

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

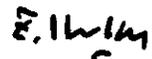
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA

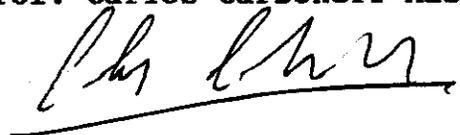
**"CONTRIBUCION A LA VALIDACION DEL  
CUESTIONARIO PENTADIMENSIONAL  
PARA LA ANSIEDAD DE ROJAS."**



Tesis Doctoral  
presentada por  
M<sup>a</sup> José Reig Colomina



Director de la tesis  
Prof. Enrique Rojas  
Codirector  
Prof. Carlos Carbonell Masia





CIUDAD UNIVERSITARIA  
TELEF. 394 14 97  
FAX: 394 16 06  
28040 MADRID

DEPARTAMENTO DE  
PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA  
FACULTAD DE MEDICINA  
(UNIVERSIDAD COMPLUTENSE)

ALFREDO CALCEDO ORDOÑEZ, DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA  
PSICOLOGÍA MÉDICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD COM  
PLUTENSE DE MADRID

C E R T I F I C A: que el trabajo "Contribución a la validación del  
Cuestionario Pentadimensional para la Ansiedad -  
de Rojas", presentado por D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> José REIG COLOMI  
NA, bajo la dirección del Prof. Enrique Rojas Mon  
tes y del Prof. Carlos Carbonell Masiá, reúne las  
condiciones necesarias para ser presentado y de  
fendido públicamente como Tesis Doctoral.

Lo que firmo en Madrid, a cinco de Junio de mil -  
novecientos noventa y dos.



Prof. A. Calcedo Ordoñez

ENRIQUE ROJAS. Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica. CARLOS CARBONELL MASIA. Profesor Titular de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad Complutense.

CERTIFICAN: Que el presente trabajo "CONTRIBUCION A LA VALIDACION DEL CUESTIONARIO PENTADIMENSIONAL PARA LA ANSIEDAD DE ROJAS." ha sido realizado bajo nuestra dirección por Dña. M<sup>a</sup> José Reig Colomina y según nuestra estimación reúne méritos suficientes para optar al grado de Doctor.

Todo lo cual hacemos constar mediante este certificado en Madrid, a de Mayo, de mil novecientos noventa y dos.

Fdo.:



Prof. Dr. D. Enrique Rojas.

Fdo.:



Prof. Dr. D. Carlos Carbonell Masía.

## AGRADECIMIENTOS

Como ya ha sido señalado en otras ocasiones, cualquier trabajo de investigación, no es sino el fruto de un esfuerzo colectivo, por el que el autor queda obligado a reconocer su deuda de gratitud con aquellos que alentaron su esfuerzo.

En primer lugar, quiero agradecer a mis directores de Tesis, Profesor D. Enrique Rojas y Profesor D. Carlos Carbonell, por las continuas orientaciones recibidas a lo largo de todo el trabajo y aliento en los momentos difíciles.

También quiero reconocer mi profundo agradecimiento, por toda la dedicación y apoyo, en una parte sustancial de la Tesis, en todo aquello referente a la Estadística y el manejo del ordenador a la Profesora Dra. Rosario Martínez Arias, que además me ha aportado su parte humana, imprescindible en todo esfuerzo, como fue éste, continuado.

Tampoco quiero olvidar la ayuda del Profesor Javier de las Heras, por su apoyo y aportación de numerosas sugerencias, ni a la Profesora Mercedes Martín por su contribución en diversos aspectos metodológicos y estadísticos.

Finalmente a mis amigos, por su apoyo y su ayuda. A mi familia por su constante aliento y en especial al Dr. E. Sobrino.

## I N D I C E

	Pag.
1.- Motivación personal .....	1
2.- Introducción .....	2
2.1.-La ansiedad: concepto y clasificación.	
2.1.1.-Diferentes teorías y conceptos sobre la ansiedad .....	2
2.1.2.-Diversas clasificaciones sobre los trastornos por ansiedad: Problemática ....	35
2.1.3.-Tipos de ansiedad .....	59
2.1.4.-Etiología de la ansiedad .....	91
2.2.-Cuestionarios y Escalas para medir la ansiedad.	
2.2.1.-Historia y utilidad .....	95
2.2.2.-Tipos .....	98
2.2.3.-Algunas pruebas psicométricas para la ansiedad .....	103
2.2.4.-Estado actual de la cuestión .....	119

2.2.5.-El Cuestionario para la valoración de la ansiedad del Prof. Rojas y su concepción pentadimensional .....	121
2.3.-Validación de Cuestionarios para la ansiedad.	
2.3.1.-Utilidad de la validación .....	127
2.3.2.-Forma de realizar la validación ...	129
2.3.3.-Fiabilidad .....	140
3.- Objetivos .....	144
4.- Material y métodos.	
4.1.-Sujetos, variables e instrumentos .....	145
4.2.-Sistemática de recogida de datos .....	156
4.3.-Tratamiento estadístico de los datos .....	159
5.- Resultados.	
5.1.-Análisis psicosociales, diagnóstico social, hábitos de vida y diagnóstico según CIE-10 (Borrador), de la muestra global y de la submuestra de enfermos con ansiedad .....	171
5.2.-Validación de contenido del CPAR .....	190

5.2.1.-Estudio individualizado de los 100 items componentes del CPAR .....	191
5.2.1.1.-Análisis de la S, E, VPP y VPN .....	191
5.2.1.2.-Análisis de las medias .....	233
5.2.1.3.-Resumen .....	241
5.3.-Validación de constructo del CPAR .....	251
5.3.1.-Estudio de las correlaciones simples .....	252
5.3.1.1.-Estudio de la correlación de los items con su dimensión .....	252
5.3.1.2.-Estudio de la correlación entre las dimensiones .....	268
5.3.1.3.-Estudio de la correlación de las dimensiones con el test de Hamilton y con el test de Zung .....	269
5.3.1.4.-Estudio de la correlación del CPAR con el test de Hamilton ....	271
5.3.2.-Estudio de las correlaciones múltiples .....	272

5.3.3.-Estudio del coeficiente $\alpha$ de consistencia interna .....	281
5.4.-Estudios del Análisis Factorial .....	283
5.5.-Efecto de la variable sexo .....	308
5.6.-Estudios del Análisis Discriminante .....	318
6.- Discusión.	
6.1.-Medida de la sintomatología ansiosa .....	336
6.2.-Estudio epidemiológico .....	338
6.3.-El C.P.A.R. ....	339
6.4.-La versión abreviada .....	350
6.5.-Planteamientos futuros .....	352
7.- Conclusiones .....	354
8.- Bibliografía .....	356
9.- Anexos .....	387

**1.- MOTIVACION PERSONAL**

## 1.- Motivación personal.

La ciencia necesita clasificar, denominar, pero la vida escapa a este tipo de clasificaciones. Hay enfermos, no enfermedades, ya que toda vida humana es irrepetible.

La ansiedad marca la imagen del hombre inmerso en la abrumadora cultura occidental del siglo XX.

En el centro de estas consideraciones, discurre nuestro trabajo. Apoyado en las potentes herramientas, que en el tiempo presente constituyen las técnicas estadísticas y los ordenadores que posibilitan el manejo de ingentes números de datos.

La ansiedad y el estrés no es patrimonio de un reducido grupo de personas, sino que llega a afectar a amplias capas de la sociedad, sin entrar a considerar su situación en la trama social. Por este motivo, la medida y cuantificación de la sintomatología ansiosa adquiere una importancia trascendente en el mundo moderno, donde la civilización del bienestar, por contraste, expone en mayor medida al individuo al ocaso de la ansiedad, ante el cúmulo de dificultades que debe atravesar para "instalarse" en esa pretendida sensación de bienestar, más ligada al consumo y a los elementos externos, que al avance en la propia autoafirmación.

## **2.- INTRODUCCION**

## 2.- Introducción

### 2.1.-La ansiedad: Concepto y clasificación.

#### 2.1.1.-Diversas teorías y conceptos sobre la ansiedad.

A lo largo de la historia, numerosos autores han tratado de definir el concepto de ansiedad, que entraña numerosas dificultades. Ello nos ha conducido a dos tipos de fenómenos, por un lado la evolución conceptual del término, y por otro la coexistencia, incluso en los tiempos actuales, de distintos criterios.

Probablemente una de las mayores dificultades se encuentra en la caracterización de los términos "ansiedad" y "angustia" de manera precisa, ya que estos son equivalentes para determinados autores, y claramente diferenciables para otros. La situación puede tener su origen, en el hecho de que en lengua alemana, sólo existe un vocablo "angst" para describir ambas situaciones, mientras que en idioma español, con mayor riqueza léxica, se utilizan dos. Hay que tener en cuenta la influencia que las ideas filosóficas y psiquiátricas alemanas han tenido sobre toda Europa.

En este contexto, parece de interés el considerar las diferencias en significación, atribuidas por distintos autores a los términos, angustia y ansiedad. También resulta de interés hacer referencia a otros estados tíméricos, como inquietud, miedo, terror o espanto, por sus indudables interconexiones.

Alonso-Fernández (1988), incluye en la escala tímérica, los siguientes estados: el miedo, el temor, el terror, el pánico, la inseguridad, la angustia y la ansiedad.

El miedo como reacción ante un peligro real que lo justifique. Cuando el objeto amenazante es más impreciso, nos referimos al temor. En él, el peligro es difuminado por la incertidumbre. Cuando ambos se agudizan se convierten en terror.

El pánico se distingue por la carencia de contenido concreto y una fuerte tensión afectiva amenazadora que el sujeto no puede controlar.

La inseguridad es un dato definidor del carácter neurótico.

La angustia para Vallejo-Nájera es en esencia un miedo "sin saber a qué".

Aún cuando la angustia y la ansiedad, son tomadas como términos sinónimos, describiremos las principales diferencias entre ellos, señaladas por los distintos autores.

En la tabla nº 1 señalamos las diferencias entre miedo y angustia.

Tabla nº 1.-

Características diferenciales entre el miedo y la angustia según Ayuso (1988).

<u>Miedo</u>	<u>Angustia</u>
-Reacción normal ante situación de peligro identificado con el ambiente.	-Respuesta a la amenaza anticipada del ser.
-Sentimiento motivado.	-Sentimiento inmotivado e autónomo.
-Se acompaña de objeto concreto.	No se acompaña de objeto concreto, objeto indefinido.

López-Ibor (1969), distingue la angustia o ansia como un elemento no psíquico, fenómeno bulbar. La ansiedad como psíquico. La angustia tiene un efecto sobrecogedor, paralizante, la ansiedad, es una tendencia al escape (sobresalto). La ansiedad se percibe más nítidamente. En la angustia hay sensación de opresión precordial, en la garganta y constricción epigástrica. En la ansiedad se afecta el aparato respiratorio.

Para este autor angustia y ansiedad son manifestaciones distintas de algo que en el fondo es la misma cosa: temor inexplicable de algo que no se puede definir (López-Ibor, 1973).

Jiménez y Giner (1968) caracterizan diferencialmente la ansiedad y la angustia, en base a cuatro aspectos, tal y como se recoge en la tabla 2.

Tabla 2 .- Caracterización diferencial de los términos ansiedad y angustia, según Jiménez y Giner (1968).

ANGUSTIA	ANSIEDAD
1) Lentificación del tiempo vivido con ambigüedad del presente.	1) Precipitación del tiempo vivido, con ambigüedad del presente.
2) Ahogo de las vivencias tendenciales.	2) Incremento vacío de las vivencias tendenciales.
3) Inseguridad en el espacio táctico que vuelve "vibrátil".	3) Insuficiencia del espacio táctico, que tiende a ser rellenado a expensas del espacio objetivo.
4) Cuando se corporaliza, lo hace a través de la musculatura lisa como constricción.	4) Al corporalizarse lo hace a través de la musculatura lisa, en la modalidad vivencial de onda expansiva, o a través de la estriada como inquietud o espasmolización.

Sin embargo, unos años más tarde el mismo Giner (1984) considera que a nivel práctico, estos matices son muy difíciles de diferenciar, e incluso poseen una reducida utilidad para el tratamiento farmacológico, siendo éste uno de los motivos por los que ambos términos se emplean de forma sinónima.

Para Seva (1979) existen aspectos diferenciales entre angustia y ansiedad, y así considera que mientras la angustia es más profunda, orgánica y visceral, la ansiedad es más espiritual, noética e intelectual.

Alonso-Fernández (1979) indica en detalle siete elementos diferenciales, que según su criterio separan los conceptos de angustia y ansiedad (Tabla 3).

Tabla 3.- Elementos diferenciales entre angustia y ansiedad según Alonso-Fernández (1979).

Elemento diferencial	Angustia	Ansiedad
Experiencia corporal global.	Sensación de espera viviente e inmovilizadora.	Sensación de inquietud.
Experiencia corporal localizada.	Opresión precordial o epigástrica.	Sensación de falta de aire.
Vivencia.	Temor a volverse loco o morir repentinamente.	Posibilidad de que todo ocurra.
Plano psicomotor.	Inhibición y encogimiento: sobreencogimiento.	Inquietud y desasosiego. Sobresalto.
Tiempo vivido.	Lentificación hasta detención.	Aceleración.
Espacio individual.	Reducción.	Exaltación.
Nota esencial.	Más vivencial y física.	Más psíquica y elevada.
Presentación.	En la mayor parte de las neurosis fásicas.	Sólo en las neurosis fásicas que tienen gran capacidad de introspección.

Considerando el criterio de López-Ibor Aliño (1982), angustia y ansiedad son matices de una misma experiencia. La angustia es más profunda, más física, la ansiedad es más elevada, más noética y más libre. Cuando se analiza la experiencia angustiosa se tropieza con dos matices: El temor a la disolución de la unidad y continuidad del yo, junto con la amenaza a la disolución del yo, que genera el vértigo de la libertad. Son dos momentos de la vivencia, el primero expresado por la palabra angustia y el segundo por la denominación de ansiedad.

Para Vallejo-Nájera (1981) el miedo y la angustia forman parte de una respuesta total del individuo frente a una crisis. Son fenómenos de defensa, aunque alcanzan un carácter patológico, ya que las reacciones de angustia o ansiedad son desproporcionadas. Cuando se hace crónica es la base de la neurosis de ansiedad. La ansiedad aparece como una señal de peligro ante cualquier eventualidad la identidad y/o la integridad del yo, o que así sea interpretada por el sujeto (Vallejo-Nájera, 1985).

Tyrer (1982), la ansiedad es la reacción adaptativa de urgencia frente a los peligros inmediatos aportando al individuo las máximas capacidades para sobrevivir por mecanismos de lucha o de huida, conseguidos por la estimulación del sistema nervioso simpático y la liberación de catecolaminas responsables de los síntomas somáticos de la respuesta ansiosa.

Se trata de un criterio biólogo, considerando así la ansiedad como una respuesta relativamente normal frente a peligros inmediatos, y por consiguiente como una parte de la conducta humana. Aunque sin duda aporta áreas de novedad frente a las interpretaciones más tradicionales de la ansiedad como la actitud expectante y el carácter patológico como consecuencia en muchas ocasiones entre las causas y los fenómenos provocados en el individuo.

