso y tensión- ya que los restantes no son específicos de este trastorno.

Consta de catorce ítems que evalúan diferentes manifestaciones de la ansiedad que son las que describiremos a continuación, además de un ítem que se ocupa de evaluar específicamente el ánimo deprimido. Los aspectos de la ansiedad que evalúa esta escala son:

 1. Aspecto psíquico: incluye ítems que evalúan el humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, funciones

intelectuales y humor depresivo.

2. Aspecto físico/somático: se evalúan síntomas musculares, sensoriales, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genitourinarios y autonómicos.
3. Aspecto conductual/comportamental: incluye la evaluación de la conducta del paciente durante la entrevista.

Se trata de un instrumento heteroaplicado, es decir, que funciona como una entrevista semiestructurada en donde el clínico ha de juzgar si cada uno de los ítems está presente y con qué intensidad está presente. Para ello tiene una escala de puntuación tipo Likert que oscila entre 0 "ausente" y 4 "intensidad máxima". El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los tres últimos) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista (Cía, 2007; Bousoño, Bobes, G-Portilla y Sáiz, 2002 y Hamilton 1959). Es un instrumento muy tenido en cuenta por proporcionar una puntuación total que surge de la suma de los puntajes de los catorce ítems; y además puntuaciones para los factores de ansiedad psíquica y ansiedad somática. Los puntos de corte recomendados son:

- 0-5: no ansiedad;
- 6-14: ansiedad leve;
- > ó = 15: ansiedad moderada/grave.

Acerca de las limitaciones que presenta esta escala, Echeburúa (1996) comenta que tienen que ver con su carácter heteroaplicado, aparte de la amplitud de contenido de los ítems que pueden resultar muy globales, implicando la interposición de una posible fuente de error entre el comportamiento y la medida. Por otro lado, ítems como el insomnio y las dificultades de concentración son comunes también a otros cuadros clínicos como la depresión. Por último, este autor señala como otra limitación la heterogeneidad de los síntomas que impide discriminar un trastorno de otro. En cuanto al carácter heteroaplicado, para asignar puntuaciones más adecuadas a cada paciente y así aumentar la fiabilidad interevaluadora, Ballenger y Lewis (citados por Cía, 2007) han creado una serie de instrucciones válidas para los primeros 13 ítems.

- **Escalas de Ansiedad del MMPI-2 – Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota de Hathaway y McKinley (1943).**

Si bien el MMPI-2 es un autoinforme destinado a evaluar los trastornos de la personalidad, incluye dos escalas (ANX y A) que pueden resultar de gran utilidad a la hora de detectar desajustes relacionados con la ansiedad. Asimismo, se han desarrollado en la actualidad escalas especiales de evaluación de trastornos específicos de ansiedad (Silin, 2008). El inventario completo consta de 567 ítems y su aplicación es sencilla, el individuo en evaluación lee los enunciados y responde dicotómicamente entre las opciones "verdadero" o "falso". Los ítems no se analizan individualmente sino que se examinan en conjunto de manera que se puedan obtener patrones de grupos de personas (Barlow y Durand, 2001 y Millon y Davis, 2001). Está constituido por distintas escalas y subescalas que lo complementan:

- **Escalas Básicas:**

- **Escalas de Validez:** Sinceridad; Validez; Factor Corrector; e Interrogantes. Estas sirven para evaluar acerca de la cooperación, la apertura y la buena disposición para brindar información personal ; y para orientar al terapeuta acerca de la modalidad defensiva predominante (Casullo, 2006)
- **Escalas Clínicas:** Hipocondriasis; Depresión; Histeria; Desviación Psicopática; Masculinidad/Feminidad; Paranoia; Psicastenia; Esquizofrenia; Hipomanía; Introversión Social.

- **Escalas de Contenido:** Ansiedad; Miedos; Obsesiones; Depresión; Preocupaciones por el estado de salud; Pensamiento bizarro; Hostilidad; Cinismo; Prácticas antisociales; Comportamiento tipo A; Baja autoestima; Malestar social; Problemas sociales; Interferencias laborales; Indicadores negativos hacia el tratamiento.

La interpretación de estas escalas supone que las respuestas brindadas por el sujeto permiten conocer acerca de sus sentimientos, estilo de personalidad y problemas pasados o presentes. Se asume que el sujeto desea comunicar sus ideas, actitudes, creencias y problemas.

Escala ANX (Ansiedad): Consta de 23 ítems que tratan sobre la presencia de problemas de ansiedad generalizada. Sus ítems abarcan síntomas como tensión, problemas somáticos, dificultades de sueño, preocupaciones excesivas y problemas de concentración. Los sujetos que obtienen puntuaciones altas suelen referir sensación de pérdida de control sobre su mente, experimentan la vida en términos de tensión y tienen dificultades para tomar decisiones. Estas personas han reconocido la mayoría de síntomas de ansiedad presentados. En general suelen reconocer y admitir sus problemas y síntomas ansiosos (Casullo, 2006).

- **Escalas Suplementarias:** Alcoholismo; Potencial adicción; Reconocimiento de adicción; Malestar matrimonial; Hostilidad excesivamente controlada; Dominancia; Responsabilidad social; Estrés post-traumático; Fuerza del yo; Ansiedad; Represión; Inadaptación universitaria; Roles y géneros. Fueron construidas para enriquecer la interpretación de las escalas básicas y aumentar así el espectro de problemas y desórdenes clínicos.

Escala A (Ansiedad): Creada por Welsh en 1956, consta de 39 ítems. Puntajes elevados sugieren aflicción, ansiedad e inconformismo. Las personas con esta puntuación tienden a ser inhibidas y sobrecontroladas, con dificultades para tomar decisiones sin hesitación ni incertidumbre, ajustándose como pueden a las exigencias sociales. Son sujetos que se caracterizan por escasa autoconfianza bajo situaciones de estrés, pesimismo, timidez, retracción e inseguridad. Puntajes bajos indican no reconocimiento de ansiedad y muchas veces reflejan a sujetos enérgicos, competitivos y extravertidos. Esta escala está significativamente correlacionada con las escalas Psicastenia y Esquizofrenia (Casullo, 2006).

2.2.3 Autorregistros

Los procedimientos de autorregistro u autoobservación constituyen una de las bases de la evaluación conductual. Éstos se refieren a los sujetos que observan y registran las veces que tienen lugar determinadas conductas (Herbert y Nelson-Grey, 1997). Constituyen, en ocasiones, el único modo de evaluación de las interacciones concretas de la vida real de los pacientes y posibilitan la detección de los elementos situacionales y de respuesta más significativos, anotados además inmediatamente después de que la conducta ha tenido lugar (Echeburúa, 1996). La conducta se refiere a cualquier cosa que haga el paciente, desde acciones motoras externas a sucesos cognitivos internos – por ejemplo, preocupación excesiva en el TAG – que pueden ser el objetivo del tratamiento (Herbert y Nelson-Grey, 1997).

El autorregistro es un proceso que incluye dos fases. En primer lugar el paciente debe discriminar aspectos de su propia conducta, es decir, darse cuenta que la conducta realmente ha ocurrido; y en segundo lugar debe registrarla o apuntarlo empleando el procedimiento que haya acordado con el terapeuta para hacerlo (ver tabla 3). A partir de estos registros diarios se pueden obtener datos a emplear en dos etapas del proceso terapéutico: la evaluación y el tratamiento. Durante la evaluación, los autorregistros van a permitir determinar la clase y frecuencia de las situaciones problemáticas (así como el número y el tipo de personas implicadas en las mismas), los estímulos antecedentes y las consecuencias de la conducta del sujeto y el grado de ansiedad percibido. Con esta información, se van a establecer patrones consistentes sobre las conductas y sus variables dominantes; y sobre posibles técnicas de tratamiento. En una segunda instancia, el autorregistro se volverá a usar para registrar la frecuencia de las conductas seleccionadas para poder evaluar el fracaso o el éxito de las técnicas empleadas.

No obstante, el grado de motivación del sujeto, los problemas de reactividad, la falta de conciencia precisa sobre las conductas implicadas o las distorsiones en el recuerdo puede interferir en la validez de los autorregistros (Herbert y Nelson-Grey, 1997 y Echeburúa, 1996).

TABLA 3: Registro de cogniciones, emociones y conductas, utilizado a menudo para trastornos de ansiedad. (Robles García y Páez Agraz, 2007)

A = Antecedente Situación	B = Pensamientos, ideas, creencias Pensamientos ilógicos y automáticos	C = Consecuencias emocio- nales y/o conductuales Emociones Conductas negativas des- adaptativas
¿Quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde?	¿Qué estaba pasando por mi mente justo antes de empezar a sentirme de esta forma? ¿Qué imágenes o recuerdos tengo de esta situación?	¿Qué siento? ¿Qué hago o dejo de hacer? ¿Con qué intensidad (0-100% lo siento)? ¿Con qué frecuencia?

Referente a la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada Bados López (2005) ha reunido diversos modelos de autorregistro que pueden resultar útiles:

- Uno de ellos consiste en que el paciente debe consignar al final del día según escalas 0-8 el nivel medio de ansiedad, su nivel máximo de ansiedad, su nivel medio de depresión, su nivel medio de afecto positivo y el porcentaje del día (de 0 a 100%) que pasó preocupado.
- En otro tipo (más inmediato) el sujeto registra cada momento que se siente preocupado o ansioso los siguientes aspectos: factores precipitantes (situacionales, cognitivos o emocionales), nivel de ansiedad y preocupación, pensamientos tenidos y métodos o conductas empleados para reducir la preocupación o la ansiedad. Butler (1994, citado por Bados López, 2005) ha señalado otros aspectos interesantes que también se podrían incluir en los registros: número de contratiempos diarios; grado de malestar asociado con la preocupación y el nivel de interferencia en la vida diaria a través de calificaciones de concentración, toma de decisiones, sueño, relajación, placer, etc., según lo que el clínico considere pertinente para cada paciente.
- Por último, destaca el modelo de autorregistro propuesto por Wells (1997). Se utiliza en el transcurso del tratamiento, y se apunta: fecha, situación, disparador de la preocupación, descripción de la preocupación, pensamientos negativos sobre la preocupación (preocupación acerca de la preocupación), tipo e intensidad (0-100) de la reacción emocional, respuesta a la preocupación acerca de la preocupación y recalificación de la emoción.

2.3 Registros Psicofisiológicos

"Psicofisiología alude a cambios mensurables en el sistema nervioso que reflejan sucesos emocionales y psicológicos"
(Barlow y Durand, 2001, p. 92)

Los métodos psicofisiológicos de evaluación usan indicadores como el ritmo cardíaco, la presión sanguínea, la respuesta galvánica de la piel (respuesta electrodérmica o conductividad de la piel) y la temperatura corporal para evaluar problemas psicológicos. En esencia, estos procedimientos intentan cuantificar las respuestas fisiológicas; cuantificación que, posteriormente se utiliza para obtener datos psicológicos del individuo (Kaplan y Saccuzzo, 2006). Dentro de la psicología clínica y la medicina conductual se ha mostrado la relevancia que el componente psicofisiológico puede tener en la etiología, desarrollo y mantenimiento de numerosos trastornos psicofisiológicos (Comeche, Vallejo y Díaz, 2000, citados en Díaz, Comeche y Vallejo, 2004). Asimismo, se hace cada vez más visible la utilidad de dicho componente en el diagnóstico y proceso terapéutico de problemas clínicos como la depresión o los trastornos de ansiedad. En lo que respecta a estos últimos, estas medidas de evaluación resultan muy importantes en especial para el trastorno de estrés postraumático. Sucede que las personas con este trastorno sufren fuertes respuestas fisiológicas al enfrentarse (conciente o inconcientemente) con estímulos (imágenes, sonidos, olores) relacionados al trauma (Díaz, Comeche y Vallejo, 2004 y Barlow y Durand, 2001).

Relacionado específicamente con la evaluación fisiológica de la ansiedad, Carrolles y Díez Chamizo (1987) señalan que no es posible utilizar indistintamente cualquier respuesta fisiológica como índice, sino que por el contrario es preciso identificar el patrón de respuestas característico de cada sujeto o de cada situación estimular antes de que pueda ser utilizado como medida en la evaluación de la ansiedad. Sería entonces conveniente registrar simultáneamente diferentes medidas fisiológicas con el fin de seleccionar posteriormente la medida, o medidas, más adecuadas. En relación a esto, a pesar de no haberse podido identificar empíricamente una única medida psicofisiológica de la ansiedad, para los fines de la evaluación psicológica se ha encontrado cierta consistencia respecto de varias medidas fisiológicas como *las respuestas electrodérmicas* y *las respuestas cardiovasculares*. Respecto a la actividad electrodérmica, suele afirmarse que esta parece construir un índice adecuado del estado de miedo o ansiedad, lo que ha sido demostrado en distintas poblaciones de sujetos fóbicos, tanto ante estímulos reales como audiovisuales e imaginarios. A pesar de que esta medida tiene el inconveniente de ser uno de los sistemas de respuesta que se produce ante estímulos novedosos o especialmente significativos; las respuestas a los estímulos temidos son mayores que las producidas por estímulos neutros así como también la tasa de habituación y recuperación de las mismas son más lentas, lo que permite distinguirlas entre sí. Una medida electrodérmica de especial significación en el caso de la ansiedad son las fluctuaciones espontáneas en el nivel de la conductancia de la piel, que tienen lugar en ausencia de estimulación específica. En referencia a esta medida, se ha observado una clara relación entre la presencia de tensión por amenaza y el aumento en la tasa de fluctuaciones espontáneas. Todas estas características hacen que esta medida sea considerada como única de la ansiedad por proporcionar un índice directo del estado transitorio de miedo, relacionado con estímulos amenazantes. Aparte de esta, otras medidas fisiológicas relacionadas con la ansiedad, son las respuestas cardiovasculares, de las cuales la más utilizada por su facilidad de

obtención y su amplitud de aplicación es la tasa cardíaca (Carrobles y Díez Chamizo, 1987).