Resulta interesante hacer mención a las formas de comportamiento animal, cuando éstos se enfrentan a situaciones de peligro. La reacción más frecuente de los animales se basa en mecanismos de defensa propios de la especie. Generalmente se plantea la intimidación del adversario, incitándose a la huida, mediante técnicas por las que aumenta aparentemente de tamaño, resultando por ello más peligroso (plumas ahuecadas o pelos erizados), también la emisión de ruidos inquietantes, en casos límites puede llegar al ataque. En caso de no tener éxito o de clara desproporción de medios de ataque y/o defensa el mecanismo suele ser la huida.

En ocasiones se han descrito situaciones "no previstas", contra las que el animal no tiene posibilidades de éxito, ni en la huida ni en la lucha, que utiliza un tipo de defensa inespecífica con "reacciones de mimetización", "hacerse el muerto" o "reacciones de tempestad de movimientos". Sin embargo, a la luz de los estudios de comportamiento animal, estas reacciones no son en absoluto imprevistas, sino sumamente

previstas y generadas a lo largo del proceso evolutivo de cada especie. Incluso el mimetismo está fuertemente ligado a tipos particulares de morfología. Se trata de un sistema específico de respuesta asociada a ciertos tipos de animales. El experimento realizado con ratas sometidas a estrés social durante 10 días, hace que desarrollen una conducta depresiva (Palomo, 1987).

En el hombre las reacciones primitivas son de sobrecogimiento (angustia) y sobresalto (ansiedad). Estas denominaciones son propuestas por López-Ibor (Vallejo-Nájera, 1981).

El hombre no lucha sólo con enemigos externos, también lo hace con factores internos, en ocasiones sumamente difíciles de controlar. En los humanos, estos mecanismos de sobresalto o sobrecogimiento, pueden aparecer cuando no es posible la huida, ni la lucha o el individuo lo considera así. Estas reacciones surgen como un intento de escape o resolución de situaciones internas o externas insostenibles.

A estas dos reacciones primitivas, pueden estar acompañadas de alteraciones de conciencia. Los estados crepusculares psicógenos, con una conducta semiautomática, fugas y agresiones incoordinadas. (Vallejo-Nájera, 1981).

Algunos autores han matizado la existencia de distintos tipos de ansiedad y angustia, algunos de ellos podrían considerarse como respuestas normales frente a ciertos estímulos externos, mientras que en otros casos encontramos ansiedad y angustia patológicas.

López-Ibor (1969) define la angustia motivada, como la desencadenada por una situación, al igual que existe la tristeza motivada. Esta reacción, cesa cuando se extingue el motivo desencadenante, y la angustia vital, esta nace de la subestructura vital y no está motivada por sucesos psíquicos, ocurre igual que con la tristeza vital de los depresivos. Puede presentarse en formas fásicas o como ráfagas de angustia. Puede aparecer en todo ser humano, la diferencia en todo caso estaría en el aumento de la intensidad. La diferencia entre la angustia vital y la reacción angustiosa estaría en la aparición inmotivada de la primera y en la violencia de su manifestación.

Este autor delimita la timopatía ansiosa. Su rasgo definidor básico de otros síndromes de angustia, es su aparición inmotivada. Su principal síntoma es la angustia vital o endógena. La angustia reactiva, constituye la neurosis de angustia.

Le Gall (1985) considera que la ansiedad normal se presenta cuando el estado de afectividad resulta de la previsión o del temor de un peligro próximo, generalmente bastante determinado por uno mismo o por otros. Describió tres tipos de ansiedad: la ansiedad del objeto, la espera ansiosa y la ansiedad del inconsciente.

Por otro lado Hoehn-Saric (1985) describió diversos subtipos de angustia, a continuación se mencionan: 1) El temor agudo o reacción de sobresalto, que ocurriría ante la presentación de estímulos intensos o peligrosos repentinos.

2) El temor subagudo o angustia de expectación, cuando las reacciones se refieren a estímulos potencialmente desagradables que surgirían ante la duda de si el sujeto va a ser capaz de superar un posible peligro. 3) Las fobias, el individuo no puede evitar una reacción de intensa amenaza o miedo, ante determinados estímulos. 4) Los estados de ansiedad crónicos provocarían sensaciones desagradables, existiera o no una sensación de peligro, con un estado permanente de alerta, con sensación de fatiga continuada.

Según Fröhlich (1986) la angustia puede definirse como la respuesta biológicamente útil a un presentimiento de peligro o amenaza, capaz de suscitar las reacciones adecuadas de defensa, protección o evitación. Llega a presentar el carácter de patológica, cuando ya no cumple la función de protección y los peligros ya no son reales, sino peligros internos que el sujeto desconoce. Para este autor, la angustia no produce una alteración de la realidad con distorsión de la misma, aunque la realidad se ve empobrecida, afectandose diversas áreas del sujeto.

Ayuso (1988) considera que angustia y ansiedad son matices de una misma expresión, aunque sin embargo considera que la angustia es más física, inmovilizante y sobrecogedora, mientras que la ansiedad es más psíquica, siendo vivenciada como inquietud y sobresalto. En la tabla 4 se exponen las principales diferencias propuestas por este autor.

Tabla 4 .- Diferencias entre angustia y ansiedad, según Ayuso (1988).

Angustia	Ansiedad
- Más vivencial.	- Más psíquica.
- Más constrictiva.	- Más libre.
- Opresión precordial o epigástrica.	- Sensación de falta de aire.
- Sobrecogimiento.	- Sobresalto.

La angustia es una emoción compleja, difusa y desagradable, que conlleva serias repercusiones psíquicas y orgánicas en el sujeto. Implica el presentimiento de disolución del yo o la conciencia de la nada (Ayuso, 1988).

Para Galletero (1989), las diferencias entre ambos términos son más técnicas que prácticas. Sin embargo, Rojas (1989) considera que aunque ansiedad y angustia se utilizan frecuentemente como sinónimos, es preciso matizar que existen diferencias entre ellos, tanto cualitativas como cuantitativas (tabla 5).

Una definición propuesta recientemente por Diez (1990) para la ansiedad, considera a ésta como la respuesta vivencial, fisiológica, conductal y cognitiva, caracterizada por un estado de alerta y activación generalizado.

A través del recorrido efectuado a lo largo de una serie de criterios que tratan de definir la ansiedad se pone de manifiesto una relativa diversidad de definiciones, que en ocasiones manifiestan posiciones diferentes, pero que en otros casos únicamente manifiestan las reacciones propias de la situación ansiosa o los fundamentos en los que la ansiedad se asienta.

Completa la complejidad del cuadro, la falta de concordancia en las diferencias entre ansiedad y angustia, entre las que existen todos los matices de separación, de acuerdo con diferentes autores, pudiendo ser desde expresiones equivalentes, similares o diferentes.

Las últimas ediciones del Manual de Estadística y Diagnóstico (D.S.M.-III y D.S.M.-III-R) de la Asociación Psiquiátrica Americana no consiguen definir plenamente la situación. El D.S.M.-III considera los trastornos por ansiedad divididos en trastornos fóbicos (o neurosis fóbicas) y estados de ansiedad (o neurosis de ansiedad); mientras que poco tiempo después el D.S.M.-III-R los divide en los siguientes tipos:

- Trastornos por ataque de angustia.
  - con agorafobia.
  - sin agorafobia.
- Agorafobia sin trastorno de angustia.
- Fobia social.
- Fobia simple.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno por estrés postraumático.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno de ansiedad sin especificar.

Criterios diferentes mantienen la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud en su 10ª edición (Borrador).

Trastornos neuróticos, por estrés y somatiformes.

Trastorno fóbico.

- agorafobia.
- fobias sociales.
- fobias específicas.

Otros trastornos de ansiedad.

- Trastorno por ataques de angustia.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Trastorno obsesivo-compulsivo.

- con predominio de pensamientos obsesivos.
- con predominio de actos compulsivos.
- mixto.

Reacciones a estrés severo y trastornos de adaptación.

- reacciones de estrés agudo.
- trastorno por estrés traumático.
- trastorno de adaptación.

Tabla 5.-Rasgos diferenciales entre angustia y ansiedad según Rojas (1989).

Notas	Angustia	Ansiedad
Vivencia.	Más cargada de sensaciones somáticas.	Más psicológica e intelectual.
Síntomas físicos.	En zona precordial y gástrica.	En zona respiratoria.
Síntomas psicológicos.	Rotura del yo (como centro rector de la personalidad).	Presentimiento de la nada y apertura de posibilidades (libertad).
Ritmo del tiempo.	Lento.	Más rápido.
Tipo de personalidad.	Hombre más superficial y narcisista.	Hombre más profundo y pensador.
Vertiente creativa.	Es paralizante y tiende a bloquear la actividad.	A niveles moderados es creativa.
Conducta.	Reacción asténica (Inmovilización, quedar frenado, inhibido, paralizado).	Reacción asténica (sobresalto, inquietud, estar en guardia, al acecho).
Forma de presentación.	Episodios, estados.	Crisis, ataques.
Tendencia al suicidio.	Menos frecuente (por quedar la conducta inhibida).	Más habitual (mayor disponibilidad personal).
Relación con la depresión.	Mayor proximidad a la depresión.	Más alejada de la depresión; se enlaza con las fobias y obsesiones.
Tratamientos.	Sedantes (ansiolíticos), técnicas de relajación, psicoterapia de apoyo.	Sedantes (ansiolíticos), psicoterapia más elaborada.

Tanto en el D.S.M.-III como en el D.S.M.-III-R se instituye parcialmente la terminología de neurosis de ansiedad que pasa a ser una denominación alternativa, cuando recientemente estaban incluidas en los cuadros de neurosis.

Definición de Ansiedad según Rojas (1987).

En un primer momento Rojas (1987) considera la ansiedad como un temor vago, difuso e indefinido, etimológicamente se define como un estado de inquietud. Posteriormente aporta una redefinición de la ansiedad, que consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada.

Destaca el hecho de que la ansiedad es una sensación de peligro difusa, que es percibida como una amenaza para la integridad del individuo.

Existen una serie de desencadenantes externos e internos. Los primeros pueden ser objetivables, mientras los segundos están formados por recuerdos, pensamientos, ideas, etc.

La aportación de mayor importancia propuesta es la concepción de la ansiedad en base a un modelo pentadimensional, en contraste con el criterio de la psiquiatría tradicional que interpretaba la ansiedad a través de dos únicas variables, la vivencial y la física. De esta manera las descripciones de los enfermos se centraban en la experiencia subjetiva unida a los síntomas físicos.

Hay que destacar la aportación multidimensional de Delprato et Mc Glynn (1984), la ansiedad refleja un conjunto de interacciones de los sistemas cognitivo fisiológico y/o conductual con el entorno.

La ansiedad queda así explicada por agrupar a cinco tipos de sintomatologías, tabla nº 6:

- 1.- Síntomas físicos.
- 2.- Síntomas psíquicos.
- 3.- Síntomas de conducta.
- 4.- Síntomas cognitivos.
- 5.- Síntomas asertivos.

Estos cinco grupos de síntomas se imbrican en la formación de la sintomatología ansiosa. El nivel de ansiedad desarrollada por el sujeto está muy influenciado con la elaboración individual de la información.

Este fenómeno puede ser denominado de distintas formas: Ansiedad somática y física. En la primera destacan las sensaciones físicas, mientras que en la segunda lo hacen los aspectos psicológicos y cognitivos. Según la forma puede hablarse de ansiedad aguda y crónica; la aguda brota de manera inesperada, y muy aparatosa, y la crónica resulta lenta e insidiosa. También es posible hablar de ansiedad paroxística y generalizada, en esta última el sujeto se sumerge en la ansiedad, mientras que en la paroxística se localiza en el plano físico.

La psicología americana últimamente distingue entre rasgo de ansiedad y estado de ansiedad. El rasgo está íntimamente relacionado con la personalidad, mientras el estado está ligado a otras enfermedades o alteraciones.

Según López-Ibor (1969), clínicamente existen las reacciones neuróticas y las personalidades neuróticas pero el problema está entre la personalidad y la fase, la angustia endotímica es fásica, a veces se sale de la crisis sin dejar huella. En otras fases, se altera la personalidad cambiando, ya no es una reacción es una personalidad neurótica. Estas fases son fases neuróticas o timopáticas, puede aparecer una y no volverse a presentar en varios años.

La ansiedad es la puerta de entrada de gran cantidad de patología: Desde fobias y obsesiones hasta la hipocondría y las crisis funcionales, así como enfermedades psicósomáticas, tal y como se detalla en la fig. 1. (Rojas 1989).

Fig. 1.- Alteraciones inducidas por la ansiedad patológica  
(Rojas, 1989).

---

**ANSIEDAD PATOLOGICA:**

**Plano físico:**

Musculatura lisa	Musculatura estriada	Estética corporal
Tartamudeos funcionales	Crisis o ataques funcionales	Anorexia
Inflamaciones crónicas	Histeria	Dismorfofobias
Lesiones		Trastornos de la estética corporal

**Corporalidad:**

Hipocondria

**Plano psíquico:**

Fobias

Obsesiones

**Mecanismos de defensa anómalos:**

Neurotización de la personalidad

Mecanismos de compensación:

.Alcohol

.Drogas

.Sexualidad anónima (neurótica)

.Huidas hacia adelante

---

La ansiedad patológica discurre por diferentes caminos, que implican distintas estructuras neurobiológicas, que a su vez generan una notable diversidad de síntomas de acuerdo con Rojas (1989), de la ansiedad se derivan cuatro caminos patológicos (fig.1): 1) Cuerpo o plano biológico; 2) Corporalidad; 3) Psíquico; 4) Mecanismos de defensa de la personalidad.

Considerando el plano biológico, la ansiedad puede mostrar varias vertientes, por un lado la manifestación más tipificada a través de la crisis de ansiedad, los ataques de pánico, los episodios, temporadas y estados ansiosos. Por otro puede generar la emergencia de otros trastornos asociados, afectando a la musculatura lisa, a la musculatura estriada y también a la estética corporal. Cuando es la primera de ellas la que se ve afectada, aparecen las alteraciones funcionales sin base orgánica, pero que con el tiempo originan las enfermedades psicósomáticas. Así, unas molestias digestivas difusas padecidas por un sujeto con ansiedad generalizada y algún ataque de pánico, pueden llegar a sustituirse por molestias digestivas vagas y mal perfiladas, que generan gastritis crónicas y posteriormente úlceras gastroduodenales. Similares efectos pueden producirse en el aparato respiratorio, en el cardiovascular, en el osteomuscular, etc.

Cuando la ansiedad afecta a la musculatura estriada, aparecen ataques funcionales, en forma de crisis motoras, descargas musculares de diferentes tipos.

La elección de una u otra de las vertientes, depende de la personalidad del sujeto. En los casos de personalidad más elaborada discurre hacia la musculatura lisa, mientras que cuando se trata de una personalidad más primitiva, se encamina hacia la fibra estriada.

Una tercera alternativa, consiste en la afectación de la vida estética, actualmente relativamente frecuente, y dando lugar a anorexias nerviosas, obesidades psicológicas, dismorfofobias.

La anoréxica, tiene una gran tensión emocional acumulada. Es en ellas habitual observar una personalidad insegura y una inmadurez afectiva por lo cual necesitan el continuo reconocimiento familiar (Cervera, 1984). Referente a este último aspecto, observamos un 53% de recaídas en los deprimidos, por las críticas familiares (Fuentenebro, 1989).