En oposición a las ventajas y comentarios acerca de la metodología psicofisiológica que hemos repasado, son pocos los psicólogos clínicos que la utilizan de una forma rutinaria en su trabajo, probablemente porque su uso está, en gran medida, limitado por los aspectos técnicos del instrumental, la complejidad de los sistemas evaluados, la diversidad de metodologías utilizadas y la frecuente presencia de variables extrañas. Exigen una gran destreza y pericia técnica por parte del clínico. Aún cuando se apliquen de forma adecuada, las mediciones generan a menudo resultados incongruentes debido a mencionadas dificultades de procedimiento o técnicas, o por la índole de la respuesta misma. Es por esto y, en ocasiones también por cuestiones económicas, que su utilización parece limitarse únicamente a aquellos trastornos en los que resultan particularmente importantes (Díaz, Comeche y Vallejo, 2004; Barlow y Durand, 2001 y Echeburúa, 1996). (Para obtener más información, recomendamos los capítulos dedicado a registros psicofisiológicos en Buela-Casal y Sierra, 1997 y Fernández – Ballesteros y Carrobles, 1987).

2.4 Observación

La observación sistemática es una estrategia proveniente del modelo conductual, que permite cuantificar la conducta espontánea de los sujetos en el momento en que se produce y en su entorno natural, sin introducir elementos de distorsión (Quera y Behar, 1997). Esta “cuantificación” se refiere básicamente a la recolección de información acerca de antecedentes, frecuencia, duración e intensidad de las conductas por parte de un observador externo que generalmente es el terapeuta (Robles García y Páez Agraz, 2007). Su fin principal consiste en evaluar pensamientos, emociones y comportamientos de un individuo en situaciones o contextos específicos para, con dicha información, poder explicar por que este individuo podría tener dificultades en determinado momento (Barlow y Durand, 2001).

Además de hablar con el cliente en el consultorio sobre un problema, algunos clínicos van al hogar o al lugar de trabajo para observar a la persona y los problemas informados por ésta, pero de manera directa. Como no siempre es sencillo o accesible ir a la casa, lugar de trabajo, o escuela, etc. del paciente, algunos terapeutas optan por montar escenarios análogos, es decir, representar simulacros como los role-playing, para poder observar como se comporta el sujeto en situaciones similares a las de la vida cotidiana. Para la observación se identifican conductas objetivo con la finalidad de establecer qué factores influyen en ellas para luego poder determinar la existencia de algún patrón de conducta con el que se trabajará durante el tratamiento (Barlow y Durand, 2001).

La evaluación conductual puede ser más apropiada que cualquier otra entrevista en términos de valoración de individuos que no son suficientemente mayores o no tienen las destrezas necesarias para informar sus problemas y experiencias con claridad. Es por esto que la observación directa puede constituir uno de los métodos de evaluación más importantes en niños pequeños o personas con deficiencias o diversos impedimentos cognitivos (Barlow y Durand, 2001). En efecto, la mayoría de modelos de observación formal que se han desarrollado están destinados a niños. Si bien en este trabajo nos hemos propuesto ocuparnos de los métodos de evaluación para adultos, en primera instancia vamos a presentar un sistema para niños de preescolar de Morris y cols. (1977) a modo de ejemplo de este tipo de evaluación conductual en el trastorno de ansiedad generalizada: *“En una situación de prueba y antes de comenzar la tarea, se pregunta a los niños si la tarea parece fácil o difícil y se piensan que la pueden hacer bien. Tras 5 minutos de tarea, se les pregunta lo que han estado pensando, lo bien que lo han hecho, si han pensado que la tarea era fácil o difícil y si han estado nerviosos. Se consideran dos tipos de indicadores de preocupación: a) verbales: expectativas negativas, evaluaciones negativas de sí mismo y de la tarea y respuestas no correspondientes a la tarea; b) conductuales: fruncir el entrecejo, menear la cabeza, pedir retroalimentación y mirar a estímulos no pertinentes a la tarea”* (Bados López, 2005, p. 24).

Hasta aquí, sin haberlo mencionado explícitamente, nos podemos haber percatado de que en la observación de conductas suelen distinguirse dos tipos diferentes: la observación en situaciones naturales (ir al trabajo, escuela del paciente) y la observación en situaciones artificiales o de laboratorio (observar al paciente en el consultorio mientras hace su relato). En el caso de la evaluación de la ansiedad, a estas dos categorías principales se le puede sumar una tercera: los test situacionales y de role-playing, que son ampliamente utilizados en esta área. A continuación describiremos cada una de las modalidades:

- **Observación en situaciones naturales:** una forma simple y directa de obtener información acerca del problema de ansiedad de un paciente es la de acompañarlo a la situación problema y observar allí directamente su conducta (Barlow y Durand, 2001). Esta forma es factible de ser usada en numerosos problemas como la agorafobia, el miedo a conducir o a determinados animales, e incluso ante dificultades en las relaciones interpersonales.

Una ventaja de este modo sobre las situaciones de laboratorio es su naturaleza menos restrictiva al

exponerse el sujeto a una mayor gama de estímulos en su contexto real. El observar al sujeto ante situaciones claramente representativas de las que constituyen su problema, se resuelven varios problemas de generalización y validez.

Algunos de los problemas que presenta este tipo de observación tienen que ver con la cantidad de tiempo consumido por el procedimiento, la dificultad de aplicación en determinadas situaciones, o hasta incluso, puede plantear dificultades éticas. A éstos se le pueden agregar dificultades en la cuantificación de los datos registrados y problemas de reactividad (que la conducta del sujeto se vea afectada por el hecho de ser observado). El problema de la reactividad ante la observación se ha intentado superar recurriendo a personas del medio natural del sujeto (familiares) para que realicen la observación, u observando al sujeto sin que éste esté avisado de ello. En el primer caso no se resuelve del todo el problema, presentándose dificultades de precisión y confianza en las observaciones obtenidas de este modo por personas allegadas al paciente y sin una preparación especial para la realización de la tarea. En ocasiones se recaban observaciones de ambas fuentes, directamente por el terapeuta y por algún familiar. El otro procedimiento, el recurrir a la observación sin advertencia por parte del sujeto, además de las considerables dificultades de que pueda llevarse a cabo, presenta una serie de problemas éticos que habría que tener en cuenta (Bados López, 2005 y Carroble y Díez Chamizo, 1987).

- **Observación en situaciones artificiales:** con mucha más frecuencia en la evaluación de la ansiedad se recurre a la simulación de situaciones relacionadas con el problema presentado por el paciente, en la propia clínica (o laboratorio). El procedimiento general en estas situaciones consiste en exponer al sujeto al objeto temido, dándole instrucciones de que se aproxime progresivamente al mismo lo más que pueda, y registrándose de forma cuantificada (normalmente mediante alguna puntuación escalar) su conducta de escape o evitación. Asimismo, puede pedírseles a los sujetos que expresen verbalmente los pensamientos o sentimientos que van experimentando al mismo tiempo que se van exponiendo o aproximando al objeto fóbico. Estos tests, se denominan como "tests de evitación conductual" o de "aproximación conductual" y han sido muy utilizados en la evaluación de fobias específicas (principalmente a animales); agorafobias y trastornos obsesivos compulsivos. Aparte de esta modalidad, denominada "activa", existe también la modalidad pasiva del test de evitación conductual que se llama así ya que en esta el paciente permanece inmóvil siendo el objeto temido movido gradualmente en dirección a él. Las correlaciones entre ambas maneras, activa y pasiva, han demostrado ser muy elevadas, por lo que la elección de una u otra, depende de la pericia y experiencia del terapeuta. A pesar de sus ventajas, los tests de evitación pueden presentar algunos problemas que hacen que los datos obtenidos deban ser tomados con precaución como representativos del comportamiento del sujeto en su vida normal. Características de la situación artificial tales como el medio seguro y protector ofrecido por el terapeuta y la eliminación de la incertidumbre, bajo las cuales se realizan estas pruebas, pueden hacer que la conducta del sujeto cambie significativamente respecto de la situación real. Por lo tanto, podemos decir que los datos obtenidos de la observación en situaciones artificiales cumplen con el propósito de ofrecer una evaluación precisa sobre el problema real presentado por un determinado sujeto en la medida en que las condiciones del test se aproximen a la situación natural del medio en el que habitualmente vive este sujeto (Quera y Behar, 1997; Echeburúa, 1996 y Carroble y Díez Chamizo, 1987).
- **Tests situacionales y "role-playing":** también llamados test de ejecución interpersonal, son una variedad de tests situacionales que consisten en la exposición del sujeto a situaciones provocadoras de tensión y en el registro de los signos o manifestaciones externas de ansiedad que suelen acompañar la ejecución de un sujeto en distintas situaciones. Uno de los primeros trabajos en esta línea ha sido desarrollado por Paul (citado por Carroble y Díez Chamizo, 1987) para medir la ansiedad manifestada ante la situación de hablar en público, consiste en hacer que un sujeto emita un pequeño discurso ante una audiencia, al tiempo que varios observadores entrenados registran las distintas manifestaciones externas de ansiedad que interfieren con la conducta del sujeto (repeticiones o bloqueos en el discurso), e igualmente signos observables de excitación fisiológica (temblor de manos, sudoración excesiva, respiración agitada o contracción en los músculos de la cara). Todo ello según un programa pautado para registros de datos (el Timed Behavioral Checklist, TBCL) desarrollado por el mismo autor. Las tareas de role-playing, en ciertos modos similares a los tests de ejecución, se han creado especialmente en conexión con la evaluación de problemas de ansiedad social, déficits asertivos y falta de competencia en las relaciones sociales (Echeburúa 1996 y Carroble y Díez Chamizo, 1987).

2. 5 Evaluación proyectiva

Una característica importante de la evaluación a través de las técnicas proyectivas es el empleo de tareas no estructuradas, es decir, tareas que permiten una variedad prácticamente ilimitada de respuestas posibles. Así - presentando al sujeto situaciones desestructuradas, vagas y ambiguas - es como estas técnicas tratan de describir las influencias internas y, presuntamente inconcientes (Millon y Davis, 2001 y Anastasi y Urbina, 1998). Los desarrollos en torno a este tipo de evaluación son innumerables (Millon y Davis, 2001), y se pueden discriminar diferentes grupos de técnicas: de manchas, gráficas, verbales y de ejecución. No obstante, todas se caracterizan por aproximarse de manera global a la valoración de la personalidad sin concentrar la atención en la medición de rasgos separados, sino en una imagen compuesta de la personalidad (Anastasi y Urbina, 1998). Es por esta razón que no encontraremos técnicas o métodos de evaluación proyectiva destinados a la medición específica de los distintos aspectos o áreas específicas, como sería - de especial interés para este trabajo - la ansiedad. En su lugar, veremos que cada técnica ofrece diversos "indicadores" que orientan sobre la prevalencia de distintos rasgos, mecanismos o características por sobre otros en la personalidad de cada sujeto evaluado.

Para permitir el libre juego de la fantasía del individuo se proporcionan breves instrucciones generales y, por la misma razón los estímulos de la prueba suelen ser vagos o ambiguos. La hipótesis de fondo es que la forma en que el individuo percibe e interpreta el material del instrumento o en que "estructura" la situación reflejará aspectos fundamentales de su funcionamiento psicológico. En otras palabras, se espera que los materiales de la prueba sirvan como una especie de pantalla sobre la que los individuos "proyectan" sus procesos de pensamiento, necesidades, ansiedad y conflictos inconscientes. Es así que, como las consignas o estímulos presentados son muy ambiguos y desestructurados, las respuestas que se obtienen son únicas dependiendo de cada sujeto en que se administren, esto las convierte difíciles de contabilizar y las expone a errores de interpretación por parte del evaluador, tanto así como otras falencias en cuanto a su confiabilidad y validez. Sin embargo, la evaluación proyectiva es cada vez más utilizada y tenida en cuenta para conocer los conflictos internos de los pacientes. Es en este último aspecto en el que estas técnicas son muy útiles en los trastornos de ansiedad, ya que gracias a éstas - siempre y cuando el clínico que las administre posea pericia y experiencia al respecto - el sujeto podrá aproximarse al trasfondo psíquico que mantiene o que le ha dado origen a su patología (Barlow y Durand, 2001 y Anastasi y Urbina, 1998).