Un segundo camino se establece sobre la corporalidad, (cuerpo subjetivo, cuerpo interno o entrecuerpo), que está constituida por las sensaciones internas viscerales, menudas y pequeñas sensaciones cinestésicas. Durante los períodos de salud, se percibe como una bruma suave e imperceptible de bienestar. De forma general, la corporalidad nos informa de nuestra interioridad orgánica. Cuando la ansiedad se desliza en el mundo de la corporalidad aparece la hipocondría; el sujeto vive atemorizado por creer que padece enfermedades graves, apoyado en las sensaciones producto de su constante y exhaustiva auto-observación y en su interpretación dramática.

Considerando el tercer camino o psicológico, si la ansiedad se manifiesta a partir de este itinerario, partiendo de una situación de ansiedad generalizada o ataques de pánico, éstos se pueden transformar en fobias, y de aquí a la obsesión, aunque en ciertas ocasiones el salto se produce de manera directa. Un ejemplo: Un sujeto que sufre un ataque de pánico, lo racionaliza posteriormente, extrapolando el lugar, zona o circunstancias donde se ha producido y a la vez sobrevalorando además la intensidad del mismo, de forma que se concentra en él un temor inestable, apareciendo de esta manera la fobia.

De la ansiedad, bien directamente o a través de fobias, se puede alcanzar la obsesión. Esta se produce a través de mecanismos de desplazamiento, mediante los cuales un temor difuso se convierte en otro concreto y bien delimitado.

Según Ballus (1978), las diferencias sintomáticas entre los elementos fóbicos y obsesivos radican, el núcleo de la sintomatología fóbica es la angustia que se instaura en condiciones de hiperfuncionamiento del sistema nervioso, y de hiperdinamia de la personalidad. Mientras que los síntomas obsesivos podrían presentarse tanto en condiciones de hiperfuncionalismo, como hipofuncionalismo.

Como cuarta posibilidad o camino se encuentran los mecanismos de defensa anómalos de la personalidad, que suelen presentarse en casos de personalidad desequilibrada. Pueden presentarse como escapadas neuróticas, distorsionando la propia personalidad, o bien en forma de escapadas, que en el individuo

adulto pueden ser hacia el alcohol, en este sentido, Beckman en 1976 asocia la existencia de antecedentes de situaciones de estres específico, en el alcoholismo de la mujer, más frecuentes que en el hombre (Carbonell, 1981); ~~el sexo~~ e incluso utilizar el exceso de trabajo como una forma de refugio, denominada ergomanía.

El ser humano recurre al alcohol y a los tóxicos en general como amortiguadores de la angustia (López-Ibor, 1966). El uso y abuso del alcohol es más frecuente en el hombre (Civeira, 1986).

Las drogas son también incluidas aquí, siendo más frecuentemente utilizadas en etapas juveniles. Las drogas que en un principio tienden a tranquilizar, pasado el efecto de la droga consumida, producen un efecto "rebote" de los síntomas ansiosos, lo cual induce a la ingesta de una nueva dosis, creando un círculo vicioso que termina con la dependencia a estas sustancias (Polaino, 1991).

Con frecuencia el descontrol del drogadicto es consecuencia de una mala integración socio-familiar. En el estudio realizado por Carbonell (1984), observamos la existencia de una mayor frecuencia de padres separados o del fallecimiento paterno en el grupo de drogadictos.

Rosemberg (1971) en el trabajo que realizó con 35 jóvenes drogadictos, mostró mayor tendencia al alcohol y al consumo de drogas entre los padres y hermanos varones, siendo

los rasgos neuróticos y depresivos más frecuentes en las madres y hermanas.

Frente a la idea suicida, la angustia tiene un efecto paralizador, la ansiedad lo tiene de actividad (Rojas, 1987).

Según de las Heras (1986), en un 30 ó 40% de las tentativas de suicidio, son promovidas por trastornos de personalidad, en los que se incluyen las "neurosis". Sin embargo, las distintas formas de conducta suicida no implica una diferenciación clara y terminante entre ellas, incluso cabe pensar en un continuum (Calcedo, 1977).

Si tenemos en cuenta la edad a medida que ésta aumenta existe mayor riesgo de suicidio (González Infante, 1973).

A modo de cierre de los distintos caminos patológicos, por los que discurre la ansiedad, una consideración positiva. La ansiedad puede llegar a sublimarse, aunque ello no resulte una vía sencilla, y supere la superación de conductas neuróticas, promoviendo una personalidad con niveles de madurez más elevados.

La vertiente sintomatológica de los diferentes caminos por los que discurre la ansiedad, Rojas (1987) los agrupa en cinco dimensiones citadas en la tabla 6, que permiten ordenar y sistematizar la tremenda riqueza de síntomas que se presenta en la ansiedad.

### 1.-Síntomas físicos.

La expresión de los síntomas físicos está condicionada por la actuación de determinadas estructuras cerebrales. Para la manifestación de las emociones es indispensable la actuación del hipotálamo. Desde un punto de vista fisiológico, la aparición de la ansiedad está condicionada por descargas de adrenalina. La estimulación del sistema nervioso simpático produce aumento de actividad en la médula suprarrenal, que genera gran cantidad de adrenalina, que a través de la sangre influye en toda la economía corporal. Los efectos provocados por esta secreción de adrenalina, sobre distintos órganos, van a tener un efecto similar al que obtiene por la estimulación directa del sistema simpático. En la tabla 7 se indican los síntomas físicos de la ansiedad.

Tabla 7.- Síntomas físicos de la ansiedad (Rojas, 1987).

- Taquicardia, palpitaciones.
- Dilatación pupilar.
- Constricción de casi todos los vasos sanguíneos.
- Temblores en manos, pies y cuerpo en general.
- Hipersudoración.
- Boca seca.
- Tics localizados.
- Inquietud psicomotora.
- Dificultad respiratoria.

- Tensión abdominal.
- Polaquiuria.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Despeños diarreicos.
- Opresión precordial
- Pellizco gástrico.
- Sensación pseudovertiginosa (como si se fuera a caer).
- Inestabilidad en la marcha.
- Moverse continuamente de acá para allá (caminatas sin rumbo).
- Tocar algo con las manos continuamente.
- Hiperactividad global.

Si la actuación neurofisiológica es excesiva:

- Insomnio en la primera parte de la noche.
- Pesadillas.
- Ensueños angustiosos (peligros, muchos contenidos ilógicos, etc.).
- Sueño durante el día (a veces en forma de ataques de sueño).
- Anorexia-Bulimia (perder el apetito-comer continuamente).
- Disminución de la tendencia sexual o aumento de la misma.

Durante las crisis y estados de ansiedad, no aparecen todos los posibles síntomas físicos indicados en la tabla 7, sino que solamente lo hacen algunos de ellos. La aparición de unos u otros depende de varios factores:

- 1) Intensidad de la crisis o del estado.
- 2) Antecedentes de crisis, episodios o temporadas.
- 3) Patrones de respuesta psicósomática familiar.
- 4) Según la teoría del "locus minoris resistentize".

El tipo de respuesta familiar posee una destacada importancia. Existen familias en las que todos sus miembros presentan problemas digestivos, o respiratorios, o cardíacos, etc., como forma de respuesta ante situaciones de gran tensión, de alguna manera aprendidas o heredadas; en este último caso se puede conectar también con el concepto de "locus minoris resistentize". Los fundamentos biológicos, tienen una larga historia (Aghajanian et Cedarbaum, 1979; Bastrup et Nielson, 1980; Lader, 1981; Redmon et al., 1979; Sheehan et al., 1984; Mein, 1987). En contrapartida las bases psicobiológicas, han subrayado en las últimas décadas la heterogeneidad de su sustrato (Kandel, 1983).

## 2.-Síntomas psíquicos.

Este tipo de síntomas se ponen de manifiesto generalmente a través del lenguaje verbal del sujeto, que en ciertos casos proporciona una información de ricos matices y gran riqueza. En contraposición con éste, el lenguaje no verbal, aunque puede resultar de ayuda en la interpretación de los síntomas, sólo puede emplearse normalmente de manera complementaria con aquél.

A través del discurso es posible captar las cualidades y matices de la vivencia. Al tratarse de una vertiente subjetiva, la información va a depender de su riqueza psicológica, de su capacidad de introspección y de descripción de lo percibido. Hay que añadir, a todo ello, los recursos lingüísticos disponibles, así en individuos muy primarios el relato tiene escaso valor, la descripción interna es escasa y el apoyo verbal no es adecuado. En cambio en sujetos con niveles psicológicos y formativos de nivel medio y alto, resulta interesante recoger el curso interno de forma literal, llegando en aquellos más cualificados y con un elevado coeficiente intelectual, a registrar la vivencia con gran precisión y abundante número de matices. Los síntomas psíquicos se citan en la tabla 8.

Tabla 8.- Síntomas psíquicos de la ansiedad (Rojas, 1987).

- Inquietud.
- Desasosiego, desazón, agobio.
- Vivencias de amenaza.
- Experiencia de lucha o huida.
- Temores difusos (full floating anxiety).
- Inseguridad.
- Amplia gama de sentimientos tímicos.
- Sensación de vacío interior.
- Presentimiento de la nada.
- Temor a perder el control.

- Temor a agredir.
- Disolución y/o rotura del yo.
- Disminución de la atención (hipoprosexia).
- Melancolía, aflicción.
- Pérdida de energías.
- Sospechas e incertidumbre negativas vagas.

Cuando la ansiedad es muy intensa:

- Temor a la muerte.
- Temor a la locura.
- Temor a suicidarse.
- Pensamientos mórbidos, perniciosos, retorcidos.

En términos subjetivos pero más empíricos:

-Estado subjetivo emocional aversivo (repulsivo, hostil), relacionado con el presentimiento de un peligro más o menos inmediato y difuso, que se vive como anticipación de lo peor.

### 3.-Síntomas de conducta.

El término conducta puede definirse como todo aquello que se puede observar desde fuera en otra persona. En base a esta caracterización se desprende que la conducta se registra en el comportamiento del sujeto, con todas las dificultades que genera la interpretación del lenguaje no verbal. Resulta muy difícil traducirlos a sistemas matemáticos, indispensable en la actualidad, para el procesamiento a través de ordenadores y el

manejo de un gran número de datos. Debajo del lenguaje mímico, se encuentra otro de naturaleza subliminal, de entendidos y sobreentendidos que es preciso traducir de una manera lo más empírica posible. Existen pruebas psicológicas que facilitan la interpretación, como el test FAST (Facial Affect Scaring Technique), que compara expresiones faciales tipo con las del sujeto.

En la tabla 8 se indican las sintomatologías de tipo conductual, que pueden surgir en las situaciones de ansiedad.

#### 4.-Síntomas cognitivos.

Este tipo de síntomas se refieren a todo lo que está o se mueve en torno al conocimiento. Así, queda incluido, la sensopercepción, el pensamiento, las ideas, los juicios, los raciocinios, etc.

De forma más frecuente, la ansiedad se manifiesta en la manera de elaboración de ideas y recuerdos, por lo que también se menciona como causante de un procesamiento erróneo de la información. En la tabla 9 se agrupa la sintomatología cognitiva.

Tabla 8.- Síntomas conductuales de la ansiedad (Rojas, 1987).

- Comportamiento de alerta/estar en guardia, al acecho.
- Hipervigilancia.
- Estado de atención expectante.
- Dificultad para la acción.
- Inadecuación estímulo-respuesta.
- Disminución o ausencia de la eficacia operativa.
- Bloqueo afectivo/perplejidad, sorpresa, no saber qué hacer.
- Interrupción del normal funcionamiento psicológico.
- Dificultad para llevar a cabo tareas simples.
- Inquietud motora (agitación intermitente).

Trastornos del lenguaje no verbal (gestos, mímica).

- Expresión facial congelada (asombro, extrañeza, duda, estupor).
- Contracción del ángulo externo de los ojos.
- Expresión facial displacentera (rechazo, desagrado).
- Cara con rasgos de excitación, descontrol, preocupación.
- Frente fruncida.
- Cejas descendidas.
- Mejillas, boca y mentón: rígidos, tensos, contraídos.
- Bloqueo de los movimientos de las manos.
- Movimientos torpes e incoordinados de las manos y brazos.
- Tensión mandibular (trismo).
- Posturas corporales cambiantes, alternativas.
- Gestos de interrogación y extrañeza.
- Voz cambiante y con altibajos en sus tonos.

Tabla 9.- Síntomas cognitivos (Rojas, 1987).

Errores en el procesamiento de la información.

- Expectativas negativas generalizadas.
- Falsas interpretaciones de la realidad personal.
- Pensamientos preocupantes (cargados de temores).
- Falsos esquemas en la fabricación de ideas, juicios y razonamientos.
- Pensamientos distorsionados (sin lógica, con predominio de emociones de matiz negativo).
- Patrones automáticos y estereotipados en la forma de responder (pensamiento irreflexivo-impulsivo).
- Tendencia a sentirse afectado negativamente (personalización ansiosa).
- Pensamientos absolutistas (utilización habitual de términos radicales: "siempre"/"nunca"/"en absoluto"/"jamás" y selección de pensamientos irreconciliables).
- Centrarse en detalles pequeños desfavorables y sacarlos fuera de contexto, ignorando lo que de positivo hubiera.
- Dificultad para concentrarse.
- Tendencia a que grupos de pensamientos nocivos se abran paso en la cabeza del sujeto ansioso.
- Generalizaciones permanentes.
- Atribuciones improcedentes de hechos personales.
- Tendencia a la duda (épocas y/o temporadas de dudas crónicas, que no son otra cosa que épocas y/o temporadas de ansiedad).
- Respuestas displicentes generalizadas que están presididas por un estado de alarma.

-Problemas de memoria (olvido de lo bueno y positivo/tener en primer plano lo malo y negativo).

-Olvido permanente de los aspectos gratificantes de la biografía.

-Continuos juicios de valor ("inútil"/"odioso"/"imposible"...).

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

#### 5.- Síntomas asertivos.

Se trata de aquellos síntomas relacionados con trastornos en las habilidades sociales. De acuerdo con Rojas (1989), asertiva es aquella conducta que hace y dice lo que es más adecuado a cada situación, sin inhibiciones ni agresiones inadecuadas.

El concepto de asertividad es cada vez más utilizado en psiquiatría, por las características que posee:

- 1) Estrecha relación con la personalidad.
- 2) Asertividad = Habilidad social.
- 3) Permite la expresión del sujeto frente a cualquier circunstancia.

Los síntomas asertivos de la ansiedad se muestran en la tabla 10.

Tabla 10.- Síntomas asertivos de la ansiedad (Rojas, 1987).