Tres de las pruebas mayormente conocidas y empleadas son la prueba de las manchas de tinta de Rorschach, el Test de Apercepción Temática, y la prueba de frases incompletas. A su vez, existen diversos tests proyectivos gráficos que son ampliamente utilizados por su fácil administración y por la riqueza de información que proveen, algunos de éstos son: el dibujo de la figura humana, el dibujo de la familia, el dibujo del hombre bajo la lluvia, el test de las dos personas, el test de la Casa-Árbol-Persona (HTP) y los dibujos de animales entre los innumerables tests gráficos que existen. A continuación haremos una breve descripción del test de Rorschach y los tests gráficos. Dedicaremos especial atención a los indicadores de ansiedad que nos ofrecen estas herramientas.

2.5.1 Test de Rorschach

Creado en 1921 por Hermann Rorschach, se trata esencialmente de un test de percepción que consta de diez manchas de tinta, en el que el sujeto responde explicando lo que ve en cada una de ellas. Constituye una herramienta de medida de las dimensiones de la personalidad que se agrupan bajo las denominaciones actividad intelectual, actividades psíquicas internas y vida de fantasía.

Dentro de "actividad intelectual", las dimensiones incluídas son: percepción de la forma, F+; percepción global, W; organización, Z; sucesión; contenido animal, A; respuestas originales; contenido; respuesta vulgar; y número de respuestas, R. En esta sección exploraremos únicamente aquellas dimensiones que nos pueden brindar mayor información relacionada con la presencia de ansiedad.

- Percepción de la forma, F+: es medida de la claridad de percepción a lo largo de un continuo que va desde una percepción rígida hasta una percepción indefinida o borrosa. En la depresión un elevado porcentaje de F+ se interpreta como la necesidad de mostrarse rígida, inalterable y obsesivamente cauteloso al observar las propiedades del mundo. Esto, a su vez, es indicador de aprensión y ansiedad.
- Organización, Z: mide la aptitud para captar relaciones nuevas y significativas entre porciones de las figuras, que no suelen estar realmente organizadas. Una persona en estado de ansiedad o alerta no consigue organizar, ni mucho menos, las relaciones que cabría esperar.

El grupo de las "operaciones psíquicas internas" se constituye de: color, C; respuestas de sombras, F; vista, V; textura, T; y las respuestas de movimiento, M.

- Sombras, respuestas determinadas por la luminosidad o claroscuro: las emociones dolorosas,

relacionadas con actitudes ansiosas y depresivas y con sentimientos impropios, se proyectan en el test a través de las respuestas de sombras.

- Respuestas de Textura, T: se interpreta como una expresión de ansiedad vaga e incierta como consecuencia de una necesidad de afecto y una sensación de privación de afectos gratificantes.

Hasta aquí hemos revisado los factores estructurales de la personalidad a través de las medidas que nos revelan la estructura clínica del sujeto, es decir, lo que es la persona. Sin embargo, con esta información solamente desconocemos el origen o la causa del conflicto, para ello se analiza el contenido asociativo, dimensión que proveerá datos sobre la vida personal del individuo, a qué influencias ha estado expuesto y de dónde procede (Anderson y Anderson, 1951).

2.5.2 Tests proyectivos gráficos

Resaltando la utilidad de las técnicas proyectivas gráficas, Hammer (2006, p.51), señala que no podemos controlar los músculos de la misma manera que el lenguaje y toma las palabras de Goldsmith quien decía que "el verdadero uso del lenguaje no consiste tanto en expresar nuestras necesidades como en ocultarlas". En este sentido, Hammer enfatiza en la riqueza de los gráficos ya que no podemos controlar a los músculos de la misma manera que controlamos lo que decimos. Los adultos tienden a expresar sus pautas constrictivas, expansivas o agresivas mediante el manejo del espacio en el papel y no tanto por medio de conductas manifiestas en el consultorio. Por ello se considera que las técnicas proyectivas poseen mayor utilidad con los adultos que con los niños. Incluso en la actitud del individuo al enfrentar la tarea se pueden revelar características de su personalidad. Por ejemplo, en relación al índice de acatamiento de la consigna, cuando se registra que la cooperación por parte del sujeto es básica o superficial, podríamos interpretar cierta evasividad o negativismo.

La interpretación de los tests gráficos permite obtener material significativo respecto de la dinámica y estructura de la personalidad del sujeto; y según el test específico del que se trate proveerá información más profunda en otros aspectos. Por ejemplo, el dibujo de la familia provee datos sobre las relaciones vinculares fantaseadas del sujeto con su grupo familiar (Frank de Verthely, 1985), el DFH (dibujo de la figura humana) entre otras cosas provee información sobre el esquema corporal del sujeto y diversos contenidos relacionados al cuerpo; y el HTP (casa-árbol-persona) brinda la posibilidad de observar la imagen interna que el examinado tiene de sí mismo y de su ambiente, qué cosas considera importantes, cuáles destaca y cuáles desecha (Hammer, 2006).

Las hipótesis inferidas deben ser siempre corroboradas por los demás materiales del psicodiagnóstico y comprendidas en el contexto de los datos de historia y conducta manifiesta del sujeto (Frank de Verthely, 1985). Estas hipótesis se realizarán a partir de los siguientes observables:

1. Conducta general del sujeto: el comportamiento de este durante la prueba, su relación con el entrevistador, aceptación de consigna, comentarios, comportamiento no verbal, gestos, etc. permitirá hipotetizar respecto de la conducta manifiesta esperable por parte del examinado en otras situaciones que promuevan una ansiedad similar.
2. Características formales del dibujo: tamaño general, emplazamiento en la hoja, modalidad de trazado, simetría, grado y áreas de completamiento, detalles, proporciones, sombreado, borrado, etc. aplicándose las pautas de interpretación que comparte con los demás tests gráficos. Se debe hacer un análisis intertest e intratest para ver si hay convergencias y divergencias dentro del mismo dibujo.
3. Características de contenido del dibujo: postura, expresión facial, importancia dada a los detalles tales como la chimenea, ventana, distintas partes del cuerpo, ropa accesorios.

A continuación vamos a mencionar y reseñar brevemente aquellos indicadores presentes en las técnicas gráficas que suelen estar relacionados con la ansiedad o con su etiología:

- Presión es un indicador del nivel energético; los trazos fuertes corresponderán a los sujetos más asertivos mientras que los trazos livianos se presentarán en individuos caracterizados por la restricción y la represión. En una investigación de Pfiester citada por Hammer (2006) se comprobó que tanto los pacientes fóbicos (neuróticos temerosos) como los esquizofrénicos crónicos ejercía muy poca presión. Por otro lado, Hammer señala que los pacientes extremadamente tensos a veces pueden realizar el mismo tipo de línea característica de los enfermos mentales, pesadas y con gran fuerza. Sin embargo, el tipo de línea que está mayormente asociado a la ansiedad como así también a la inseguridad, es el de las líneas quebradas, fragmentadas o esquiciadas. Cuando hay *línea fragmentada* se expresa ansiedad, timidez, temor, falta de autoconfianza, sentimientos de inadecuación, vacilación en la conducta y en el enfrentamiento de situaciones nuevas (Hammer, 2006 y Koppitz, 2006). Tanto los trazos muy cortos y amontonados como el trazado constreñido (no libre) revelan ansiedad e inseguridad, propios de personas tensas o apartadas.

- *Borrar excesivamente* a veces puede ser un indicador de autoinsatisfacción, o de incertidumbre e indecisión.
- El empleo de *detalles excesivos* en los dibujos, suele ser característicos de los obsesivo-compulsivos. Los niños y adultos neuróticos que sienten que el mundo que los rodea es incierto, imprevisible o peligroso, se defienden contra el caos (interno o externo) creando un mundo muy estructurado y ordenado con rigidez. Estas personas necesitan que sus dibujos sean muy exactos, por ello crean elementos rígidos y repetitivos. No hay nada fluyente en ellos, nada relajado en las líneas ni en los dibujos ni en el conjunto. Todo esta como reunido por la fuerza, como si sintieran que sin esa presión todo se desmoronaría.
El correlato emocional más frecuente de los detalles excesivos en un dibujo es la sensación de incapacidad de relajación. Suelen ser dibujos de personas paradas con rigidez y con actitud vigilante, con la cabeza y el cuerpo muy firmes, las piernas apretadas entre sí y los brazos rectos y pegados al cuerpo. Ello implica actitud de escasa libertad, muy controlada y básicamente defensiva, en general se trata de personas a quienes las relaciones espontáneas con los demás y con el mundo representan una grave amenaza.
- Que los dibujos se mantengan una *simetría* bilateral acentuada también está relacionado con esta rigidez y necesidad de control que emocional de tipo obsesivo.
El *sombreado* es interpretado como una manifestación de angustia, y se estima que el grado de sombreado esta relacionado con la intensidad de esta (Hammer, 2006 y Koppitz, 2006).
El sombreado de la cara es muy inusual, a pesar de ello, se registran dos tipos de sombreado: de la cara entera – efectuado por pacientes dominados por la ansiedad y con un concepto muy pobre de sí - , y parcial de la cara (boca, nariz, ojos) – observado en sujetos menos perturbados que los anteriores (Koppitz, 2006).
El sombreado del cuerpo se puede asumir que revela grandes áreas de preocupación, pero no indica la causa específica subyacente a la ansiedad manifiesta.
- Las *omisiones y distorsiones* de cualquier parte de la figura sugieren que los conflictos del examinado pueden relacionarse con dichas partes, así como hemos visto para las partes borradas, marcadas, sombreadas o reforzadas, debe considerarse su posible vinculación con áreas conflictivas (Hammer, 2006). Por ejemplo: la omisión de la nariz puede significar angustia por el cuerpo y culpa por la masturbación; la omisión de los brazos se vincula con ansiedad y culpa por conductas sociales inaceptables que implican a los brazos o las manos; la omisión de las piernas parece implicar intensa angustia e inseguridad y la omisión del cuerpo, que es un signo serio de patología, puede reflejar entre otras condiciones, aguda ansiedad por el cuerpo y angustia de castración (Koppitz, 2006).
- Al igual que las dos anteriores, se estima que la *transparencia* en alguna zona específica del cuerpo indica ansiedad y preocupación por esa región en particular. En general se trata de la zona genital, y la transparencia viene a reflejar angustia, conflicto o miedo agudo (Koppitz, 2006).
- Por último, entre los indicadores específicos de contenido encontramos que el dibujo de nubes suele presentarse en sujetos muy ansiosos con dolencias psicósomáticas. Hay cierto consenso, que en los niños, el dibujo de nubes suele indicar cierta presión desde "arriba", que en este caso, serían los padres.

Capítulo 3. Datos normativos del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo en Adultos de la ciudad y provincia de Buenos Aires, Argentina

Hasta aquí hemos contemplado que la prevalencia de los trastornos de ansiedad es realmente prominente a nivel mundial; tanto que, resulta de gran importancia contar con instrumentos de evaluación confiables y válidos verificados en diferentes poblaciones y culturas que permitan su diagnóstico y/o valoración oportunos. Como hemos visto, cuestionarios, inventarios y escalas son ampliamente utilizados en investigación por estas razones. Entre ellos el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, de Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), es uno de los más utilizados (Agudelo Vélez, Casadiegos Garzón, y Sánchez Ortiz, 2008; Vera Villarroel, Celis Atenas, Córdova Rubio, Buela Casal, y Spielberg, 2007; Kaplan y Saccuzzo, 2006; Andrade, Gorenstein, Vieira Filho, Tung, y Artes, 2001 y Echeburúa, 1996). Este instrumento se desarrolló con el fin de obtener información confiable y rápida en forma autoadministrada, tanto en la investigación como en la práctica clínica. Después de varias décadas desde su creación estos fines parecen haberse cumplido en tanto que la evidencia sugiere que es un instrumento

confiable y que la mayoría de sus ítems son apropiados. Asimismo, Gauthier y Bouchard (citados por Vera Villarroel, Celis Atenas, Córdoba Rubio, Buela Casal y Spielberger, 2007) en el año 1993 señalaban que ya para ese entonces se sabía de 3300 estudios científicos que utilizaban el STAI y su versión adaptada para niños, STAI C, para gran variedad de áreas, desde psicología clínica hasta psicología del deporte, medicina, psiquiatría, etc.

Este capítulo consiste en la realización de un estudio cuyo fin es reportar los datos normativos para una muestra de población general del STAI (207 personas entre 18 y 76 años de edad). Nuestro objetivo principal se centra en la obtención de datos fiables de los niveles de ansiedad en Buenos Aires (Ciudad y Provincia). Nos impulsa la necesidad de contar con baremos locales, no solo para este instrumento, sino para tantos otros que son ampliamente utilizados pero todavía no cuentan con información actualizada y confiable sobre la población a la que evalúa. Es por eso, que pretendemos que este trabajo sirva para fomentar estudios posteriores en los que se logre profundizar el análisis para enriquecer las propiedades de este inventario. Además, creemos que sería útil identificar en nuestra muestra el grupo más afectado y compararlo con el prototipo de personas propensas a sufrir trastornos de ansiedad, o TAG, presentado en el primer capítulo.