- No saber qué decir ante ciertas personas.
- No saber iniciar una conversación.
- Dificultad para presentarse uno a sí mismo.
- Dificultad o imposibilidad para decir que no o mostrar desacuerdo en algo.
- Graves dificultades para hablar de temas generales e intrascendentes.
- Hablar siempre en lenguajes demasiado categóricos y extremistas.
- Dar una respuesta al hablar en público.
- Bloquearse al hacer preguntas o al tener que responder.
- Adoptar en demasiadas ocasiones una postura pasiva (bloqueo generalizado).
- No saber llevar una conversación de forma correcta (no saber tomar la palabra, ni cambiar de tema, ni ceder la palabra a otra persona, ni tener sentido del humor ante una situación un poco tensa, etc.).
- No saber terminar una conversación difícil.
- Pocas habilidades prácticas en la conversación con más de dos personas.
- No saber aceptar una broma o una ocurrencia divertida (sobre todo al estar en grupo; la explicación: al estar en guardia todo se interpreta peyorativamente, con recelo y suspicacia).
- Escaso entrenamiento para estar relajado en grupo.

### 2.1.2.-Diversos antecedentes y clasificaciones de los trastornos por ansiedad.

Previamente a introducirnos en las actuales clasificaciones, resulta conveniente realizar una breve revisión de los antecedentes históricos de la ansiedad y de las primeras clasificaciones.

Han sido citados cuadros clínicos con características ansiosas, en diversas ocasiones, en culturas anteriores a la Era Cristiana. En el papiro egipcio de Kahun, 2.000 años antes de J.C., se describen cuadros histéricos, que fueron atribuidos en su origen a la compresión de los órganos abdominales por movimientos ascendentes del útero (Alonso-Fernández, 1982). En un ámbito geográfico y cultural distante, Gilgamesa recoge referencias correspondientes a la literatura hindú.

Incluso en obras de la categoría de la Biblia y también en clásicos de la literatura griega, como la Odisea o la Iliada, se describen cuadros, que hoy situaríamos dentro de los trastornos por ansiedad. En obras de Esquilo, Sófocles o Eurípides, la ansiedad plantea graves problemas a sus personajes, en los momentos cruciales de las decisiones difíciles. El psicoanálisis ha elaborado una teoría sobre la tragedia de Edipo, el conflicto psíquico y la mala resolución del mismo, en el origen de los estados ansiosos (Galletero, 1989).

La Edad Media, no aportó datos relevantes sobre la ansiedad, y es preciso esperar hasta el siglo XVIII, para conocer nuevos avances. En 1708, George Ernst Stahl, estableció una diferencia entre las enfermedades del sistema nervioso de origen psicógeno y las de origen orgánico. En 1977, William Cullen, en su obra "First Lines of the Practice of Physic", utiliza el término "neurosis", en base a un criterio negativo, concibiéndolas como afecciones nerviosas fisiológicas y generales, cursando sin fiebre ni lesión. Aunque Cullen consideraba que las neurosis tenían su origen, en la fisiología perturbada del sistema nervioso, no pudo precisar sobre esta perturbación (Alonso-Fernández, 1982).

La concepción anatomoclínica de las neurosis, se inicia en 1789 con Pinel, y se mantiene vigente hasta finales del siglo XIX, continuando con la concepción negativa de las neurosis, con un diagnóstico por exclusión (Vallejo-Ruiloba, 1987).

En 1875, Jacob Mendes da Costa, en Estados Unidos, describe el caso de un soldado de la guerra civil americana, con la presentación de un cuadro clínico muy particular: insomnio, irritación, punzadas en el pecho (sin lesión cardiaca estructural); la sintomatología aumentaba al aproximarse el momento peligroso del combate, lo denominó "neurotaquicardia", o "astenia neurocirculatoria", hoy se describiría como un enfermo con trastorno de pánico.

Según Galletero (1989), es en 1879 cuando G. Miller Beard, denomina "neurastenia", a un conjunto de síntomas, entre los que destacan insomnio, irritabilidad, fatiga, disminución de la capacidad de decisión; expresando este síndrome como una debilidad del Sistema Nervioso Vegetativo.

Con la utilización de "técnicas de hipnosis" Charcot en 1883, Janet en 1889 y Berheim en 1884, comprobaron que los síntomas presentes en ciertos pacientes, no podían ser explicados por una lesión neurológica, ya que remitían en dicho estado de "conciencia". Este fue el punto de partida de las investigaciones de Sigmund Freud. La doctrina psicoanalítica, asume la vertiente "positiva" de las neurosis. Se trata de un criterio afectivo, pero no excluye la coexistencia de un trastorno orgánico (Alonso-Fernández, 1982).

Freud, fue el primero en diferenciar entre ataques agudos de ansiedad (con término "pánico") y la ansiedad crónica. Para este autor, la angustia es una respuesta a peligros externos ("realista" u "objetiva") o internos ("neurótica"). No hay que considerar este criterio como único, ya que la Escuela Conductista explica la ansiedad por procesos de aprendizaje.

Freud describió 6 tipos de neurosis, cuyo elemento básico era la angustia; son trastornos sin base orgánica, motivados por conflictos intrapsíquicos. Sus diferencias se deberían a distintos mecanismos, manejados por el sujeto para defenderse del conflicto instintivo (Ayuso, 1988).

Para Alonso-Fernández (1982), Freud mantuvo una postura dualista frente a las neurosis:

-Las neurosis simples o verdaderas integradas por:

-La neurosis de angustia.

-La neurastenia.

-La hipocondria.

-Las psiconeurosis o neurosis de transferencia:

-La histeria de angustia.

-La histeria de conversión.

-La neurosis obsesiva.

En 1894, Freud describió la neurosis de angustia, dándole ese nombre porque todos sus componentes se agrupan en torno a la angustia, en ella el conflicto no está disfrazado, desplazado o simbolizado. Mientras que en el caso de la histeria de conversión, la angustia estaba controlada inconsciente y automáticamente. Esta se caracterizaba por la transformación de la energía psíquica conflictiva en síntomas físicos (parálisis, anestesia, temblor, ceguera). La histeria o neurosis fóbica con temores desproporcionados y la neurosis obsesiva "una idea que se impone al enfermo" (Ayuso, 1988).

El destino de los diversos tipos de neurosis Freudianas, según Alonso-Fernández (1982).

Freud	Alonso-Fernández (1982)
1.-Neurastenia	Astenia Vital
2.-Neurosis de Angustia	Neurosis de Angustia
3.-Hipocondria	Una actitud de la personalidad
4.-Histeria de Angustia	Neurosis fóbica
5.-Histeria de conversión	Neurosis histérica
6.-Neurosis obsesiva	Neurosis obsesiva

En 1952, se publicó el primer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, cuyas siglas son DSM-I ("Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders"). Mantiene el enfoque tradicional pero considerando ansiedad como reacción.

DSM-I (1952)	Freud
Reacción de ansiedad	Neurosis de angustia Neurastenia
Reacción hipocondriaca	La hipocondria
Reacción fóbica	La histeria de angustia
Reacción histérica	La histeria de conversión
Reacción obsesivo-compulsiva	La neurosis obsesiva

Quince años después en 1968, se publica el DSM-II ("Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders", segunda edición). Intenta formalizar los diagnósticos a través de las fronteras y facilitar la integración de la psiquiatría, con la medicina. Describiendo diez tipos de neurosis: Neurosis de ansiedad (reacción de ansiedad en el DSM-I); neurosis histérica, dividida en dos tipos disociativo y de conversión; neurosis fóbica (reacción fóbica en el DSM-I); neurosis obsesivo-compulsiva; neurosis depresiva de despersonalización; neurosis hipocondriaca, y otras neurosis.

La tercera edición del DSM aparece en 1980. El DSM-III incorpora el término de trastorno psíquico. Lo que se denominaba "reacción" en el DSM-I o "neurosis" en el DSM-II, pasa a denominarse "trastorno".

El DSM-III, clasifica en dos categorías los trastornos de ansiedad:

-Los trastornos fóbicos. Describiendose tres formas:

300.2 - Agorafobia            300.21 - Con crisis de pánico.

                                 300.22 - Sin crisis de pánico.

300.23 - Fobia social.

300.29 - Fobia simple.

-Los estados de ansiedad (o neurosis de angustia):

300.01 - Trastornos de angustia ("panic disorders").

300.02 - Trastornos de ansiedad generalizada.

300.30 - Trastorno obsesivo-compulsivo (o neurosis obsesiva-compulsiva).

308.30 - Trastorno postraumático, por stress (agudo o crónico).

300.00 - Trastorno de ansiedad atípico.

El DSM-III (1980), abandona el término de "neurosis", transformandose en síndrome o trastorno. La estructura jerárquica puede hacer perder información (López-Ibor Aliño, 1988). La antigua neurosis de ansiedad se subdivide en trastornos por angustia y en trastornos por ansiedad generalizada, se diferencia por la presencia o no de crisis de angustia espontánea. Los trastornos fóbicos se subdividen en agorafobia, fobia social y fobia simple. La neurosis depresiva pasa a denominarse trastorno distímico integrado en el grupo de los trastornos afectivos. La neurosis hipocondriaca y los trastornos histéricos pasan a denominarse trastornos de conversión y disociativos. En el capítulo de los trastornos ansiosos, donde se agrupan la neurosis fóbica, ansiosa, obsesiva, se añade el estrés postraumático (Díez, 1990).

Posteriormente en 1987, aparece el DSM-III-R, que reorganiza los trastornos de angustia de la siguiente forma:

-Trastorno por angustia ("Panic Disorder").  
(con o sin agorafobia).

300.21 - Trastorno por angustia con agorafobia.

300.01 - Trastorno por angustia sin agorafobia.

300.22 - Agorafobia sin historia de trastorno por angustia.

300.23 - Fobia social

300.29 - Fobia simple.

300.30 - Trastorno obsesivo-compulsivo (o neurosis obsesivo-compulsiva).

309.89 - Trastorno por estrés postraumático (especificar si es retardado).

300.02 - Trastorno por ansiedad generalizada.

300.00 - Trastorno por ansiedad no especificada.

En el DSM-III-R (1987), se han reducido los criterios de exclusión, permite hacer diagnósticos simultáneos, diferenciando asociaciones tan frecuentes como trastorno por angustia y depresión y trastorno por ansiedad generalizada y depresión (Díez, 1990).

Desaparece la subdivisión del DSM-III en "trastornos fóbicos" y "estados de ansiedad", unificando los trastornos ansiosos en sólo un grupo. En los trastornos de pánico, admite

la existencia de una sola crisis, si se acompaña de ansiedad flotante durante un mes (López-Ibor Aliño, 1988, Díez,1990), reconoce además, la existencia de subcrisis.

Las crisis espontáneas, se diferencian de las fóbicas, en que aparecen rápidamente y aumentan en intensidad, durante los 10 primeros minutos. La agorafobia puede ser una complicación de los trastornos fóbicos, formando parte de un grupo especial, la agorafobia sin antecedentes de ataques de pánico.

Aparece también en esta clasificación la fobia social, fobia simple, trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés postraumático y la ansiedad generalizada. En esta última, los síntomas se manifiestan al menos durante 6 meses, a diferencia del DSM-III, en que el plazo era de un mes.

En las fobias, también se tiene en cuenta la ansiedad fóbica, aunque las situaciones sean afrontadas. Persisten prácticamente sin modificaciones, los apartados de trastornos somatoformes y trastornos disociativos, incluye despersonalización, la hipocondria y los trastornos por somatización, al igual que los trastornos adaptativos. Mientras que incorpora el trastorno ansioso orgánico (Díez, 1990).

Para Ayuso (1988), los criterios del DSM-III-R, son arbitrarios, su justificación dependerá de la capacidad de predecir el tipo de evolución clínica y la respuesta al tratamiento, de la constitución de grupos homogéneos de

pacientes. El rasgo más característico es considerar cualitativamente distintos los trastornos de ansiedad generalizada de los trastornos de pánico.

En 1968, aparece la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) CIE-8 (International Classification of Disease) y en 1987, aparece el CIE-9.

De acuerdo con Díez (1990) en CIE-9, se distingue entre estados de ansiedad, estados fóbicos, reacciones agudas de estrés, reacción adaptativa y trastorno mixto de la conducta y las emociones; al igual que la disfunción fisiológica por factores mentales, donde se clasificaría la neurosis cardiaca.

Sheehan (1982), propone el término de "ansiedad endógena", caracterizado por ataques de ansiedad inesperada, frente a la "ansiedad exógena". La primera de ellas, está constituida por 3/4 partes de los trastornos de la ansiedad generalizada, por los de despersonalización, hipocondria, ansiedad infantil, trastornos por angustia y fobias no simples. La ansiedad exógena por trastornos adaptativos, por fobias simples y por 1/4 de los trastornos por ansiedad generalizada.

Aquí, es preciso citar la notable aportación de López-Ibor (1969), que adelantándose muchos años, describió la "timopatía ansiosa", distinguiéndola de la angustia vital o endógena, que constituía la timopatía y la angustia anímica o reactiva.

Las timopatías se definen como enfermedades de la afectividad de origen endógeno. En la timopatía ansiosa, la ansiedad es autónoma, deriva de un sentimiento vital, sus alteraciones giran en torno a la angustia vital, es la que el sujeto vivencia de la disolución de la personalidad. No es ni la angustia reactiva como consecuencia de una situación o conflicto y de la angustia existencial.

La angustia vital, aparece en forma física o en forma de ráfagas de angustia. Se diferencia fundamentalmente por ser su aparición inmotivada. Es el principal síntoma. Tiene una vertiente somática y una vertiente psíquica. Puede presentarse como una crisis repetida e intensa o crecer "como una marea que sube lentamente". En el paciente puede dirigirse a un cuadro somático o queda como preocupación intensa. La conexión de la crisis de angustia a ciertas situaciones puede originar fobias y también puede derivar hasta una sustitución a la obsesión.

En el plano psíquico, en las crisis se presentan el síndrome de despersonalización, vivido como extrañeza de la propia persona, unido con la irrealidad del mundo exterior. Estos pacientes se quejan de incapacidad para concentrarse, con aumento del cansancio intelectual, también se altera la memoria, siendo frecuente olvidar nombres de personas. Son frecuentes las distimias, cualquier cosa les irrita, y tras la excitación, pueden quedar deprimidos. En los timópatas, es frecuente la debilidad irritativa, se vuelven hipersensibles. en otros aparece la tristeza irritable. Por último en este plano aparece

la acedia, son depresiones mitigadas donde predomina la anestesia de sentimientos.

Puede también manifestarse con síntomas neurológicos y viscerales. Entre los síntomas neurológicos tenemos el vértigo timopático o agorafóbico. El paciente nota que pierde su estabilidad, generalmente no llega a caerse. Su definición es muy compleja, hay enfermos que hablan de mareo, otros malestar. Sienten inseguridad en la marcha con derivación al lado izquierdo. La impaciencia muscular o acatisia es otro de los síntomas, al igual que las alteraciones del esquema corporal, parestesias, las más frecuentes son manos, en los pies y prurito en el recto.

Algunos pacientes sienten escalofríos y estremecimientos. Los ataques timopáticos son semejantes a las ausencias epilépticas, y a los desmayos psicógenos. Parecen ataques catapléjicos por su súbita pérdida de tono, como su recuperación rápida. Las algias timopáticas, pueden ser críticas de gran intensidad o protopáticas, sordas, pesadas. Todas son vagas, difusas, con sensación de disconfor. Por las localizaciones más frecuentes se pueden clasificar en cefaleas, algias subescapulares, branquialgias y ciáticas. El lado que duele preferentemente es el izquierdo. Dentro de las alteraciones sensoriales, las visuales consisten en nebulosidades, escotomas y deslumbramientos. Las alteraciones auditivas, se caracterizan por una intolerancia a los ruidos. En las alteraciones motoras, destacan los tics, los temblores, las

alteraciones de los reflejos, las estigmatizaciones vegetativas, ereutofobias.