Como ya hemos mencionado en el capítulo sobre evaluación de ansiedad donde hicimos una breve reseña sobre el STAI, éste es un instrumento que ha sido creado con el fin de medir dos componentes separados de la ansiedad: ansiedad como estado y ansiedad como rasgo. El marco teórico en el que se sustenta está dado por el concepto de señal de peligro de Freud y las concepciones de estado-rasgo de ansiedad de Catell posteriormente redefinidas y elaboradas por el creador de este instrumento, Charles D. Spielberger (Leibovich de Figueroa, 1991). Asumimos que el lector conoce los grandes aportes de Freud sobre ansiedad y angustia, por lo que hemos optado por no detenernos en este tema ya que nos resultaría inabarcable y terminaríamos corriendo el riesgo de caer en reduccionismos teóricos. De lo contrario, consideramos pertinente describir con más esmero los desarrollos de Catell y Spielberger.

Luego de describir las bases teóricas en las que se sustenta el STAI, seguiremos el modelo típico para estos estudios, puntualizando aspectos tales como la muestra; los instrumentos utilizados; el procedimiento; los resultados obtenidos y finalmente la discusión acerca de ellos.

3.1 Marco teórico: Ansiedad estado y ansiedad rasgo

Spielberger (1972, citado por Cía, 2007 y por Carrobles y Díez Chamizo, 1987) postula que una teoría adecuada de la ansiedad debería considerar este constructo como el de un proceso psico-biológico complejo, distinguiendo a su vez, conceptual y operacionalmente a la ansiedad como un estado transitorio, o como un rasgo que permanece relativamente estable en determinadas personas. Este punto de vista corresponde al estudio de la ansiedad desde la perspectiva de la investigación de la personalidad. Autores como el recién citado Spielberger, Lazarus y Catell, investigaron el rol de los factores cognitivos en las situaciones de estrés y ansiedad, e intentaron hacer una demarcación clara y objetiva entre los estados y rasgos de ansiedad (Carrobles y Díez Chamizo, 1987)

En realidad, los pioneros en esta distinción fueron Catell y sus colaboradores que mediante la técnica del análisis factorial investigaron la relación existente entre medidas fisiológicas y cuestionarios autoadministrables de ansiedad y llegaron a identificar los factores denominados rasgo y estado de ansiedad. El primero, fue interpretado como una medida estable de las diferencias individuales, como una característica unitaria relativamente permanente de la personalidad. Mientras que el segundo factor, estado de ansiedad fue definido como una condición emocional transitoria que fluctúa a través del tiempo. Alrededor de los años 1970 y 1972 Cattell y Scheier elaboraron el cuestionario "16 PF" (16 factores de la personalidad) en gran parte con la intención de medir y diferenciar el estado y el rasgo de la ansiedad. Su trabajo es uno de los primeros intentos sistemáticos para identificar y medir estos dos constructos. (Leibovich de Figueroa 1991 y Carrobles y Díez Chamizo, 1987).

Bajo esta perspectiva, Lazarus por su parte ha brindado mucha trascendencia al estudio del estrés. Ha investigado la relación existente entre las condiciones antecedentes que producen estados emocionales, las reacciones emocionales propiamente dichas y los procesos cognitivos que median entre las situaciones que producen una "amenaza" (utiliza este término en lugar de ansiedad) y las reacciones emocionales determinadas con las que los sujetos responden para reducirlas. Para Lazarus el estrés es tanto un estímulo como una respuesta. Como estímulo se trataría de fenómenos o circunstancias ambientales que alteran a un organismo y como respuesta serían diversas reacciones del organismo (sentimientos molestos, alteraciones en las conductas motoras, en los esquemas cognitivos y en las respuestas fisiológicas) que se presentarían en un estado de estrés (Carrobles y Díez Chamizo, 1987).

Finalmente, Spielberger que desarrolló el STAI con el fin de medir de una manera fácil y rápida el estado y el rasgo de ansiedad, redefinió cuidadosamente estos conceptos:

- ***Ansiedad estado*** (State Anxiety): un corte temporal transversal en la corriente (stream) emocional de la vida de una persona. Se constituye por los sentimientos subjetivos de tensión, aprehensión, nerviosismo, etc., acompañados con una activación del sistema nervioso autónomo. Esto sucede porque ante una situación concreta estresante o amenazante, un sujeto puede expresar una reacción de ansiedad durante un cierto período de tiempo, acompañada de cambios fisiológicos y conductuales; el sujeto se encontraría bajo un estado emocional transitorio de ansiedad. Esta concepción se asemeja bastante a la de ansiedad como "señal de peligro" de Freud que destacaba que la ansiedad consistía en una reacción emocional que servía para señalar la presencia de una situación peligrosa (Leibovich de Figueroa, 1991 y Carrobles y Díez Chamizo, 1987). Vallejo Ruiloba (1998, p.383) resume el estado de ansiedad descrito por Spielberger como "*la valoración del estado mental definido en tiempo presente*".
- ***Ansiedad rasgo*** (Trait Anxiety): definida en términos de las relativamente estables diferencias entre la gente en relación a la tendencia a percibir las situaciones estresantes como peligrosas y en la disposición a responder a tales situaciones con mayor o menor grado de ansiedad. En otras palabras, ansiedad estado hace referencia las características de personalidad que hacen a algunas personas más propensas que otras a padecer estados de ansiedad (Vallejo Ruiloba, 1998; Leibovich de Figueroa, 1991 y Carrobles y Díez Chamizo, 1987). Spielberger, Pollance y col. (citados por Cía, 2007) afirman que las personas con elevada tendencia o rasgos de ansiedad son más vulnerables al estrés o responden a un rango más amplio de situaciones viviéndolas como amenazantes o peligrosas. Además, señalan, como estas personas tienden a concebir el mundo de esta manera, experimentan reacciones de ansiedad estado más frecuentemente y con mayor intensidad que las personas que no sufren esta tendencia. De esto se desprende, que la ansiedad estado se considera un multicomponente proceso emocional que refleja las diferencias propias de cada persona en relación a la predisposición ansiosa.

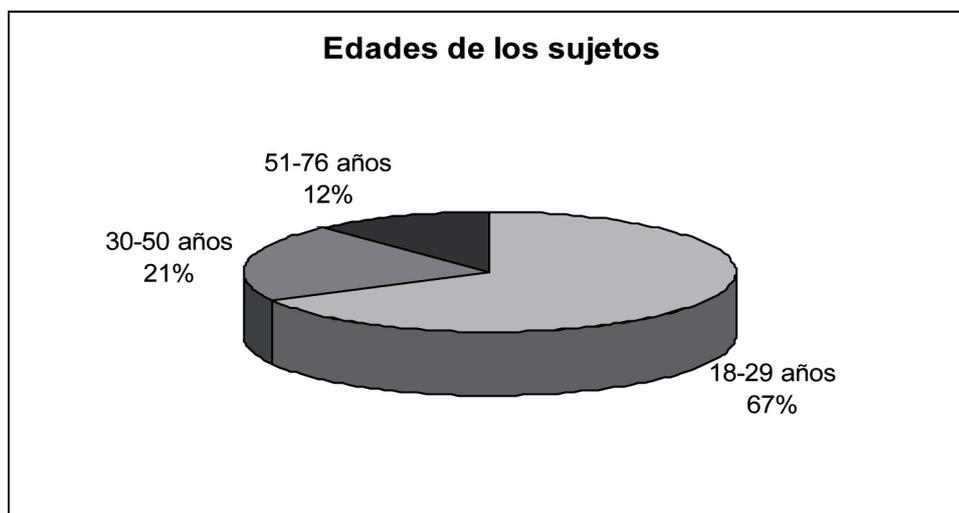
Vallejo Ruiloba (1998) alinea estos conceptos en relación con su encuadramiento clínico de la siguiente manera: *Estado de ansiedad*: crisis de angustia, estado permanente de angustia (ansiedad generalizada), reacción de angustia; *Ansiedad rasgo*: personalidad neurótica.

Para terminar, y en referencia a esto último, consideramos importante agregar que la tendencia a la ansiedad se correlaciona altamente (0.6 y 0.8) con el concepto de neuroticismo de Hans Eysenck (1970, 1972, citado por Cía, 2007). Según este autor, los neuróticos se caracterizan por presentar una intensa actividad del sistema nervioso autónomo y tasas muy lentas de adaptación a los estímulos (Cía, 2007 y Sandín y Chorot, 1995).

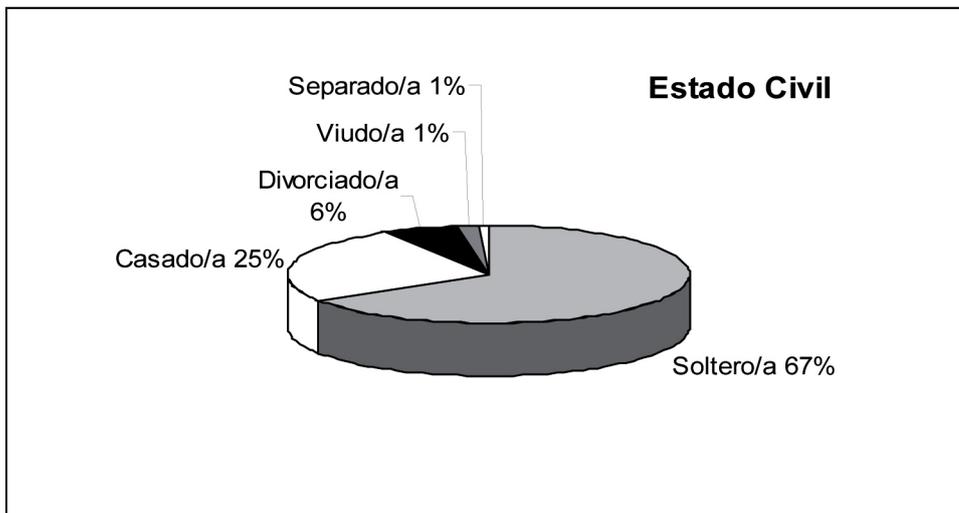
3.2 Método

3.2.1 Muestra

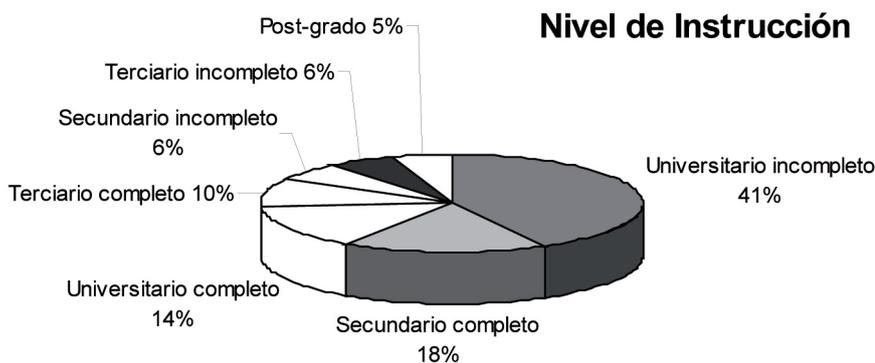
La muestra estuvo conformada por 207 personas, 132 mujeres (63,8%) y 75 varones (36,2%). De las cuales 111 (53,6%) residían en Capital Federal; y 96 (46,4%) en Provincia de Buenos Aires. Se trató de adultos de un rango de edad entre 18 y 76 años (media: 30,19; desviación estándar: 12,6; mediana: 24; moda: 21); 139 (67,1%) entre 18 y 29 años; 43 (20,8%) entre 30 y 50; y 25 (12,1%) de 50 o más.



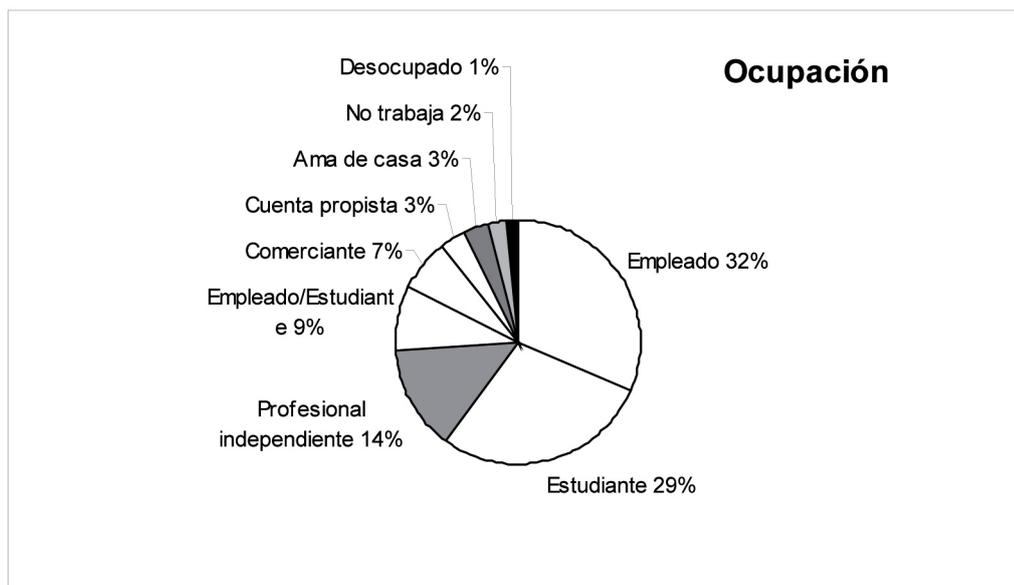
Del total de las personas que participaron, 137 (65,7%) eran solteras; 52 (25,1%) casadas; 13 (6,3%) divorciadas; 3 (1,4%) viudas; 2 (1%) separadas; y 1 (0,5%) persona se había vuelto a casar.