Los síntomas viscerales, forman un puente de transición con las neurosis orgánicas y otros síndromes psicósomáticos (Vallejo-Nájera, 1981).

Los síntomas circulatorios son muy variados, pueden ser leves, como palpitaciones, taquicardia, hipo o hipertensión pasajera o incluso pueden tomar la forma de una pseudoangina de pecho. Los síntomas digestivos, van desde las alteraciones del apetito, tanto anorexia como bulimia, a sequedad de boca, flatulencias, eructos, meteorismo. También vómitos y diarreas. Los síntomas respiratorios, la crisis angustiosa va acompañada de taquipnea. Es típica la respiración suspirosa, en otras ocasiones sensación "falta de aire". Por último síntomas vesicales, sexuales y cutáneos. Van desde la polaquiurias a la disuria, la eneuresis infantil. Respecto a los síntomas sexuales, la impotencia masculina y la frigidez y vaginismo femeninos.

Las características de todos ellos, no se encuentra un origen orgánico, no aparecen aislados y su curso es fásico o pasajero. Pudiendo sustituirse por otros síntomas en las distintas fases. Su tratamiento, se realiza con ansiolíticos y timoanalépticos.

La Organización Mundial de la Salud en su 10ª Edición (Borrador) (1991), propone una nueva clasificación, que se recoge en la tabla 7, dentro del capítulo F4.- Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

Tabla 11.- Clasificación de la Organización Mundial de la Salud en 10ª edición (Borrador).

**F4 TRASTORNOS NEUROTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS.**

F40 Trastornos fóbicos

F40.0 Agorafobia.

F40.00 sin trastorno de pánico.

F40.01 con trastorno de pánico.

F40.1 Fobias sociales.

F40.2 Fobias específicas (aisladas).

F40.8 Otro trastorno fóbico.

F40.9 Trastorno fóbico sin especificación.

F41 Otros trastornos de ansiedad

F41.0 Trastorno de pánico.

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.

F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.

F41.8 Otro trastorno de ansiedad.

F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.

## F42 Trastorno obsesivo-compulsivo

- F42.0 con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.
- F42.1 con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).
- F42.2 con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.
- F42.8 Otro trastorno obsesivo-compulsivo.
- F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.

## F43 Reacciones a estreses graves y trastornos de adaptación

- F43.0 Reacción de estrés agudo.
- F43.1 Trastorno de estrés post-traumático.
- F43.2 Trastorno de adaptación.
  - F43.20 Reacción depresiva breve.
  - F43.21 Reacción depresiva prolongada.
  - F43.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión.
  - F43.23 con predominio de alteraciones de otras emociones.
  - F43.24 con predominio de conducta discordial.
  - F43.25 con alteración mixta de las emociones y de conducta disocial.
  - F43.28 Otro trastorno de adaptación especificado.
- F43.8 Otra reacción a estreses graves u otro trastorno de adaptación.
- F43.9 Reacción a estreses graves o trastorno de adaptación sin especificación.

## F44 Trastornos disociativos (de conversión)

- F44.0 Amnesia disociativa.
- F44.1 Fuga disociativa.

- F44.2 Estupor disociativo.
- F44.3 Trastornos de trance y de posesión.
- F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad.
- F44.5 Convulsiones disociativas.
- F44.6 Anestias y pérdidas sensoriales disociativas.
- F44.7 Trastorno disociativo y de conversión mixto.
- F44.8 Otro trastorno disociativo o de conversión.
  - F44.80 Síndrome de Ganser.
  - F44.81 Trastorno de personalidad múltiple.
  - F44.82 Trastornos disociativos o de conversión transitorios de la infancia o adolescencia.
  - F44.88 Otro trastorno disociativo o de conversión específico.
- F44.9 Trastorno disociativo o de conversión sin especificación.

#### F45 Trastornos somatomorfos

- F45.0 Trastorno de somatización.
- F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado.
- F45.2 Trastorno hipocondriaco.
- F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa.
  - F45.30 del corazón y sistema cardiovascular.
  - F45.31 del esófago y estómago.
  - F45.32 del tracto gastrointestinal bajo.
  - F45.33 del sistema respiratorio.
  - F45.34 del sistema urogenital.
  - F45.38 Otra disfunción vegetativa somatomorfa.
- F45.4 Trastorno de dolor somatomorfo persistente.

F45.8 Otro trastorno somatomorfo.

F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación.

#### F48 Otros trastornos neuróticos

F48.0 Neurastenia.

F48.1 Síndrome de despersonalización-desrealización.

F48.8 Otro trastorno neurótico especificado.

F48.9 Trastorno neurótico sin especificación.

El borrador del CIE-10 (1988), recoge los trastornos de pánico como una entidad nosológica independiente. Incluye la agorafobia entre los trastornos fóbicos pudiendo presentarse sin ataques de pánico o con ellos. Separa claramente los trastornos por ansiedad de los trastornos obsesivos. Incluye en los trastornos mixtos de ansiedad y depresión, a los pacientes con una mezcla de síntomas depresivos y ansiosos en grado leve, que no llegan a satisfacer los criterios para otro trastorno afectivo o neurótico, muy frecuentes en la práctica clínica (López-Ibor Aliño, 1988; Díez, 1990). Incorpora los "trastornos neuróticos y de estrés" donde incluyen los trastornos de adaptación y de estrés post-traumático.

De acuerdo con Gelder (1989), el CIE-10 (Borrador) promete ser un instrumento con buena utilidad clínica.

A continuación haremos una breve mención de los apartados del CIE-10 (Borrador).

Dentro del borrador CIE-10. Los trastornos por ataques de pánico, incluye ataques recurrentes de ansiedad grave con una duración de minutos, impredecibles, asociados a síntomas autonómicos, sensaciones de irrealidad y miedos secundarios de morir, perder el control o volverse loco. Para su diagnóstico definitivo deben de ocurrir los ataques graves de ansiedad autonómica; en un mes, en circunstancias donde no está presente un peligro objetivo, no confinado a situación conocida o fácil de predecir. Entre un ataque y el posterior no deben existir síntomas, salvo la ansiedad anticipadora leve que es común. Su diagnóstico debe de ser excluido, si ocurren en una situación fóbica o si presenta trastorno depresivo.

Los trastornos por ansiedad generalizada, incluyen la ansiedad generalizada y persistente no restringida a ninguna circunstancia ambiental. La presencia transitoria de otros síntomas no cambia este diagnóstico, pero no permiten incluirlo en trastornos por ansiedad generalizada si el paciente tiene un episodio depresivo, trastorno fóbico, trastorno de pánico o trastorno obsesivo-compulsivo.

Los síntomas deben incluir elementos de:

A) Hiperactividad autonómica: aturdimiento, sudoración, taquicardia, molestias epigástricas, mareos, boca seca.

B) Tensión motora: intranquilidad, agitación, dolores de cabeza, temblores, incapacidad para relajarse.

C) Aprensión: Preocupación sobre las desgracias futuras. Tener los nervios de punta, dificultad para concentrarse. Estos deben presentarse

durante la mayoría de los días durante "al menos varias semanas sin interrupción".

Por último los síndromes mixtos de ansiedad y depresión. En la ansiedad y depresión mixta, cuando los síntomas son leves y "ninguno predomina claramente". No se debe usar si se satisfacen los criterios de episodio depresivo o trastorno de ansiedad. En el apartado correspondiente a otros trastornos de ansiedad y depresión, cuando están presentes los síntomas de otros diagnósticos neuróticos, como obsesivo-compulsivo, disociativo, trastornos de somatización múltiple.

Finalmente, en la tabla 12, se agrupan los diferentes trastornos descritos por distintos autores y criterios, sobre los trastornos ansiosos, juntamente con su correspondencia entre ellos, que constituye una breve guía en el intrincado mundo de las denominaciones surgidas en torno a los conflictos ansiosos.

Tabla 12 .- Tipos de neurosis, según Freud y Alonso-Fernández (1982).

1.-Neurosis de angustia	-----	Neurosis angustia
2.-Neurastenia	-----	Astenia vital
3.-La hipocondria	-----	Actitud de la personalidad
4.-La histeria de angustia	-----	Neurosis fóbica
5.-La histeria de conversión	-----	Neurosis histérica
6.-La neurosis obsesiva	-----	Neurosis obsesiva

Tabla 13.-

Freud:	Alonso-Fernández(1982)	DSM-I (1952)
Neurosis de angustia.	Neurosis angustia	Reacción de ansiedad
Neurastenia	Astenia vital	
La hipocondria	Actitud de la personalidad	Reacción hipocondria
La histeria de angustia	Neurosis fóbica	Reacción fóbica
La histeria de conversión	Neurosis histérica	Reacción histérica
La neurosis obsesiva	Neurosis obsesiva	Reacción obsesivo-compulsiva

Tabla 14.-

FREUD	DSM-II (1968)
Neurosis de angustia	Neurosis de ansiedad
Histeria de conversión	Neurosis histérica
	Tipo conversivo
	Tipo disociativo
Histeria de angustia	Neurosis fóbica
Neurosis obsesiva	Neurosis obsesivo-compulsiva
	Neurosis depresiva
Hipocondria	Neurosis hipocondríaca
	Neurosis de despersonalización
Neurastenia	Neurosis neurasténica

## ICD-9 (1977)

## DSM-III (1980)

Estados de ansiedad

Trastorno por angustia

Trastorno por ansiedad  
generalizada

Histeria

Trastornos conversivos

Trastornos disociativos

Estado fóbico

Agorafobia

Fobia social

Fobia simple

Trastorno obsesivo-compulsivo

Trastorno obsesivo-compulsivo

Depresión neurótica

Trastorno distímico

Trastorno adaptativo-depresivo

Hipocondria

Hipocondria

Síndrome de despersonalización

Trastorno por  
despersonalización

Neurastenia

Trastorno por somatización

Trastorno por somatización

Reacción adaptativa

Trastorno adaptativo-  
ansioso

Reacción aguda al estrés

Trastorno por estrés  
postraumáticoTrastorno mixto de la  
conducta y de las emociones

## DSM-III-R (1988)

## ICE-10 (Borrador 1988)

Trastorno por angustia  
con/sin agorafobia

Trastornos de pánico

Trastorno por ansiedad

Trastornos de ansiedad  
generalizada

Trastornos conversivos

Trastornos disociativos

Trastornos disociativos  
(de conversión)

Agorafobia sin crisis de  
angustia

Agorafobia con/sin trastorno  
de pánico

Fobia social

Fobia social

Fobia simple

Fobias específicas

Fobias mixtas

Trastorno obsesivo-compulsivo

Trastorno obsesivo-compulsivo

Distimia

Distimia

Trastorno adaptativo-  
depresivo

Trastorno mixto ansioso-  
depresivo

Hipocondria

Trastorno hipocondríaco

Trastorno por  
despersonalización

Síndrome despersonalización-  
desrealización

Trastorno por somatización

Trastornos somatomorfos

Trastorno adaptativo-ansioso

Trastorno por estrés  
postraumático

Reacciones a estreses graves  
y trastornos de adaptación

Trastorno ansioso-orgánico

A continuación se propone una nueva clasificación clínica de los tipos de ansiedad, basada en el criterio de Vallejo-Ruiloba (1987), que se considera reúne rasgos de interés en la práctica clínica, considera diversos aspectos como pueden ser su naturaleza, aparición, origen, evolución y descripción clínica. (tabla 15).

Tabla 15.- Clasificación clínica de los tipos de ansiedad.

1) Según su naturaleza:

- a) Normal.
- b) Patológica.

2) Por su aparición:

- a) Primaria.
  - \* Reactiva: Generada por una situación.
  - \* Nuclear: Generada por un conflicto neurótico de la personalidad (rango).
- b) Secundaria: Como síntoma acompañante de otros trastornos psiquiátricos u orgánicos: trastornos depresivos, psicóticos, o enfermedades orgánicas.

3) Según su origen:

- a) Endógena.
- b) Exógena.

4) Por su evolución clínica:

- a) Aguda.
- b) Crónica.

5) Por su descripción clínica:

- a) Crítica.
- b) Flotante o libre.
- c) Fóbica o situacional.

### 2.1.3.-Descripción clínica de los tipos de trastornos por ansiedad.

Las diferencias entre la ansiedad normal y la patológica, radican fundamentalmente en la intensidad, duración y circunstancias que la originan (Rojas, 1989).

Mientras que la ansiedad normal, incluso puede estimular al individuo, la patológica sobrepasa los límites adaptativos (Vallejo-Ruiloba, 1987; Ayuso, 1988).

Para López-Ibor (1966), y Ayuso (1988), la normal surge en el plano de los sentimientos psíquicos, los motivados; la patológica en el plano de los vitales, los que se refieren a las vivencias corporales, implicando una reducción en la libertad del individuo.

En la tabla nº 16, las diferencias entre la ansiedad normal y la patológica según Ayuso (1988).

Tabla 16.- Diferencias entre la ansiedad normal y la patológica según Ayuso (1988).

Normal -----	Patológica -----
Más ligera.	Más profunda recurrente y persistente.
Función adaptativa.	Deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico.
Ocurre en el plano de los sentimientos psíquicos.	Ocurre en el plano de los sentimientos vitales.
Surge dentro del ámbito de la libertad.	Implica una reducción de la libertad.

Según el origen, se debe diferenciar la ansiedad endógena de la exógena. Su distribución la propuso Sheeman en 1982, la endógena se presenta con síntomas paroxísticos, inexplicables, sin relación con situaciones ambientales (González Infante, 1989). . Aparece por trastornos metabólicos, en sujetos con vulnerabilidad genética. Este concepto se aproxima al de timopatía ansiosa de López-Ibor, (descrita anteriormente).

Diagnóstico que incluía enfermos neuróticos cuya angustia no era de origen psicogenético (López-Ibor Aliño, 1988). Este síndrome es la angustia vital, dimanada de alteraciones fisiopatológicas del sistema diencefálico. Puede presentarse de forma fásica o en ráfagas, aparece y evoluciona como un cuadro endógeno.

Los síntomas pueden presentarse tanto en el campo psíquico, como en el orgánico, no siendo infrecuentes los síntomas neurológicos y viscerales. Todos ellos se caracterizan por no encontrar una causa orgánica, no aparecen solos y tienen un curso fásico o pasajero (Vallejo-Nájera, 1981).

El estudio realizado por Cervera y Col (1987) con 77 pacientes que padecían un estado de ansiedad patológica, tras la existencia de una enfermedad orgánica. Todos ellos manifestaron manifestaciones somáticas y psíquicas de la ansiedad. Presentaron una personalidad predispuesta.

La ansiedad endógena está asociada a los trastornos de pánico. La exógena, está originada por situaciones de estrés, de amenaza, de peligro. Está asociada a los trastornos de ansiedad generalizada.

Las diferencias entre la ansiedad endógena y exógena se pueden ver en la tabla nº 17.

Tabla 17.- Diferencias entre la ansiedad endógena y exógena, según Ayuso (1988).