En relación al nivel de instrucción, la mayoría se halló en los niveles universitario incompleto, secundario completo y universitario completo. En concreto, 86 sujetos (41,5%) contaban con nivel universitario incompleto; 36 (17,4%) secundario completo; 29 (14%) universitario completo; 20 (9,7%) terciario completo; 12 (5,8%) secundario incompleto; 12 (5,8%) terciario incompleto; 10 (4,8%) post-grado; 1 (0,5%) primario incompleto y 1 (0,5%) primario completo.



Por último, con respecto a la ocupación, las categorías más elegidas fueron: empleado, estudiante, profesional independiente y la condición de estudiante y empleado en simultáneo. Con precisión, 65 de los participantes (31,6%) eran empleados; 59 (28,6%) estudiantes; 29 (14,1%) profesionales independientes; 18 (8,7%) empleados y estudiantes; 14 (6,8%) comerciantes; 7 (3,4%) cuenta propistas; 7 (3,4%) amas de casa; 5 (2,4%) no trabajaban; 3 (1,5%) desocupados; y ninguno estaba en condición de jubilado.



3.2.2 Instrumentos

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (*State-Trait Anxiety Inventory, STAI*) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970). (Ver anexo nº 8)

Es un inventario autoadministrado por el sujeto, desarrollado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo. Para ello consta de dos subescalas de 20 ítems cada una. La subescala Ansiedad-Estado evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. En esta parte el sujeto indicará en qué medida cada enunciado refleja como se siente "ahora mismo, en este momento", mediante una escala de 1 a 4: "Nada"; "Algo"; "Bastante" y "Mucho". La otra subescala, Ansiedad-Rasgo valora una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. El marco de referencia temporal en este caso de la ansiedad como rasgo es "en general, habitualmente". La escala de respuestas para las frases de esta escala también es de tipo Likert y sus opciones son: "Casi nunca"; "A veces"; "A menudo" y "Casi siempre". El tiempo de aplicación total ronda los 20 minutos aproximadamente.

Brinda una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, cada una de las cuales se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 20 ítems correspondientes. En cada una de las escalas, encontramos ítems que denotan la presencia o la ausencia de ansiedad. En los ítems que indican la presencia de ansiedad se evaluará: 1 - 2 - 3 - 4; en los ítems que denotan la ausencia de ansiedad se evaluará a la inversa: 4 - 3 - 2 - 1. Los ítems de la escala estado que denotan la ausencia de ansiedad son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20. Los ítems de la escala rasgo que denotan la ausencia de ansiedad son: 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36 y 39. La puntuación total para cada una de las subescalas oscila entre 20 y 80 puntos. No existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad. Las normas para la forma Y (segunda versión del STAI) están basadas en un total de 1838 empleados que trabajaban en la Administración Federal de Aviación. Esta muestra era heterogénea, tanto en niveles de escolaridad como en jerarquía en cargos dentro de la administración (Leibovich de Figueroa, 1991).

En cuanto a las propiedades psicométricas, posee una buena consistencia interna que oscila entre 0,90 y 0,93 para la escala de estado, y entre 0,84 y 0,87 para la escala de rasgo, propiedades suficientes para aprobar el uso del instrumento en su versión original. En cuanto a la adaptación de esta escala al español, los valores de consistencia interna para muestras de población normal y clínica son similares a las del estudio original, entre .82 y .92. Citando diversos autores (Bermúdez, 1983 e Iglesias, 1982, citados por Vera Villarroel, Celis Atenas, Buela Casal, Cordova Rubio y Spielberger, 2007; Agudelo Vélez, Casadiegos Garzón y Sánchez Ortiz, 2008; Echeburúa, 1996; y Leibovich de Figueroa, 1991) podemos destacar que los índices de validez concurrente y divergente obtenidos por la versión española, corroboran el peso psicométrico del STAI. Incluso estudios de análisis factoriales corroboran la estructura de dos factores; por ejemplo, un estudio realizado en 1990 por Evans y Crook (citados por Kaplan y Saccuzzo, 2006) que incluyó a 205 pacientes con problemas de pánico, confirmó que la ansiedad estado y rasgo son dos dimensiones diferentes, aun entre personas con problemas emocionales serios.

En sus orígenes esta prueba estaba compuesta por un número reducido de ítems que podían ser usados, con instrucciones apropiadas, para medir estado y/o rasgo de ansiedad. Su primera versión (STAI forma X) presentó algunas dificultades en su uso, tales como estar muy asociados a los ítems con depresión, presentar dificultades de comprensión en sujetos de bajo nivel de escolaridad, y cierto desbalance entre los ítems que miden presencia, de aquellos que miden ausencia de ansiedad. Es por estos motivos, que surgió la forma Y, en la cual se modificaron 30% de los ítems, manteniendo ambas formas una alta correlación (Leibovich de Figueroa, 1991). En este estudio, hemos utilizado el STAI forma Y.

3.2.3 Procedimiento

Los inventarios fueron administrados en los meses comprendidos entre Octubre y Diciembre de 2008 y Abril y Junio de 2009 por un grupo de investigación formado por estudiantes de psicología del 3° año de la Universidad de Belgrano, organizado por la cátedra de Evaluación Psicológica I a cargo de la Dra. Marina Gómez Prieto y la Dra. Mariana Maristany.

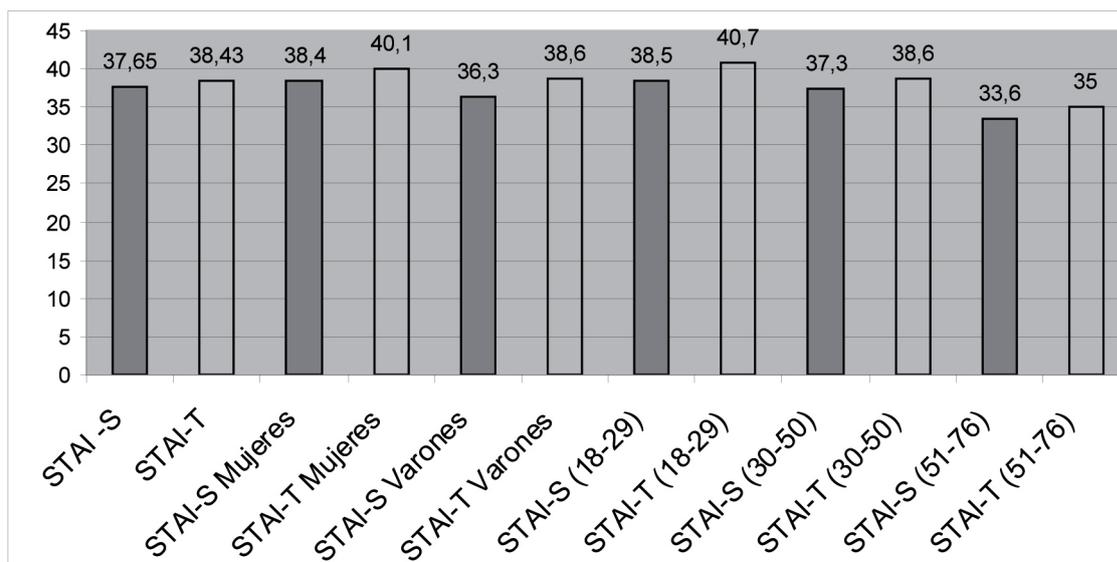
Los participantes fueron evaluados en diferentes lugares como facultad, trabajo, hogar, etc. Se sugirió que realicen las evaluaciones en lugares tranquilos tratando de mantener ciertas condiciones de intimidad. Además, se le informó a cada uno de ellos sobre los objetivos del trabajo, como así también de la condición de anonimato bajo la cual se iban a tratar los datos; y se advirtió que no se iba a brindar ningún tipo de devolución individual sobre los resultados.

Se proveyó a cada uno de los participantes de los inventarios junto con una primera hoja donde se indagaba sobre los datos personales (edad; sexo; estado civil; nivel de instrucción; ocupación y lugar de residencia) y sobre la realización de tratamiento psicoterapéutico así como sobre la ingesta de psicofármacos en ese momento. Los sujetos que contestaron afirmativamente en alguna de esas dos preguntas fueron excluidos de la muestra. (Ver anexo nº 10)

3.3 Resultados

La media de puntajes para la escala Ansiedad Estado (STAI-S) fue de 37,65 (SD= 8,81), para mujeres fue de 38,43 (SD= 9,31) y para varones de 36,29 (SD= 7,74). La media para la escala Ansiedad Rasgo (STAI-T) fue de 39,56 (SD= 8,91), para mujeres fue de 40,14 (SD= 9,03) y para varones de 38,56 (SD= 8,69).

En relación a las edades, para el rango 18-29 años, la media de puntajes de ansiedad estado fue 38,5 (SD= 9,03) y de ansiedad rasgo 40,7 (SD= 8,72). En el grupo de 30-50 años se obtuvo 37,3 (SD= 8,76) en ansiedad estado; y 38,6 (SD= 9,20) en ansiedad rasgo. Finalmente, las medias de los puntajes obtenidos en las escalas STAI-S y STAI-T para los individuos entre 51-76 años fueron 33,6 (SD=6,52) y 35 (SD= 8,2) respectivamente.



El coeficiente alfa de Cronbach para STAI-S (ansiedad estado) por toda la muestra fue de .93 y para STAI-T (ansiedad rasgo) fue de .86. Ambas sub-escalas han demostrado una adecuada consistencia interna por toda la muestra, lo que indica un buen nivel de fiabilidad.

3.4 Discusión

Este estudio presenta los datos normativos del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) en adultos (18-76 años) de la provincia y ciudad de Buenos Aires.

Antes de iniciar la discusión es conveniente señalar que la muestra empleada en el estudio no es una muestra clínica y por lo tanto los índices de ansiedad no son tan altos como podría esperarse en una muestra con diagnóstico de algún trastorno de ansiedad. Sin embargo, aunque los resultados no son suficientes para estimar la gravedad de los síntomas de ansiedad de los participantes del estudio, sí llama la atención que las puntuaciones son altas.

Los resultados encontrados señalan que sí existen diferencias por sexo, respecto a la presentación de los síntomas de ansiedad. En el caso de las mujeres se observa que tienden a puntuar más alto que los hombres. Estos datos se correlacionan con otras investigaciones como la de Agudelo Vélez, Casadiegos Garzón y Sánchez Ortiz (2008) realizada en población general en la que hallaron que las mujeres tienen mayor tendencia a presentar tanto síntomas depresivos como ansiosos en mayor medida que los hombres. Así como también correlaciona con la información que se maneja habitualmente sobre los grupos con mayor predisposición a la ansiedad (Cía, 2007; Cascardo y Resnik, 2006; Barlow y Durand, 2001). No obstante, en un estudio realizado en Chile (Vera Villarroel y col., 2007) y en otro llevado a cabo en Argentina, en la provincia de Corrientes (Czernik, Dabski, Canteros y Almirón, 2006) no se reportaron diferencias significativas entre varones y mujeres.

Respecto a las medias de las puntuaciones, también llama la atención la diferencia entre las obtenidas por el grupo de jóvenes adultos (18-29) en relación a los otros dos grupos de edad superior. Estos resultados correlacionan positivamente con las características demográficas para personas con TAG en referencia a la edad, que como hemos descrito en el primer capítulo, se estipula que la adultez joven (20-30 años) es el rango más propenso a presentar el trastorno. En un estudio similar, realizado en Chile, y citado anteriormente, se observaron fuertes discrepancias entre las edades con la salvedad que en éste, se incluyó en la muestra a adolescentes de 13-18 años, que, en relación al grupo de adultos (19-60 años) presentó puntajes significativamente más elevados. Esto, sin embargo, se puede explicar mejor en función de las características típicas de la edad (Vera-Villarroel y col., 2007).

En todos los casos, se obtuvieron puntajes más elevados en la sub-escala STAI-T (ansiedad rasgo), que en STAI-S (ansiedad estado). Esta tendencia también se observó en el estudio realizado en la población chilena (Vera-Villarroel y col., 2007) y en un estudio realizado a estudiantes universitarios de Colombia (Agudelo Vélez, Casadiegos Garzón y Sánchez Ortiz, 2008). Podríamos pensar que algunas personas tienden a asumir las dificultades o molestias por las que atraviesan como características propias de su personalidad que han tenido durante toda la vida que como cierto malestar momentáneo; que podría modificarse realizando algún cambio. Por lo tanto sería más fácil reconocer los signos que generalmente están presentes que los que están fastidiando en determinado momento.

Finalmente, insistimos en la necesidad de seguir investigando; de realizar estudios en poblaciones clínicas para verificar las propiedades de esta escala; así como también estudios con población general donde haya mayor proporción de sujetos de edades mayores, ya que en el presente, se trató mayormente de jóvenes entre 18-29 años. Sería muy provechoso poder profundizar el análisis realizando comparaciones de acuerdo a las características demográficas para poder identificar los grupos de riesgo predominantes en diferentes culturas o contextos. Por lo pronto, de este estudio se desprende que en Buenos Aires la mayor prevalencia de ansiedad (en población general) se observa en las mujeres adultas jóvenes.

Consideraciones Finales

Mediante el desarrollo previamente expuesto hemos intentado otorgarle al lector una guía de los instrumentos útiles de evaluación clasificados en varios métodos básicos: entrevista, autoinformes, registros psicofisiológicos y observación. Así como también hemos reseñado brevemente los aportes del test de Rorschach y los tests gráficos, como pilares fundamentales y representantes del área de evaluación proyectiva con el propósito de hacer un recorrido completo integrando las distintas aristas de la evaluación psicológica que, pueden servir, o que han sido creadas especialmente para evaluar la ansiedad.

Del presente se destaca, en primera instancia, la cantidad y diversidad de métodos de evaluación existentes destinados a la exploración de la ansiedad. Esto inmediatamente nos da fundamentos para pensar en su utilidad así como también en la necesidad de seguir indagando en los mismos y en la preeminencia de hacer un empleo conjunto de ellos. Como hemos sostenido, basándonos en autores como Cía (2007) y Bados López (2005), en evaluación de la ansiedad, es recomendable hacer uso de múltiples herramientas para abordar a un buen diagnóstico y para poder efectuar un seguimiento clínico

cuantificable. En este proceso será significativa la flexibilidad del terapeuta para orientar la evaluación a medida que se vaya situando en la patología del paciente.

Siguiendo con esta idea, queremos expresar que si bien hay instrumentos que brindan mucha más información que otros, no hay uno que pueda suplir por completo al resto. Sin embargo, es bueno tener en cuenta que para cada trastorno, hay ciertas herramientas que suelen ser más efectivas en la valoración de los síntomas que otras. Por ejemplo: los autorregistros para trastorno obsesivo compulsivo o trastorno de ansiedad generalizada; los métodos de observación para fobias específicas y para ansiedad social; o los registros psicofisiológicos para trastorno por estrés post-traumático. Aunque en el trabajo hemos focalizado en la descripción de las entrevistas estructuradas; sostenemos que la entrevista de cualquier índole - libre, semidirigida o cerrada- como método de evaluación es fundamental, y no debe pasarse por alto. La escucha es el principal armamento con el que se cuenta en la psicología y resulta indispensable. En consecuencia, una entrevista completa en donde se pueda dar lugar a que el paciente pueda expresar sus vivencias y describir sus síntomas es cardinal. Las entrevistas estructuradas que hemos mencionado tienen las ventajas de orientar al clínico y de evitar que se olviden o se pasen por alto aspectos que pueden ser muy relevantes para el diagnóstico. Éstas suelen acompañarse de autoinformes que las complementan una vez que se ha llegado a cierta orientación.

En evaluación de trastornos de ansiedad, los autoinformes son instrumentos elementales. Se pueden aplicar a múltiples problemas de conducta y a variados tipos de poblaciones, permiten valorar la intensidad de los síntomas y facilitan la cuantificación de los cambios habidos tras las intervenciones terapéuticas. Además, tienen un bajo costo económico y su aplicación no requiere mucho tiempo ni pericia. Otra de sus virtudes es suministrar puntuaciones objetivas que permiten evitar en cierto modo, las interferencias provocadas por los evaluadores.

A la luz de los beneficios que presentan los cuestionarios, escalas e inventarios en lo referente a la medición de la ansiedad, hemos presentado un estudio realizado con uno de los inventarios más empleados, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. De los resultados obtenidos, nos llamó la atención que aún tratándose de población general los puntajes sean elevados. Pensamos que las características demográficas de la mayoría de la población estudiada - jóvenes adultos, estudiantes o empleados, y solteros - pueden haber sido en cierta medida determinantes para estos resultados. En consecuencia, resaltamos la conveniencia de realizar estudios futuros con población general más heterogénea por un lado; y estudios con población clínica por el otro para enriquecer el análisis de la información obtenida.

Hasta aquí hemos podido vislumbrar el gran desarrollo en materia de evaluación psicológica destinada a la ansiedad. Ello aporta datos sobre dos caras de una misma situación: por un lado, se percibe la importancia otorgada a la indagación y profundización en el conocimiento de los trastornos de ansiedad lo que simultáneamente implica un alto grado de consideración y ocupación al respecto; y por el otro, pone en antecedentes la utilidad de estas herramientas para el desarrollo de estudios así como para la práctica clínica. Por lo tanto, insistimos en la importancia de que esta situación siga este rumbo para lograr la comprensión adecuada de los datos recogidos a través de estos métodos.

Para concluir, frente a la propagación cada vez mayor de patologías relacionadas a la ansiedad, y contando con instrumentos válidos y de fácil aplicación en la práctica diaria, como lo es el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, es indispensable apoyar y seguir fomentando la investigación. Mediante este trabajo sentamos las bases para motivar futuros estudios que promuevan el desarrollo de criterios de referencia poblacionales locales para aportar a la actualización de los conocimientos y a la formación de los profesionales no solo de salud mental sino también de otras disciplinas para efectivizar la detección de signos y síntomas de ansiedad en la mayoría de ámbitos posibles.

Dalila Acuña
M. nº: 17729

Bibliografía

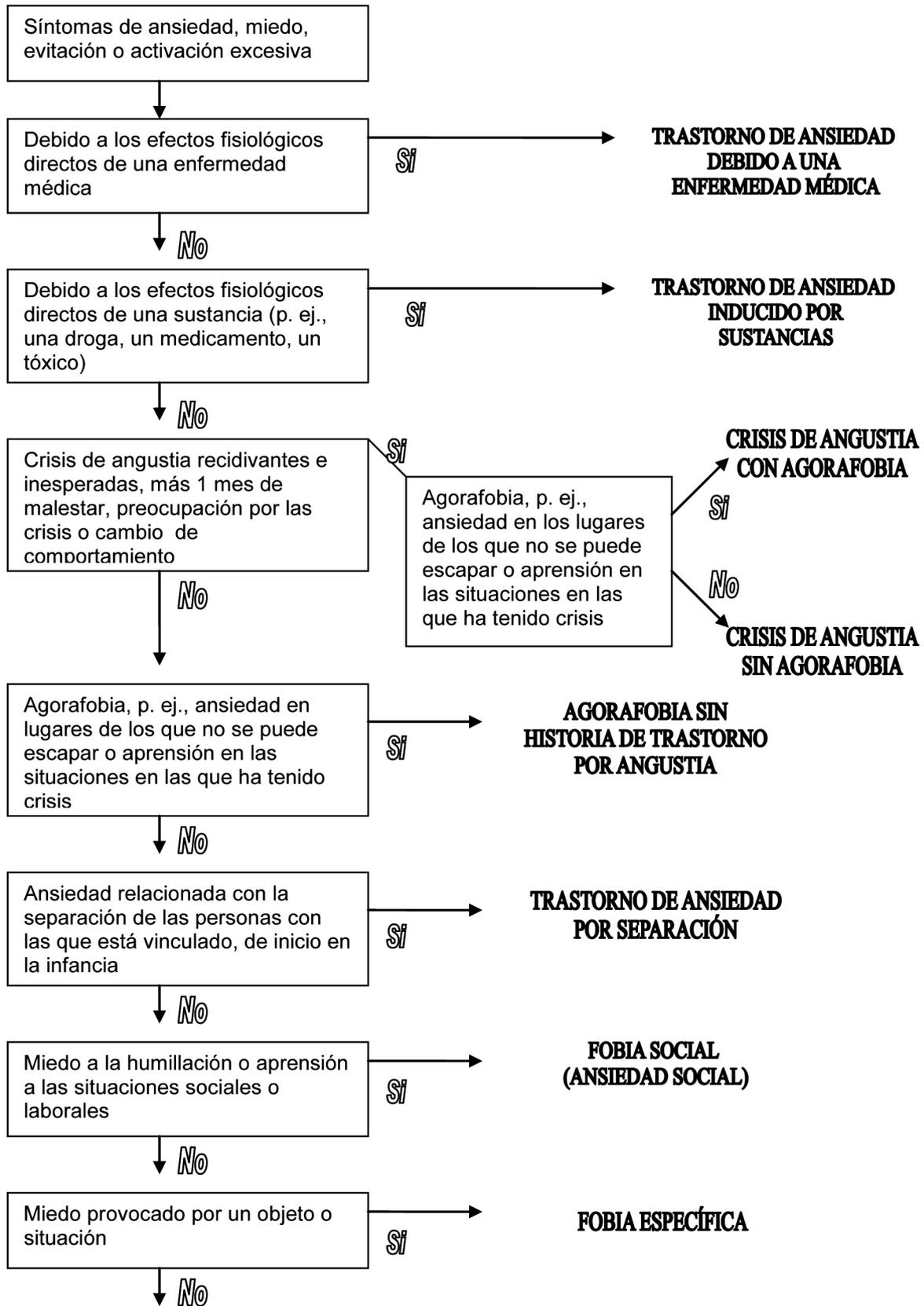
- Agudelo Vélez, D. M., Casadiegos Garzón, C. P. y Sánchez Ortiz, D. L. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, vol. 1 (1), pp.34-39.
- American Psychiatric Association (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*: DSM III-R. Masson.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Tests psicológicos*. México: Prentice Hall.
- Anderson y Anderson (1951). *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico* (2ª ed.). Madrid: Ediciones RIALP S. A.
- Andrade, L., Gorenstein, C., Vieira Filho, A. H, Tung, T. C. y Artes, R. (2001). Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to collage students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. *Brazilian Journal of Medical Research*, 34, pp. 367-374.
- Bados López, A. (2005). *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. España: Universidad de Barcelona, Facultad de Psicología, Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos.
- Barlow, D. y Durand, M. (2001). *Psicopatología*. (3ª ed.). Madrid: Thomson.
- Beck, A. (1988) *Beck Anxiety Inventory*. United States: The Psychological Corporation, obtenido el 13 de septiembre del 2009 en <http://www.cps.nova.edu/~cpphelp/BAI.html>.
- Bobes, J.; Bousoño, M.; G.-Portilla, M. P. y Sáiz, P.A. (2002). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Barcelona: Psiquiatría Editores S.L.
- Buela-Casal, G.; Celis Atenas, K.; Córdova Rubio, N.; Sipielerberger, C. D.; Vera Villaroel, P. (2007). Preliminary Analysis and Normative Data of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in Adolescent and Adults of Santiago, Chile. *Terapia Psicológica*. Vol. 25 (002), 155-162.
- Cano, A. (2002) *Normas Básicas para la Prevención de Problemas de Ansiedad y Estrés*. Málaga: Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, obtenido el 13 de septiembre del 2009 en <http://www.ucm.es/info/seas/ta/preven/index.htm>
- Carrobes, J. A. y Díez-Chamizo, V. (1987). Evaluación de las conductas ansiosas. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. Carboles (Eds.). *Evaluación conductual* (3ª ed.) Madrid: Pirámide.
- Cascardo, E. y Resnik, P. (2005). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Buenos Aires: Polemos.
- Casullo, M. M. (2006). *Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínico, forense y laboral*. (1ª reimp.) Buenos Aires: Paidós.
- Cía, A. H. (2007). *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico* (2ª ed.) Buenos Aires: Polemos.
- Conti, N. y Stagnaro J.C. (2007). *Historia de la Ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Díaz, M. I., Comeche, M. I. y Vallejo, M. A. (2004). Desarrollo de una batería de evaluación psicofisiológica en el ámbito clínico. *Psicothema* vol. 16, (nº 3), pp. 481-489.
- Dugas, M.J. y Ladoucer, R. (2002). Análisis y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. En Caballo, V. (Ed.) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Volumen 1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicológicos*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Echeburúa, E. (1996). Evaluación psicológica de los trastornos de ansiedad. En G. Buela-Casal, V. E. Caballo y J. C. Sierra (Eds.) *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. España: Siglo XXI.
- Farnsworth, Hess y Lambert (2001). *A review of outcome measurement practices in the Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Paper presented at the annual meetings of the Rocky Mountain Psychological Association, Reno, NY.
- Fernández Álvarez, H. y Maristany, M. (2008). Evaluación psicológica. En H. Fernández Álvarez (Ed.). *Integración y salud mental. El proyecto Aiglé 1977 – 2008*. España: Desclée de Brouwer.
- Frank de Verthely, R. (1985). *Interacción y proyecto familiar*. Barcelona: Gedisa.
- González, A. y Aymamí, M. N. (1998). Métodos paraclínicos de diagnóstico en psiquiatría (II). Métodos de exploración psicológica. En J. Vallejo Ruiloba. *Introducción a la psicopatología y psiquiatría* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- Hamilton, L. (1959) *Escala de Hamilton para la Evaluación de la Ansiedad*. Reino Unido: Biblioteca electrónica de Psiquiatría, obtenido el 30 de agosto del 2009 en www.psiquiatría.com.
- Hammer, E. (2006). *Tests proyectivos gráficos* (2ª ed. 2ª reimp.). Buenos Aires: Paidós.