<u>Endógena</u>	<u>Exógena</u>
Aparición de ataques espontáneos de ansiedad.	Ausencia de ataques espontáneos de ansiedad.
Sin relación con factores ambientales.	Relacionado a factores
Con antecedentes familiares de ataques de ansiedad.	Sin antecedentes familiares.
Mayor frecuencia en el sexo femenino.	Similar en ambos sexos.
Reclamación de asistencia médica.	Raramente se reclama asistencia médica.
Buena respuesta a farmacoterapia.	Respuesta a psicoterapia.

Según la evolución, los trastornos por ansiedad, pueden ser agudos y crónicos. La forma aguda, suele iniciarse bruscamente, pero el comienzo es en ocasiones paulatino y va aumentando a lo largo de un breve periodo de tiempo. Suele acompañarse de manifestaciones somáticas. Los síntomas pueden ceder rápida o gradualmente, y eventualmente desaparecer o mantenerse. La forma crónica, origina un estado de hiperalerta, con una importante disminución del rendimiento del sujeto. Este estado de ansiedad flotante o focalizada, tiene fluctuaciones condicionadas por los acontecimientos vitales (Ayuso, 1988).

Según la descripción clínica, Díez (1990), distingue tres tipos de ansiedad: Crítica, flotante o libre y fóbica o situacional, de las que se estudian aquí las dos primeras.

Ansiedad crítica: Trastorno de pánico según el borrador CIE-10 (1988).

Este síndrome está caracterizado por la aparición de crisis inesperadas, no provocadas por estímulos ambientales. Su origen es endógeno, aparecen en situaciones rutinarias de forma espontánea, sin previo aviso, de forma súbita y sin razón psicológica evidente. Si el sujeto las asocia a situaciones o lugares concretos, se complica su evolución originándose conductas de evitación (Voodraff, 1974). Gradillas (1988), el sujeto vive una emoción parecida al miedo, pero sin peligro objetivo. Siente en su cuerpo una serie de alteraciones en sus diferentes sistemas.

La sintomatología se presenta de forma creciente, con sensación de miedo, terror, aprensión, vivencias de amenaza. Asociados aparecen síntomas físicos como disnea, palpitaciones, dolor y disconfort torácico, sensación de asfixia, mareo, sensación de aturdimiento e inestabilidad, sensación de irrealidad (despersonalización y/o desrealización), parestesias, distermias, sudoración, angustia, temblor, sacudidas y miedo a morir, a volverse loco o a perder el control (Cohen et Write, 1951; Gorman, 1987). Estas serían las crisis completas o mayores. Las menores o subcrisis caracterizadas por presentar sensación de ansiedad aislada, sensación de ansiedad con menos de cuatro síntomas significativos, síntomas somáticos sin ansiedad o por vivencias de despersonalización aislada (Sheeman et Sheeman, 1982; Gorman, 1987); Bernardo, 1990). Para la definición del síndrome, las crisis deben de ser, inicialmente al menos espontáneas, aunque luego puedan ser facilitadas por situaciones concretas (Gorman, 1987). En las crisis de ansiedad anticipatoria, los síntomas se incrementan a medida que se acerca el estímulo fóbico, no llegando a perder el control (Sheeman et Sheeman, 1982).

Los síntomas físicos, representan una hiperestimulación del sistema nervioso vegetativo simpático, acompañada de hiperventilación. Otros síntomas físicos como náuseas, necesidad urgente de orinar o defecar, visión borrosa y gran astenia, se originan por hiperactivación del parasimpático (Gorman, 1987).

El sujeto pasa de un estado asintomático, en un período breve de tiempo, de segundos a minutos, a aparecer con un cuadro sintomatológico, las manifestaciones de ansiedad aparecen tanto en la esfera somática como en la psíquica. Las crisis pueden durar minutos, rara vez llegan a horas (Voodraff, 1974; Lader et Marks, 1971).

Sin embargo hay pacientes que refieren tener crisis todo el día. No es infrecuente que aparezcan las crisis por la noche, despertando al paciente (Ley et al., 1975; Lesser et al., 1985), las crisis ocurren durante el sueño, van acompañadas de somniloquia, sonambulismo y fenómenos oníricos sin relajación de esfínteres.

En algunos pacientes, las crisis no interfieren su actividad habitual (Díez, 1990). Otros se sienten alterados y fatigados durante varias horas después de la crisis aguda. También se han descrito los episodios paroxísticos, similares pero de una intensidad reducida, no llega a producirse el pánico, los americanos las denominan "subpanic attacks", que aparecen de forma concomitante o no con la crisis (Gorman et al., 1984).

Otra posibilidad es que presenten formas de ansiedad patológica semejante a una depresión ansiosa (Gorman, 1987). Lo que sí es frecuente es la aparición de la ansiedad flotante o anticipadora, que es la ansiedad generalizada por el miedo a repetirse la crisis (Gorman et al., 1984).

Para el criterio establecido en DSM-III, deben presentarse un mínimo de tres crisis en un período de tres semanas. Este criterio se manifiesta en el DSM-III-R, como cuatro crisis con un período de cuatro semanas. Para el CIE-10 (Borrador), los ataques recurrentes de ansiedad grave deben ocurrir dentro de un período de un mes. En circunstancias donde no existe un peligro objetivo, no confinado a situación conocida. Libre de síntomas entre las crisis (salvo la ansiedad anticipadora leve). Se diferencia del DSM-III-R, en que la mayoría de los pacientes con trastornos fóbicos en el CIE-10 no recibirán el diagnóstico por pánico. Tampoco los pacientes persistentemente ansiosos, ni en el caso de presentar un trastorno depresivo (Tyrrer, 1991).

La primera crisis, como ya ha sido mencionado, suele acontecer en una actividad rutinaria. No es raro, que se produzca en el contexto de una enfermedad vital grave, por ejemplo: un accidente grave o en la pérdida de una relación interpersonal íntima. En pacientes con hipo o hipertiroidismo, en el período postparto o en la administración de drogas psicoactivas, marihuana, cocaína o anfetaminas. Las crisis suelen continuar una vez resueltas las condiciones concomitantes (Gorman, 1987).

Ante la aparición de la primera crisis, el paciente teme presentar una lesión cardíaca o cerebral, tras la realización de ECG, pruebas de laboratorio y exploración general física, puede encontrar como máximo una taquicardia sinusal.

Con la aparición de una nueva crisis, el equipo médico responsable del seguimiento, puede considerar que el problema del sujeto es "psicológico" o bien utilizar un estudio médico completo, con monitorización de 24 horas con el Holter, pruebas de esfuerzo, Electrocardiograma, Ecocardiograma, Tomografía computarizada, incluso prueba de Tolerancia a la glucosa. Generalmente no existen anomalías, excepto quizás un prolapso de la válvula mitral.

Normalmente, el diagnóstico es un problema psicológico, al no encontrar ningún trastorno orgánico. Si la crisis se repite, el paciente tiende a hipocondrizarse. Para Mayer-Gross et al. (1974), esto se observa en el 50% de los pacientes.

Tras la primera crisis, que el paciente recuerda con gran precisión, surgen nuevos ataques cuya aparición es caprichosa. Cada ataque suele repetir con gran fidelidad idénticos síntomas. Con la repetición de los ataques, el paciente experimenta ansiedad anticipadora, por el miedo a sufrir otra crisis. Un alto porcentaje evoluciona hacia una condición de evitación fóbica (Ayuso, 1989).

La complicación más frecuente es la evolución a un evitamiento fóbico, que evoluciona hacia un síndrome agorafóbico, en un 70% hay un cierto grado de evitación fóbica (Ayuso et al. 1986).

El curso de la enfermedad puede evolucionar de forma periódica, con temporadas de manifestaciones floridas, separadas por intervalos libres. En otras ocasiones lo hace de forma caprichosa, pero en general la mitad de los pacientes tienen una evolución crónica e incapacitante (Ayuso, 1989).

Estos enfermos tienen mayor riesgo para contraer enfermedades somáticas. En el caso de úlcera gastroduodenal, el incremento de incidencia es del 20% y de la hipertensión arterial del 17% (Noyes et al., 1980). El riesgo de morbilidad y muertes prematuras es tres veces superior al de la población general (Coryell et al., 1982), y el riesgo de suicidio es mayor (Noyes et al., 1980), por el hecho de ser más propensos a padecer depresiones graves.

El estudio realizado por Cloring et al., (1985), cada paciente diagnosticado por trastorno de pánico tenía síntomas de trastorno por ansiedad generalizada previo de un primer ataque de pánico. Resultados semejantes son obtenidos por Uhde et al., (1985), por su parte Barlow, (1988), observa en 73% de los pacientes con trastornos por ansiedad generalizada tiene historia de al menos un ataque de pánico.

El desarrollo de una depresión secundaria se da en el 44% de los casos (Noyes et al., 1980).

Sheehan et Soto (1987), distinguen siete estadios en la historia natural de las crisis de ansiedad (Trastorno de pánico).

Tabla 18.- Estadios en las crisis de ansiedad (Sheeman et Soto, 1987).

Estadio 1: Síntoma de ataque de subpánico.

Estadio 2: Ataque de pánico multisintomático.

Estadio 3: Hipocondriasis.

Estadio 4: Evitación fóbica limitada.

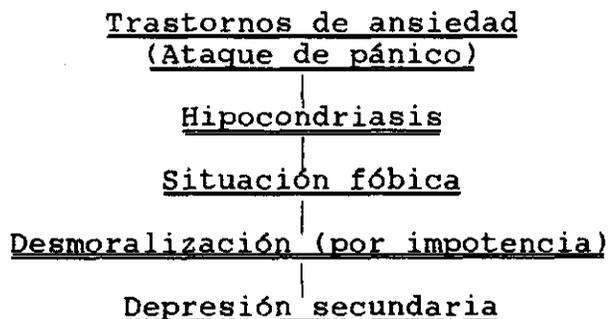
Estadio 5: Fobias sociales.

Estadio 6: Evitación fóbica extensiva.

Estadio 7: Depresión secundaria.

Adicionalmente a la evolución, tal y como es vista por Sheeman et Soto (1987), él propone una historia natural de concepción propia, en la que se describe las etapas que recorre la ansiedad, en sólo cinco niveles, entre los que se considera la desmoralización, como parte importante del proceso, y que resulta ser un antecedente a la expresión de la depresión secundaria, (tabla nº 19).

Tabla 19.- Historia natural de los trastornos de ansiedad:

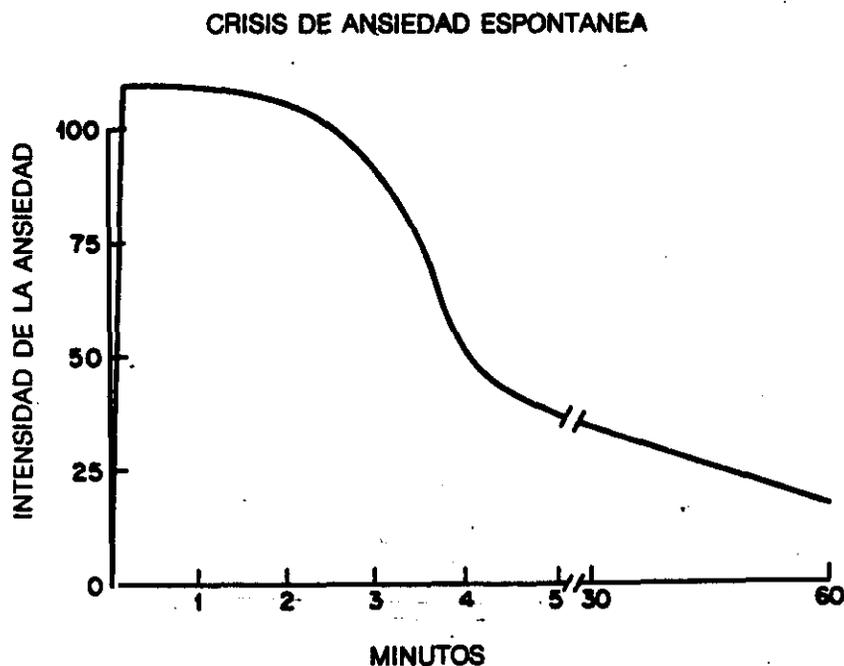


Sheehan et Soto (1987) describe gráficamente diferentes tipos de ataques de ansiedad, situando en las abscisas la intensidad del ataque y en ordenadas el tiempo en que éste se presenta (Fig. 2, 3, y 4).

Distintos tipos de ataques.

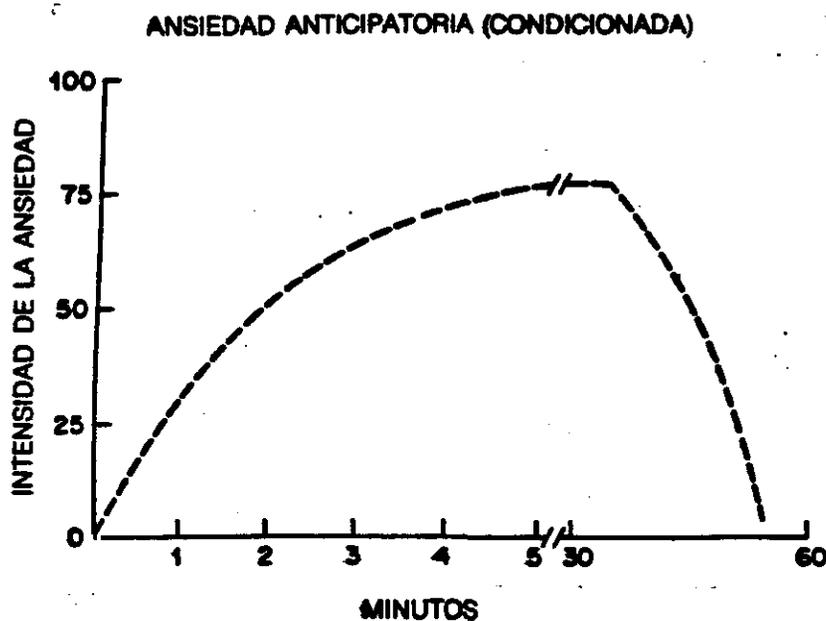
Los pacientes afectados por crisis de ansiedad espontánea sienten la experiencia como algo que surge rápida e inesperadamente, hasta situarse por encima de lo que aparentemente resultaría el punto de máxima intensidad, la sensación que experimentan es de proximidad inmediata de la muerte. Después, a lo largo de los tres minutos la crisis posee una vida propia, para disminuir posteriormente (fig. 2).

Figura 2.- Crisis de ansiedad espontánea. Según Sheeman et. Soto (1987).



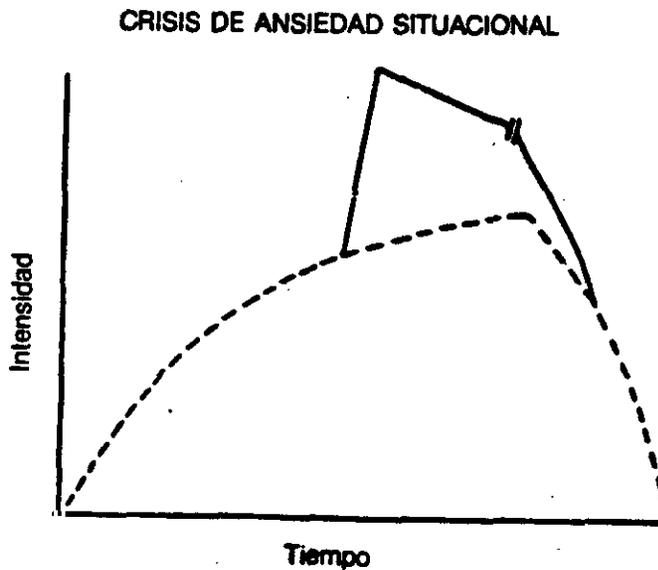
Otro tipo de crisis es el denominado de ansiedad anticipatoria, relacionada a situaciones que se asocian con estas crisis. El paciente tiene sin embargo la sensación de poder retornar a la situación inicial, invirtiendo la curva, al alejarse del estímulo. Esta situación se muestra en la figura 3.