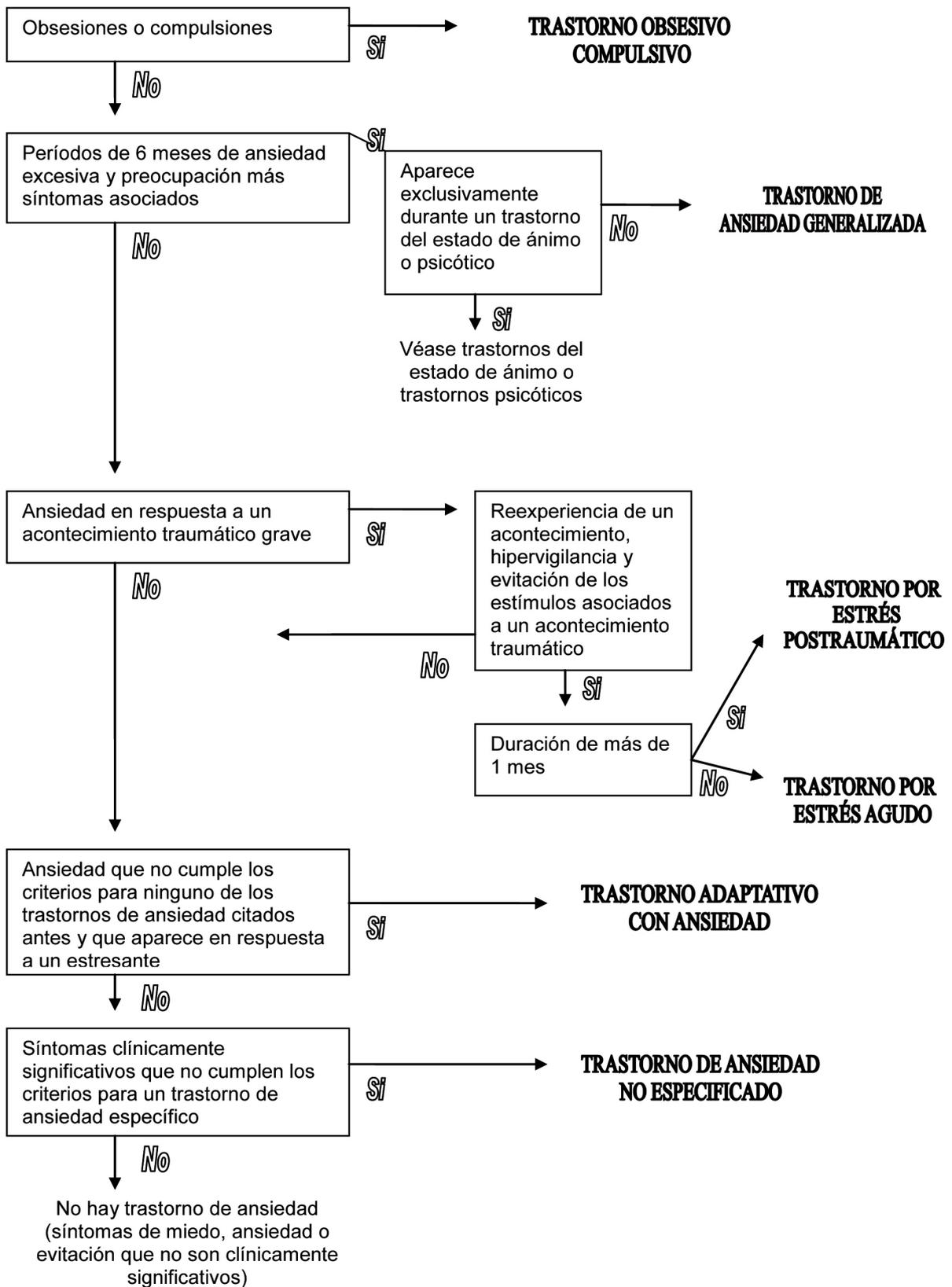
- Herbert, J. D. y Nelson Grey, R. O. (1997). Capítulo 16: La autoobservación. En Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (Eds.) *Manual de evaluación psicológica: fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Iruarrizaga, I. (1997). Reducción de la Ansiedad a través del Entrenamiento en Habilidades Sociales. *Revista electrónica de Motivación y Emoción de la Universidad Complutense de Madrid*, Vol. 2, Num. 1, obtenido el 30 de agosto del 2009 en <http://reme.uji.es/articulos/airuai462031198/texto.html>.
- Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (2000). *Sinopsis de Psiquiatría* (8ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Kaplan, R. M. y Saccuzzo, D. P. (2006). *Pruebas psicológicas: principios, aplicaciones y temas* (6ª ed.). International Thomson Editores S. A.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J.M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J., Saxena, S. y Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 229–240.
- Koppitz, E. (2006). *El dibujo de la figura humana en los niños* (12ª ed. 6ª reimp.). Buenos Aires: Guadalupe.
- Leibovich de Figueroa, N. B. (1991). Ansiedad: algunas concepciones teóricas y su evaluación. En M. M Casullo, N. B. Leibovich de Figueroa y M. Aszkenazi (Eds.). *Teoría y técnicas de evaluación psicológica*. Buenos Aires: Psicoteca Editorial.
- Martínez-Sánchez, F., Cano-Vindel, A., Castillo Precioso, J., Sánchez García, J., Ortiz Soria, B., Gordillo del Valle, E. (1995). Una Escala Reducida de Ansiedad basada en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.): Un estudio exploratorio. *Anales de Psicología*, 11(1), 97-104.
- May, R. (1987). *El dilema del hombre*. Buenos Aires: Gedisa.
- Millon, T y Davis, R. (2001). *Trastornos de personalidad en la vida moderna*. Barcelona, España: Masson.
- Navarra, G. (2001, 21 de agosto). Los trastornos de ansiedad son la consulta más frecuente. En *Diario La Nación*. Obtenido el día 19 de noviembre de 2009, de http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=329260
- Nuevo, R. (2002) *Inventario de Preocupación de Pensilvania*. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, obtenido el 30 de agosto de 2009 en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/salud/psicologia/saludmental/recursos/nuevo-inventario-01.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1993). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Meditor.
- Osorio Rojas, R. A. (2001). *El Cuestionario*. España, Universidad de Santiago de Compostela, obtenido el 21 de septiembre de 2009 en <http://www.nodo50.org/sindpitagoras/Likert.htm>.
- Pérez-Pareja, F. J. (1997). Capítulo 14: Autoinformes. En Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (Eds.) *Manual de evaluación psicológica: fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Puchol, D. (2003). *Los Trastornos de Ansiedad: La Epidemia Silenciosa del Siglo XXI*. España: Universidad de Valencia, obtenido el 13 de julio de 2009 en www.psicologiacientifica.com.
- Quera, V. y Behar, J. (1997) Capítulo 15: La observación. En Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (Eds.) *Manual de evaluación psicológica: fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Rapee R.M (1991). Psychological factors involved in Generalized Anxiety. En R.M. Rapee y D.H. Barlow (Eds.). *Chronic anxiety. Generalized anxiety disorder and mixed anxiety – depression*. New York: The Guilford Press.
- Ríos, S. A. (2009, 20 de junio). El pánico es más rápido que el virus. En *Diario La Nación*. Obtenido el día 19 de noviembre de 2009, de http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=1141410
- Robles García, R. y Páez Agraz, F. (2007). Psicoterapia cognitiva-conductual para los trastornos de ansiedad. En Hernández Lira, N. A. y Sánchez Sánchez, J. (Eds.) *Manual de psicoterapia cognitiva-conductual para trastornos de la salud*. España: Libros en Red.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología. Volumen 2*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Silin, P. (2008). *Evaluación de los trastornos de ansiedad con el MMPI-2. Escalas suplementarias y otros estudios*. Madrid, Psimática
- Siquier de Ocampo, M., García Arzeno, M., Grassano, E. y col. (1987). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI (form Y)*. Palo Alto,

CA: Consulting Psychologists Press.

- Vallejo Ruiloba, J. (1998). *Introducción a la psicopatología y psiquiatría* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- Vera Villarroel, P., Celis Atenas, K., Córdova Rubio, N., Buela Casal, G. y Spielberger, C. D. (2007). Preliminary analysis and normative data of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in adolescents and adults of Santiago, Chile. *Terapia psicológica, diciembre, vol.25* (002), pp.155-162.

Anexo nº 1 Diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad – DSM –IV (A. P. A., 1994)





Anexo nº 2 – M.I.N.I. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

Nota: de esta entrevista incluimos solamente las secciones dedicadas a los trastornos de ansiedad

M.I.N.I.

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

**MINI INTERNACIONAL NEUROPSYCHIATRICA
EVALUACION**

Versión en Español 5.0.0

DSM-IV

USA: **D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan**
University of South Florida - Tampa

FRANCE: **Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine**
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert
Instituto IAP – Madrid – España
M. Soto, O. Soto

University of South Florida - Tampa
Asesores de traducción: **L. Franco-Alfonso, L. Franco, C. Santana**

© Copyright 1992-2004 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del M.I.N.I. para su uso personal.

Nombre del paciente:	_____	Número de protocolo:	_____
Fecha de nacimiento:	_____	Hora en que inició la entrevista:	_____
Nombre del entrevistador:	_____	Hora en que terminó la entrevista:	_____
Fecha de la entrevista:	_____	Duración total:	_____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CUMPLE LOS CRITERIOS		ICD-10
		DSM IV		
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
Recidivante	o		296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCOLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
			296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTIMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	Riesgo: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto			
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
	De por vida	<input type="checkbox"/>		
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL (TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRES POSTRAUMATICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Ultimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Ultimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Ultimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Ultimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICOTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82	
			293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ANIMO CON SÍNTOMAS PSICOTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

(TRASTORNO DE ATAQUE DE PANICO)

➡ SIGNIFICA: CIRCULAR NO EN E5, E6 Y E7 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a ¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	NO	SÍ	1
	b ¿Estas crisis o ataques, alcanzan su máximo nivel en los primeros 10 minutos?	NO	SÍ	2
E2	¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma inesperada o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3	¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	4
E4	Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	a ¿Sentía que su corazón saltaba latidos, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b ¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c ¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d ¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e ¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f ¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g ¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h ¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecer?	NO	SÍ	12
	i ¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
	j ¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	k ¿Tenía miedo de que se estaba muriendo?	NO	SÍ	15
	l ¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m ¿Tenía una sensación de calor en el cuerpo o en la cara, o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5	¿MARCÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4 ?	NO	SÍ	
	SI SI A E5, PASAR A E7			
E6	SI E5 = NO , ¿MARCÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4 ?	NO	SÍ	
	SÍ ES ASI, PASAR A F1			
E7	¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener o a que recurrieran?	NO	SÍ	18

*Trastorno de Angustia
De Por Vida*

*Crisis con síntomas
limitados
De Por Vida*

*Trastorno de Angustia
Actual*

F. AGORAFOBIA

F1	¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda, o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como el estar en una multitud, el permanecer en fila, el estar solo fuera de casa, el permanecer solo en casa, el cruzar un puente, el viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SÍ	19
----	---	----	----	----

SI F1 = NO, CIRCULE NO EN F2.

F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre a través de ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	NO	SÍ	20
----	---	----	----	----

Agorafobia Actual

¿MARCÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

MARCÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

**TRASTORNO DE
ANGUSTIA
sin Agorafobia**

¿MARCÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

MARCÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

**TRASTORNO DE
ANGUSTIA
con Agorafobia**

¿MARCÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

MARCÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA, DE POR VIDA)?

NO SÍ

**AGORAFOBIA, ACTUAL
sin historial de
Trastorno de Angustia**

G. FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social)

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

<p>G1 ¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo esten observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien lo mira, o el estar en situaciones sociales.</p>	<p>➡</p> <p>NO SÍ 1</p>
--	-------------------------

<p>G2 ¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?</p>	<p>➡</p> <p>NO SÍ 2</p>
--	-------------------------

<p>G3 ¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre a través de ellas?</p>	<p>➡</p> <p>NO SÍ 3</p>
--	-------------------------

G4 ¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?

NO	SÍ
FOBIA SOCIAL	
(Trastorno de Ansiedad Social)	
ACTUAL	

H. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

- H1 ¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (ej. la idea de estar sucio, ➔ H4 contaminado o tener microbios, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en forma impulsiva, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas.)
- (NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS.)
- H2 ¿Estos pensamientos volvían a su mente aún cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos? NO SÍ
➔ H4
- H3 ¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior? NO SÍ
obsesiones
- H4 ¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como el lavar o limpiar en exceso, el contar y verificar las cosas una y otra vez o el repetir, el coleccionar, el ordenar las cosas o el realizar otros rituales supersticiosos? NO SÍ
compulsiones
- ¿MARCÓ SÍ EN H3 O EN H4? ➔ NO SÍ
➔
- H5 ¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos? NO SÍ
- H6 ¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de una manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria

NO	SÍ
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO ACTUAL	

I. ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

- | | | |
|----|---|------------|
| I1 | ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/o otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física?
EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCAÑO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL. | ➔
NO SÍ |
| I2 | Reaccionó con un miedo intenso, desamparado ó horrorizado? | ➔
NO SÍ |
| I3 | ¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (ej. lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)? | ➔
NO SÍ |

I4 En el último mes:

- | | | |
|---|--|------------|
| a | ¿Ha evitado usted pensar o hablar de este acontecimiento? | NO SÍ |
| b | ¿Ha evitado actividades, lugares o personas que le recuerden este acontecimiento? | NO SÍ |
| c | ¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento? | NO SÍ |
| d | ¿Ha disminuído su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales? | NO SÍ |
| e | ¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros? | NO SÍ |
| f | ¿Ha notado que su estado emocional esta entumecido? | NO SÍ |
| g | ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas? | NO SÍ |
| | ¿MARCÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I4? | ➔
NO SÍ |

I5 Durante el último mes:

- | | | |
|---|--|------------|
| a | ¿Ha tenido usted dificultades para dormir? | NO SÍ |
| b | ¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje? | NO SÍ |
| c | ¿Ha tenido dificultad para concentrarse? | NO SÍ |
| d | ¿Ha estado nervioso o constantemente alerta? | NO SÍ |
| e | ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa? | NO SÍ |
| | ¿MARCÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I5? | ➔
NO SÍ |

- I6 ¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales, o han sido causa de gran ansiedad?

NO	SÍ
ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL	

O. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1 a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	➡	NO	SÍ	1
b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	➡	NO	SÍ	2
	MARCAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	➡	NO	SÍ	3

O2 ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace? NO SÍ

O3 MARQUE **NO** SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.

En los últimos seis meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:

- | | | | | |
|---|--|----|----|----|
| a | ¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado? | NO | SÍ | 5 |
| b | ¿Se sentía tenso? | NO | SÍ | 6 |
| c | ¿Se sentía cansado, débil o se agotaba fácilmente? | NO | SÍ | 7 |
| d | ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco? | NO | SÍ | 8 |
| e | ¿Se sentía irritable? | NO | SÍ | 9 |
| f | ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)? | NO | SÍ | 10 |

¿MARCÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

Anexo nº 3 Escala de detección de trastornos de ansiedad generalizada según DSM-IV**Escala de detección de trastornos de ansiedad generalizada según DSM-IV**

Iniciales

DNI o N.º ID

Visita

Fecha

Protocolo número:

Instrucciones: Estas cuestiones son para preguntarle sobre cosas que puede haber sentido la mayoría de los días en los últimos seis meses

- Sí No 1. La mayoría de los días me siento nervioso(a)
- Sí No 2. La mayoría de los días me preocupo por muchas cosas
- Sí No 3. La mayoría de los días no puedo parar de preocuparme
- Sí No 4. La mayoría de los días me resulta difícil controlar mis preocupaciones
- Sí No 5. Me siento inquieto(a), intranquilo(a), o con los nervios de punta
- Sí No 6. Me siento cansado(a) fácilmente
- Sí No 7. Tengo problemas para concentrarme
- Sí No 8. Me enfado o irrito fácilmente
- Sí No 9. Mis músculos están tensos y agarrotados
- Sí No 10. Tengo problemas de sueño
- Sí No 11. Las cosas que ha señalado anteriormente, ¿afectaron su vida diaria (en el hogar, en el trabajo, o en su tiempo libre) o le causaron mucho malestar?
- Sí No 12. Las cosas que ha señalado anteriormente, ¿fueron suficientemente molestas como para que pensara en buscar ayuda para ellas?

Anexo nº 4 Cuestionario de Detección de Ansiedad (ASQ-15)

Wittchen y Boyer, 1998 (en Bobes et. al., 2002)

	Sí	No
1. ¿Cuál es la razón principal de estar aquí (marcar todas si son apropiadas)?		
– Quejas de dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Problemas psicológicos y emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Quejas físicas/enfermedad (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Otras razones (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Durante las últimas semanas, ¿ha padecido de un sentimiento de tristeza, depresión o pérdida de energía durante la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En las 2 últimas semanas, ¿ha experimentado ataques de ansiedad, cuando de repente tenía miedo, estaba nervioso(a) o bastante intranquilo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Durante las últimas semanas, ¿ha experimentado fuertes temores irracionales, en situaciones sociales tal como hablando con otros, haciendo cosas delante de otros, o siendo el centro de atención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha estado molesto por fuertes temores irracionales de usar el transporte público, estar en una tienda, haciendo cola, o estar en sitios públicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En los 2 últimos meses, ¿ha experimentado acontecimiento inusual o situación terrible o inquietante o ha padecido de las secuelas de tal acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha estado molesto con un sentimiento de estar preocupado(a), tenso(a) o ansioso(a) la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si los ítems 2 a 7 fueron negativos, ¡Finalice!		
8. ¿Estuvo ansioso(a), preocupado(a) por cosas de su vida diaria, como tareas de casa, el trabajo, la familia, el(la) compañero(a), los niños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Estuvo preocupándose de su salud física o enfermedad somática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Estuvo preocupado por otras cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Se preocupó mucho más de lo que otra gente en su situación haría?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Encuentra difícil parar de preocuparse, aunque lo ha intentado fuertemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cuando estuvo preocupado o ansioso, sintió frecuentemente		
– ¿Intranquilidad, temor o «los pelos de punta»?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ¿Cansancio o agotamiento fácilmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ¿Que tenía dificultad en concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ¿Que estuvo nervioso(a) o irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ¿Estar tenso, o molesto por dolores musculares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ¿Tenía dificultad en mantener el sueño o quedar dormido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ¿Palpitaciones o taquicardias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ¿Temblores o sacudidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ¿Que sudó mucho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ¿Que tenía dificultad en respirar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ¿Inquietud, debido a su preocupación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Interfirieron mucho el sentimiento de preocupación o la ansiedad con las actividades cotidianas en el trabajo, de casa o en sus relaciones con otros(as)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Cuándo empezó este período de preocupación? Fue hace		
¿semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿o años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo n° 5 - Inventario de Preocupación de Pensilvania

(Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990)

(Versión de Nuevo, Montorio y Ruiz, 2002; En Nuevo, 2002)

Indique hasta qué punto se identifica con cada una de las situaciones que vamos a presentarle a continuación, referidas al modo que tienen las personas de preocuparse

	Nada	Algo	Regular	Bastante	Mucho
1. Se preocupa si no tiene suficiente tiempo para hacerlo todo					
2. Sus preocupaciones le agobian					
3. Suele preocuparse por las cosas					
4. Hay muchas circunstancias que hacen que se preocupe					
5. Sabe que no debería preocuparse por las cosas, pero no puede evitarlo					
6. Cuando está bajo tensión tiende a preocuparse mucho					
7. Siempre está preocupándose por algo					
8. Le resulta difícil dejar de lado las preocupaciones					
9. Tan pronto como termina una tarea, en seguida empieza a preocuparse por alguna otra cosa que debe hacer					
10. Se preocupa por todo					
11. Aunque no haya nada más que se pueda hacer por algo, sigue preocupándose por ello					
12. Ha estado preocupado toda su vida					
13. Se da cuenta de que siempre está preocupándose por las cosas					
14. Una vez que comienza a preocuparse por algo, ya no puede parar					
15. Está todo el tiempo preocupándose por algo					
16. Se preocupa por un proyecto hasta que está acabado					

Anexo nº 6 Inventario de Ansiedad de Beck

NOMBRE Y APELLIDOS:

Edad:

Sexo:

Fecha:

LISTADO DE ÍTEMS

Señale a la izquierda de cada número según esta escala:

- (0) En absoluto.
 - (1) Levemente, no me molesta mucho.
 - (2) Moderadamente, fue muy desagradable pero pude soportarlo.
 - (3) Severamente, casi no pude soportarlo.
-
- 1. Hormigueo o entumecimiento.
 - 2. Sensación de calor.
 - 3. Temblor de piernas.
 - 4. Incapacidad de relajarse.
 - 5. Miedo a que suceda lo peor.
 - 6. Mareo o aturdimiento.
 - 7. Palpitaciones o taquicardia.
 - 8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física.
 - 9. Terrores.
 - 10. Nerviosismo.
 - 11. Sensación de ahogo.
 - 12. Temblores de manos.
 - 13. Temblor generalizado o estremecimiento.
 - 14. Miedo a perder el control.
 - 15. Dificultad para respirar.
 - 16. Miedo a morir.
 - 17. Sobresaltos.
 - 18. Molestias digestivas o abdominales.
 - 19. Palidez.
 - 20. Rubor facial.
 - 21. Sudoración (no debida al calor).

Anexo nº 7 Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda. Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0. Ciertamente, igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0. Igual que siempre
1. Actualmente, algo menos
2. Actualmente, mucho menos
3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones
0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

0. Siempre
1. A menudo
2. Raras veces
3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:

0. Nunca
1. Sólo en algunas ocasiones
2. A menudo
3. Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3. Completamente
2. No me cuido como debería hacerlo
1. Es posible que no me cuido como debiera
0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. Nunca

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

Anexo nº 8 Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI)

Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada frase y coloque una cruz en el casillero que indique cómo se siente EN ESTE MOMENTO. No hay respuestas buenas o malas. No utilice mucho tiempo para responder cada frase, pero trate de elegir la respuesta que mejor describa SUS SENTIMIENTOS AHORA:

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado.....				
2. Me siento seguro.....				
3. Estoy tenso.....				
4. Me siento disgustado.....				
5. Me siento a “mis anchas”.....				
6. Me siento alterado.....				
7. En este momento estoy preocupado por algún problema.....				
8. Me siento satisfecho.....				
9. Me siento asustado.....				
10. Me siento cómodo.....				
11. Tengo confianza en mí mismo.....				
12. Me siento nervioso.....				
13. Me siento agitado.....				
14. Me siento indeciso.....				
15. Me siento tranquilo.....				
16. Me siento “a gusto”.....				
17. Estoy preocupado.....				
18. Me siento aturdido.....				
19. Me siento equilibrado.....				
20. Me siento bien.....				

Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí misma.

Lea cada frase y coloque una cruz en el casillero que indique cómo se siente GENERALMENTE. No hay respuestas buenas y malas. No utilice mucho tiempo para responder cada frase, pero trate de elegir la respuesta que mejor describa cómo se siente GENERALMENTE.

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente-mente	Casi siempre
21. Me siento bien.....				
22. Me siento nervioso.....				
23. Me siento “a gusto” conmigo mismo.....				
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo				
25. Siento que fallo				
26. Me siento descansado.....				
27. Soy una persona tranquila, serena y calmada				
28. Siento que las dificultades se me amontonan y no las puedo superar.....				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy feliz.....				
31. Tengo malos pensamientos.....				
32. Me falta confianza en mí mismo.....				
33. Me siento seguro.....				
34. Puedo decidirme rápidamente.....				
35. Me siento “fuera de lugar”				
36. Me siento satisfecho.....				
37. Algunas ideas poco importantes ocupan mi cabeza y me molestan.....				
38. Los engaños me afectan tanto que no me los puedo sacar de la cabeza.....				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso las cosas que tengo entre manos me pongo nervioso y tenso.....				

Anexo nº 9 Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS)

Información personal:

Edad: _____ Puesto: _____ Genero: _____

Indicadores de ansiedad

- (1) es Ausente
- (2) es Intensidad ligera
- (3) es Intensidad media
- (4) es Intensidad elevada
- (5) Intensidad máxima

_____ Ansiedad: Preocupación. Pesimismo. Miedo al futuro. Irritabilidad.

_____ Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacción de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad de esperar.

_____ Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.

_____ Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio. Con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas.

_____ Funciones intelectuales (cognitivas): Dificultad de concentración. Mala memoria.

_____ Humor depresivo: Pérdida de interés. No disfruta de tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.

_____ Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas Clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.

_____ Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor y frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).

_____ Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor Torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).

_____ Síntomas Respiratorios: Opresión Pretorácica. Constricción Precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).

_____ Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, Náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.

_____ Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta de periodo menstrual). Metrorragia (hemorragia genital) Frigidez. Eyaculación Precoz. Impotencia. Ausencia de erección.

_____ Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento Palidez. Tendencia a la Sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.

_____ Comportamiento del paciente durante el examen: Agitado. Inquieto. Avanza y retrocede. Temblor de manos. Suspiros o taquipnea. Palidez del rostro. Deglución constante.

Es importante mencionar que el ítem de "Comportamiento del paciente durante el examen" debe ser contestado por el evaluador.

Anexo n° 10 Ficha de datos personales

DATOS PERSONALES

(Marque con una X lo que corresponde)

Edad:Sexo: femenino MasculinoEstado civil:

Casado/a

Soltero/a

Separado/a

Viudo/a

Divorciado/a

Vuelto a casar

Nivel de instrucción:

(Marque el máximo nivel de instrucción alcanzado)

Primario incompleto..... Primario completo

Secundario incompl..... Secundario compl.

Terciario incompl Terciario compl.

Universitario incompl Universitario compl.....

Post grado.....

Ocupación

Profesional

Comerciante

Empresario/a

Empleado/a.....

Estudiante

Ama de casa

No trabaja

Desocupado/a

Jubilado/a

Lugar de residencia: Ciudad de Buenos Aires

Provincia de Buenos Aires

¿Se encuentra actualmente realizando Tratamiento Psicoterapéutico?

SI NO.....

¿Se encuentra actualmente tomando psicofármacos (antidepresivo, ansiolítico, etc.)?

SI..... NO.....