Figura 3.- Ansiedad anticipatoria (condicionada). Según Sheeman et Soto (1987).



En algunos casos, se presentan crisis de ansiedad situacional, cuando durante varios minutos súbitamente surgen crisis de pánico superimpuestas a la ansiedad anticipatoria (fig. 4).

Figura 4.- Crisis de ansiedad situacional. Según Sheeman et Soto (1987).



Como podemos observar, el pánico, coexiste con otros síntomas psiquiátricos especialmente con fobias, pero también se presenta de forma simultánea de muchos síntomas como ansiedad generalizada y la depresión.

Los principales problemas de clasificación se presentan por el vínculo común entre el pánico y otros síntomas como ansiedad generalizada y la depresión.

Según Tyrer (1992), el pánico puede evolucionar a ansiedad generalizada, Klein destaca la ansiedad anticipadora en los pacientes temerosos de tener otro ataque de pánico. Aún cuando nunca se presente este ataque, tarda en desaparecer el miedo, la aprensión y los síntomas físicos de ansiedad. Para Cloringer et al. (1981), pacientes diagnosticados de trastorno de pánico tenían síntomas de trastornos por ansiedad generalizada antes de su primer ataque de pánico. Hallazgos similares obtuvieron (Breier et al. 1986; Barlow, 1988).

En el estudio realizado por Breier et al. (1986), un 70 por 100 de los pacientes tuvieron un episodio depresivo mayor durante el curso de su enfermedad y el 43 por 100 tuvieron su primer episodio antes del comienzo de su primer ataque por pánico.

Para Tyrer (1992), a nivel de la descripción, el pánico y la ansiedad generalizada pueden ser distintos. Sin embargo el pánico es un síntoma importante pero no excepcional, su clasificación ha mezclado los trastornos por la ansiedad de modo que ha estimulado la investigación, pero sólo ha creado perplejidad en el clínico.

Ayuso (1984); Gorman et al. (1984); Massana (1986), señalan una mayor autonomía de los trastornos de pánico.

En la clínica no hay que olvidar la respuesta terapéutica de los trastornos de pánico, mediante los antidepresivos tricíclicos y los IMAO (Inhibidores de las Monoaminas Oxidasas).

Ansiedad flotante o libre: Trastorno por ansiedad generalizada según CIE-10 (Borrador).

Mayer-Gross et al. (1974), considera en la ansiedad flotante un estado de ánimo en el sujeto, que se caracteriza por una anticipación temerosa, con un fuerte sentimiento de tensión, que se manifiesta con un aumento del tono muscular y temblor distal. Interiormente se experimenta una sensación de inquietud y de incapacidad para relajarse, que objetivamente puede manifestarse por movimientos inmotivados y a veces estereotipados. El sueño suele estar perturbado, es difícil de conciliar, resultando cuando llega intranquilo e insatisfactorio.

El paciente se queja de dificultad para concentrarse, de la pérdida de interés por las cosas y de la incapacidad para experimentar placer. Generalmente se vuelve irritable, colérico, impaciente y disminuye la tolerancia a la frustración (Díez, 1990).

Vallejo (1985), describe a los pacientes ansiosos, en el plano psíquico, como sujetos que se encuentran nerviosos,

inquietos, con un sentimiento penoso de malestar moral que aumenta la fragilidad de un yo, que se siente amenazado. Todo les preocupa y progresivamente se va deteriorando su rendimiento, lo cual les hace sentirse incapaces. Los ruidos les sobresaltan, el futuro les agobia y van restringiendo su relación social. Viven en un estado de constante tensión diurna, mientras que por la noche, se manifiesta por la dificultad para dormir y la aparición de pesadillas. Están de mal humor e irritables, pudiendo llegar a sentirse desolados por la situación y llorar por la impotencia y sobrecarga tensional. Todo ello con un interno sentimiento de temor.

En el plano somático, la sintomatología es amplia y consecuencia de la disregulación neurovegetativa, va a causa de un arousal elevado (Díaz, 1990).

En lo anteriormente descrito se pueden observar la presencia de una sintomatología ansiosa y depresiva simultánea, especialmente cuando el trastorno se hace crónico (Díaz, 1990), aunque el análisis detallado de esta disfunción mixta se realiza más adelante.

El DSM-III-R, describe los criterios a seguir para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad generalizada y se recoge a continuación:

A.-Ansiedad y preocupación no realista o excesiva, en torno a dos o más circunstancias vitales: por ejemplo, preocupación por desgracias de alguno de sus hijos (que no se

halla en peligro) o preocupación por asuntos económicos (sin ninguna razón). El trastorno ha durado por lo menos 6 meses ó más durante los cuales el individuo ha estado preocupado por estos problemas la mayor parte de los días. En niños y adolescentes el trastorno puede tomar la forma de ansiedad o preocupación por el rendimiento académico, deportivo y social.

B.-Cuando también hay otro trastorno del eje I, el foco de ansiedad y de la preocupación, no está relacionado con el apartado A. Por ejemplo, la ansiedad y la preocupación no tienen nada que ver con el miedo a tener una crisis de angustia o a sentirse ridiculizado en público, a ser contaminados o a ganar peso.

C.-El trastorno no debe presentarse solo en el curso de una alteración del estado de ánimo o psicótica.

D.-Al menos, hay 6 de los siguientes 18 síntomas (no deben incluirse aquellos síntomas que sólo se presentan durante una crisis de angustia).

Tensión motora:

- 1)-Temblor, contracciones o sacudidas.
- 2)-Tensión o dolor muscular.
- 3)-Inquietud.
- 4)-Fatigabilidad excesiva.

Hiperactividad vegetativa:

- 5)-Falta de aliento o sensación de ahogo.
- 6)-Palpitaciones o ritmo cardiaco acelerado (Taquicardia).
- 7)-Sudoración o manos frías y húmedas.
- 8)-Boca seca.
- 9)-Mareo o sensación de inestabilidad.
- 10)-Náuseas, diarrea u otros trastornos abdominales.
- 11)-Sofocaciones o escalofríos.
- 12)-Micciones frecuentes.
- 13)-Dificultades para tragar o sensación de tener "un nudo en la garganta".

Hipervigilancia:

- 14)-Sentirse atrapado o al borde de un peligro.
- 15)-Exageración en la respuesta de alarma.
- 16)-Dificultad para concentrarse o episodios en los que la mente se queda en blanco debido a la ansiedad.
- 17)-Dificultad en dormir o en mantener el sueño.
- 18)-Irritabilidad.

No se ha podido demostrar que un factor orgánico haya iniciado y mantenido la alteración por ejemplo, un hipertiroidismo o la intoxicación por cafeína.

Klein et al., (1984), proponen una clasificación de síntomas ansiosos persistentes, para facilitar la comprensión:

1.-Expectación aprensiva. El paciente se muestra aprensivo y generalmente preocupado (por desmayarse, perder el control, morirse) y pensativo. Anticipación de lo peor para él o para las personas próximas a él. Aparece inquietud intensa, desasosiego, vivencias de amenaza, terrores difusos, inseguridad, sensación de vacío, presentimiento de la nada y de disolución del yo.

2.-Tensión motora. Se encuentran temblorosos, inquietos, sobresaltados, con estremecimientos, tensos, con dolores musculares, fatigados e incapaces de relajarse. Es frecuente el parpadeo, el ceño fruncido, la cara tensa, la inestabilidad, el nerviosismo y la inquietud. El tono de la musculatura estriada está elevado. Las manifestaciones conductuales pueden ir desde la excitación extrema, a la inhibición estuporosa, siendo ambos extremos infrecuentes.

3.-Hiperactividad autonómica. Según Tyrer (1982) los síntomas más relevantes son: palpitaciones, disnea, xerostomía, náuseas, polaquiuria, mareo, sudoración algias abdominales, temblor, piel fría y húmeda. A esto se añade midriasis, vasoconstricción, diarreas, opresión precordial y nudo en la garganta.

4.-Vigilancia y escrutinio. Es un estado de hiperatención que da lugar a una distraibilidad, dificultad de concentración, insomnio, sensación de estar "al límite", irritabilidad e impaciencia.

Los síntomas se pueden agrupar de manera sintética en cuatro grupos: tensión motora, hiperactividad vegetativa, expectación aprensiva, vigilancia y escrutinio; para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada, deben presentarse síntomas de tres de los cuatro grupos (Gorman, 1987).

La descripción sindrómica del trastorno por ansiedad generalizada, se caracteriza por un sentimiento de carácter persistente, insidioso y generalizado, sin conductas fóbicas ni crisis de ansiedad (Ayuso, 1989; Díez, 1990). Para la APA (1980) la ansiedad debe persistir un mes por lo menos pero para DSM-III-R (1987), el período mínimo debe de ser de 6 semanas. Para diferenciarlos de las reacciones transitorias de "stress" (Spitzer et Williams, 1984).

Para el borrador del CIE-10, la ansiedad generalizada y persistente, no debe estar restringida a ninguna circunstancia ambiental. La aparición transitoria de otros síntomas, no descarta este diagnóstico, pero no lo permite cuando el paciente tiene un episodio depresivo, trastorno fóbico, trastorno de pánico o trastorno obsesivo-compulsivo.

Los síntomas primarios deben aparecer durante la mayoría de los días durante "al menos varias semanas sin interrupción". Los síntomas deben implicar elementos de:

A-Hiperactividad autonómica: aturdimiento, sudoración, taquicardia, molestias epigástricas, mareos, boca seca.

B-Tensión motora: intranquilidad, agitación, dolores de cabeza, temblores e incapacidad para relajarse.

C-Aprensión: preocupación sobre las desgracias futuras. Tener los nervios de punta, dificultad para concentrarse.

El inicio es difícil de establecer, los pacientes no recuerdan un momento de su vida en que estuviesen especialmente nerviosos, generalmente se trata de personalidades de tipo neurótico (Díez, 1990). Expresan ideas de frustración, disgusto con su vida, desmoralización y desesperanza.

La diferencia fundamental de los trastornos por ansiedad generalizada es la ausencia de crisis de ansiedad aunque a veces pueden empezar momentáneamente y semejar una crisis (Gorman et al., 1984; Cameron, 1985). Generalmente estas exacerbaciones, se presentan de forma gradual, remiten más lentamente y los síntomas somáticos concomitantes son menos relevantes. Raramente sienten amenaza de muerte, locura o pérdida de control (Ayuso, 1989). Después de una crisis de ansiedad, el paciente se encuentra exhausto, no ocurre así en las agudizaciones de la ansiedad generalizada. También hay que destacar, que los síntomas cardiovasculares y respiratorios son menos frecuentes y graves (Cameron 1985; Hoan-Saric et McLeod, 1985).

### **Trastorno mixto de ansiedad y depresión.**

Una de las categorías más revolucionarias del borrador de la CIE-10 (1991), es el trastorno mixto de ansiedad y depresión, que incluye enfermos con mezcla de síntomas depresivos y ansiosos, ambos en grado de leve a moderado, sin llegar a satisfacer los criterios para otros trastornos afectivos o neuróticos (López-Ibor, 1988).

Existe una gran controversia entre la interpretación de ambos trastornos afectivos. Es relativamente frecuente que en los diferentes instrumentos de medida para la depresión contengan items para medir la ansiedad, al igual que la escala de ansiedad correlacionan de forma significativa las puntuaciones de depresión (Van Wallkenburg et al., 1984).

Aunque la depresión y la ansiedad en ciertos casos son síndromes puros, con frecuencia se solapan (Hamilton, 1960, 1983; Spitzer et al., 1967; Marks et Lader, 1973; Leckman et al., 1983; Akiskal, 1986).

En la clínica de la depresión, la ansiedad siempre está presente con una u otra manifestación (Polaino, 1988).

En este aspecto hay incluso interpretaciones encontradas, defendidas por distintos autores. Vallejo (1990), recoge las tres posiciones: a) modelo unitario, según el cual las diferencias son sólo cuantitativas; b) el modelo pluralista, el cual se inclina por diferencias cualitativas, y por último 3) el modelo mixto, el cual se inclina por un síndrome

independiente ansiedad-depresión, que se distancia del síndrome ansiedad o depresión primarios o puros.

Mapother (1926), Lewis (1934); López-Ibor (1966); Kendel (1969, 1976) son partidarios del modelo unitario. Mientras que (Garmany, 1958; Roth et Mountjoy, 1982; Gorman, 1987), apoyan el modelo binario, donde ambos trastornos son independientes, a pesar de existir áreas de solapamiento.

Un motivo para incluir el trastorno mixto ansiedad-depresión en el CIE-10 (Borrador), es el estudio realizado por Goldberg y Hallier en 1979, en pacientes de medicina interna, donde se indica un solapamiento de los trastornos de ansiedad con grados leves de trastornos depresivos.

Los trastornos por ansiedad y los trastornos por depresión presentan síntomas semejantes respecto, insomnio, anorexia, tristeza, desánimo, anhedonia y desesperación (Saiz, 1986).

Otro dato interesante es el tratamiento ya que los pacientes con trastorno de pánico responden a los Inhibidores de las Monoaminas Oxidasa y a los antidepresivos Tricíclicos, al igual que en los trastornos depresivos (Gorman, 1987; Pujol y Humbert 1987; Galletero y Guimon, 1989). Rickels et al. (1979), encuentran ansiedad en un 70% de los pacientes diagnosticados de depresión neurótica.

Mientras que Schapiro (1978), Clancy et al. (1978), Johnstone (1980) y Cloninger et al. (1981), Saiz (1986),

encuentran la presencia de síntomas depresivos en el curso de los trastornos por ansiedad entre 33 y 71 %.

Por otro lado los trabajos de Fawcet et Kravitz (1983), mencionan que el 29% de los enfermos con trastornos afectivos se ven afectados de trastornos de pánico. Crowe et al. (1983) realiza un estudio sobre la existencia de antecedentes familiares con trastornos afectivos en pacientes con trastorno de pánico sin encontrar relación entre ambos. Sin embargo, Weissman (1983) sí encuentra relación entre ambos trastornos.

Chauveau (1989), la depresión podría ser un fenómeno evolutivo, de carácter reactivo en el transcurso de los trastornos por ansiedad, ya que la ansiedad genera sentimientos de minusvalía y culpabilidad que desembocan en la depresión. Al igual que la depresión puede desembocar en una ansiedad reaccional, entre las pérdidas sucesivas de las que el sujeto es consciente. El estudio realizado por Cervera y Col (1984), con 108 pacientes depresivos, muestra que los síntomas más frecuentes son la tristeza en un 86% y la angustia en un 85%. Para Cloninger et al. (1981), el 75 % de los pacientes con trastornos de pánico desarrollan posteriormente una forma de depresión. También para Bowen (1979) y Munjack (1981), existe una mayor incidencia de episodios depresivos mayores, con trastornos de pánico.

Para autores como Gurney (1971), Roth et Mountjoy (1982), Derogatis (1973), Klerman (1974), Zitrin (1980), Tyrer (1992), ambas entidades podrían separarse mediante

un análisis estadístico e instrumentos precisos. Para Roth et Mountjoy (1982) la presencia de humor depresivo, insomnio, enlentecimiento psicomotor, tendrían un valor diferenciador en las puntuaciones estadísticas.

En contrapartida Paykel (1971), Van Vallkenburg (1984), apoyan la existencia de pacientes con sintomatología mixta. Mientras Tyer (1992), señala que en el borrador de CIE-10, el trastorno mixto de ansiedad y depresión y la agorafobia con pánico, son las únicas situaciones que permiten una patología mixta. Sin embargo, el trastorno mixto de ansiedad y depresión, sólo es aceptado a nivel de una patología leve.

Según Finlay-Jones et Brown (1981), la ansiedad es una respuesta a la incertidumbre, el peligro, mientras que la depresión sigue por lo general a una pérdida y acontecimientos de muerte (Paykel et al., 1969).

En la evolución de las depresiones secundarias y en especial a la forma mixta ansiedad-depresión, se observa una mayor tendencia a la cronicidad, peor pronóstico y respuesta terapéutica más pobre (Breier et al., 1984; Valkendurg et al., 1984). Cuando la depresión y los síntomas ansiosos coinciden en el inicio del cuadro, el pronóstico mejora, probablemente se trataría de depresiones con ansiedad (Clancy et al., 1978).

Los diferentes focos de confusión, en las investigaciones sobre ansiedad-depresión, pueden provenir según Vallejo (1991).

-Confusión semántica y conceptual.

- .Distinta significación según culturas y grupos.
- .Ansiedad y depresión son emociones complejas.
- .Ubicuidad nosológica.
- .Dificultad para captar fenómenos cualitativos.
- .Peligros del fenómeno de cierre.
- .Inconsistencia de la variable gravedad.

-Selección de las muestras.

- .Diferencias en los criterios de diagnóstico empleados.
- .Disparidad en los criterios de inclusión y exclusión.
- .Escaso control de variables.

-Métodos de medida.

- .Psicológicos y psicométricos: poco específicos.
- .Biológicos: baja sensibilidad.

-Otros criterios de confirmación.

- .Criterios estadísticos.

Pujol et Humbert (1987), hacen una revisión de las situaciones clínicas descritas en la literatura, que agrupan síntomas de ambas series:

1)-Crisis de angustia (trastorno de pánico), sin humor depresivo (Roth et al., 1972).

El estudio realizado por estos autores con la escala de Hamilton para la depresión, diferenciando en un 90% ambos síndromes dentro de los trastornos afectivos. Sin embargo, un 65% de los pacientes con trastornos de ansiedad, experimentaban secundariamente un trastorno depresivo.

2)-Crisis de angustia recurrentes (trastorno de pánico recurrentes), con humor depresivo.

Los niveles de ansiedad anticipada pueden producir síntomas vegetativos semejantes a enfermos deprimidos (Klein, 1984). La desesperación, por la constante repetición de las crisis, puede interpretarse como depresión (Gorman, 1984).

3)-Crisis de angustia (trastorno de pánico), con depresión "atípica".

Cloninger et al. (1981), situaban la ansiedad fóbica como un rasgo de "depresión atípica".

Sheehan (1982), encuentra que el 92% de los pacientes con crisis de angustia, presentan "depresión atípica".

Síndromes con peculiaridades como aumento de apetito, ganancia de peso, hipersomnia, gran fatigabilidad, reactividad del humor.

4)-Crisis de angustia (trastorno de pánico) con depresión secundaria.

Para Akiskal (1984), las características clínicas son similares a las que se presentan en los pacientes con depresión endógena, previa a la aparición de trastornos de pánico.

5)-Depresión exógena con síntomas de ansiedad (trastornos de ansiedad generalizada) (Prusoff et Klerman, 1974).

6)-Depresión endógena con síntomas de ansiedad (trastorno por ansiedad generalizada).

Overall (1966) y Paykel (1972) los identifican como "depresión ansiosa".

7)-Depresión endógena con síntomas de ansiedad (trastorno de pánico).

En este grupo se incluyen los pacientes con criterio previo de depresión primaria y concomitante o consecutiva a un ataque de angustia. Akiskal (1984), detecta en este grupo una mayor incidencia de alcoholismo en los antecedentes familiares. Tiene características similares a los pacientes depresivos en cuanto a la edad de inicio, de los síntomas y cuadro clínico, con peor respuesta terapéutica y una evolución menos positiva.

Para Bowen et Kohout (1979), el 91% de estos pacientes, presentan antecedentes previos de trastornos previos, siendo del 41% para Munjack et Moss (1981).

8)-Síndrome depresivo mayor previo a las crisis de angustia (trastorno de pánico).

Breier (1985), realiza un estudio con 60 pacientes afectados por crisis de angustia y agorafobia. Dos tercios habían padecido trastorno depresivo mayor. En estos pacientes, el trastorno de pánico, era más grave, más duradero y con mayor limitación social.

Para Gorman (1987), la depresión y la neurosis de pánico (incluye los trastornos por ansiedad: trastorno por ansiedad generalizada y trastorno por pánico) son afecciones distintas. Es importante para el diagnóstico, si la aparición de la crisis es anterior a la desmoralización o posterior.

A continuación en la tabla nº 20., señalamos las semejanzas y desemejanzas entre los síntomas, que caracterizan al síndrome depresivo y al ansioso.

Tabla 20.- Semejanzas y desemejanzas entre la sintomatología que caracteriza la depresión y la ansiedad (Rojas 1989).

### SINTOMAS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS

Depresión (Trastorno depresivo mayor)	Ansiedad (Trastorno por ansiedad)
Descenso del estado de ánimo (tristeza, apatía, pérdida de interés, depresión, melancolía, falta de iniciativa, desesperación).	Inquietud interior (desasosiego, inseguridad, presentimiento de la nada, temores difusos, anticipación de lo peor ...).
Inhibición, excitación.	Tensión motora (temblores, dolores musculares, espasmos, incapacidad para relajarse, tics, rostro constreñido).
Poco apetito o pérdida de peso.	Estado de alerta (hipervigilancia).
Trastornos del ritmo del sueño (insomnio o hipersomnio).	Expectación negativa (preocupaciones, miedos, anticipación de desgracias para uno mismo o para los demás).
Algún elemento del llamado delirio depresivo: 1) aprensión o hipocondría; 2) sentimientos de ruina; 3) sentimientos de culpa y/o condenación.	

---

## Depresión

(Trastorno depresivo mayor)

---

Trastornos de la esfera de la memoria (disminuida), pensamiento (ideas repetitivas de muerte y/o suicidio), inteligencia (disminución transitoria de sus capacidades), atención (dificultad o incapacidad para concentrarse), conciencia (estar distraído, absorto, como ensimismado).

Fatiga, cansancio enorme (anterior al esfuerzo).

Quejas somáticas frecuentes: dolor de cabeza, dolores diversos, molestias digestivas, vértigos, síntomas cardiovasculares y respiratorios.

Pérdida del interés por las actividades habituales.

Disminución o ausencia de la motivación sexual.

## Ansiedad

(Trastorno por ansiedad)

---

Irritabilidad, impaciencia, irascibilidad, estado de alteración.

Temor a la muerte, temor a la locura, temor a perder el control, temor a suicidarse (todos en el ataque de pánico).

Quejas somáticas: palpitaciones, opresión precordial, sequedad de boca, hipersudoración, dificultad respiratoria, pellizco gástrico, escalofríos, oleadas de calor y de frío, manos sudorosas, sensación de mareo o vértigo, colitis, micciones frecuentes

#### 2.1.4.-Epidemiología de la ansiedad.

Merikangas (1985), realiza una revisión de nueve estudios hecho en Europa y Canadá entre 1951 y 1982, situa la tasa de prevalencia (número total de casos) entre el 0,5 y el 5,4%. Esta se situa entre 2 y 4,7% en cinco estudios realizados entre 1943 y 1966, por USA y Suiza, y Masana (1991) lo situa entre 1,5 a 2%. Siendo más alta en la mujer y las edades más frecuentes entre 16 a 40 años.

Según Spitzer et al. (1978), la frecuencia de todos los trastornos por ansiedad es 4,3%, siendo 0,4% en trastornos de pánico y 2,5 en trastornos de ansiedad generalizada.

Por último Bernardo (1990), señala el estudio realizado por la Comunidad de Salud de Cantabria, con una prevalencia global según las categorías diagnósticas del CIE-9 de la OMS del 14,7%, siendo el 8,11% para los varones y el 20,58 para las mujeres.

La incidencia (número de casos nuevos) de los trastornos por ansiedad, se situa entre 2,0 y 4,7 de casos por 100 personas de la población general (Marks et Lader, 1973).

Los estudios realizados por ECA (Epidemiologie Catchment Area Study) en un período de 6 meses de los trastornos de pánico se situa entre 0,3 al 0,8% en hombres y 0,6 al 1% en mujeres (Reich, 1986).

Según Robins et al., (1984); Gloger (1984), Weissman, (1985); Marks et Lader, (1973), es más frecuente entre mujeres tanto el trastorno por ansiedad generalizada como el trastorno de pánico en una proporción de 2 mujeres/1 hombre. Hay que mencionar, en muchos varones afectados por trastornos de ansiedad generalizada, son enmascarados por el abuso de alcohol (Gorman, 1987).

La edad de presentación suele iniciarse en adultos jóvenes hacia la década de los veinte años (Galletero y Guimon, 1989) a los 26,3 años para Crowe, 1983; Thyrer, 1985; Sheehan et al. 1987).

Para Biondi (1989), los trastornos por ansiedad generalizada se suelen iniciar de los 20 a los 30 años y los trastornos de pánico de los 25 a los 40 años. Gloger (1984) sitúa la edad promedio en 36 años y Masana (1991) entre 25 y 30 años.

En los estudios realizados para comparar el trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de pánico realizados por Hoehn-Saric (1981), los pacientes con trastorno por ansiedad generalizada presentan puntuaciones más bajas en la escala de Hamilton, con menos síntomas somáticos que psíquicos.

También hace referencia Anderson et al., (1984) que los sujetos con trastornos de pánico, presentan más síntomas vegetativos, el inicio es más precoz, siendo entre los 16,1 y los 22. años que en los trastornos por ansiedad generalizada.

Los pacientes con trastornos de pánico presentan mayor incidencia de un ambiente gravemente alterado en la infancia y de episodios depresivos mayores (Raskin et al., 1982).

Los parientes de primer grado de pacientes diagnosticados con depresión y trastorno de pánico, la incidencia es 4 veces superior a la población general y 2,2 veces superior a los parientes de enfermos diagnosticados sólo de depresión (Leckman, 1982).

Weissman (1985), realiza un estudio en hijos de pacientes diagnosticados de trastornos por ansiedad: 1) hijos de pacientes con depresión tienen más riesgo que los hijos de probandos normales de padecer depresión. 2) Los trastornos de pánico confieren mayor riesgo de depresión a los hijos de estos pacientes. 3) Cualquier tipo de trastorno por ansiedad, es más frecuente en hijos de pacientes diagnosticados de depresión y crisis de ansiedad. 4) El trastorno de ansiedad generalizada aumenta el riesgo de sufrir un trastorno depresivo o un trastorno de pánico, en los hijos.

Para Díaz (1990), existe un solapamiento muy significativo entre el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y la depresión. El 80% de los pacientes diagnosticados de trastorno por ansiedad generalizada, el 17% de los pacientes con trastorno de pánico. Mientras que el solapamiento en la depresión, fue de un 7% en los trastornos por ansiedad generalizada y el 2% en los trastornos de pánico.

Este solapamiento constituye un tema problemático, que Vallejo et al., (1987), agrupa en tres posiciones, siendo estas, el modelo unitario, apoyado por Kendell (1969; 1976). El modelo pluralista y por último el modelo mixto, apoyado por (Roth y Montjoy, 1982). Masana (1991), señala la superposición de los trastornos por ansiedad.

La predisposición familiar, en pacientes de primer grado es del 15% para (Carey y Gottesman, 1981). Sin embargo Noyes et al., (1983) sitúan el riesgo en un 18%, estos autores en un estudio posterior sitúan la incidencia en un 24,7% (Noyes et al., 1983). Sheehan et Soto (1987) lo sitúan entre 15 y 20 %.

Los estudios familiares sugieren la existencia de una base genética para las enfermedades psíquicas. Según Slater et Shields, (1969) existe una mayor frecuencia entre monocigóticos, siendo esta cinco veces superior para (Torgersen, 1983). Para Masana (1991) el índice de concordancia para gemelos monocigóticos es del 31%.

También los patrones HLA, confirman una base genética para la ansiedad (Surman y col., 1983).

## 2.2.-Cuestionarios y escalas para medir la ansiedad.

### 2.2.1.-Historia y utilidad.

Es Pichot quien en 1949, define el "Test Mental", como una situación experimental estandarizada, que sirve de estímulo de un comportamiento, que se evalúa por comparación estadística, con el de otros individuos colocados en la misma situación, lo que permite clasificar al sujeto, examinado bien cuantitativamente o bien tipológicamente (Vallejo, 1987).

Sin embargo el modelo psicométrico o estadístico no comienza hasta finales del siglo XIX con Catell y sus "rasgos de personalidad". (Conde et Franh, 1984).

Según Maloney et Ward (1976), este modelo se centra en "el estudio sistemático de las diferencias individuales entre las personas con respecto a rasgos y dimensiones específicas". Es pues una concepción diferencialista y su objeto principal es determinar la diferencia entre individuos en dichos rasgos o habilidades, a partir de las puntuaciones en los test.

La psicometría, es la ciencia que apoyandose en la psiquiatría intenta cuantificar realidades cualitativas. Los primeros instrumentos de cuantificación aparecen en el siglo XX.

La utilidad de las pruebas psicométricas, según Alonso-Fernández (1988), no sólo es importante el fin práctico de estas pruebas, que es la cuantificación de los síntomas, sino su importante ayuda al clínico, tanto para el diagnóstico,

pronóstico y terapia. Al igual que en el campo de la investigación para conseguir un patrón de síntomas en grupos de enfermos o para determinar la frecuencia y la especificidad de un síntoma.

Un problema que plantean estos estudios estadísticos es la generalización y su aplicación en distintos campos. Dentro de los fines indicados anteriormente para los instrumentos de medida, cada uno presenta distintos objetivos, como pueden ser la detección del "caso", en nuestro estudio el "caso ansioso", una variante de éste es el estudio estadístico de instrumentos de detección precoz del trastorno.

En segundo lugar, cuales son las herramientas estadísticas de que disponemos desde el punto de vista estadístico y aplicadas a un instrumento concreto, para las subagrupaciones en conjunto homogéneos de síntomas que puedan tener una historia natural de la enfermedad.

En tercer lugar, un estudio sistemático de la metodología aplicada sobre los instrumentos que realizan la valoración de la gravedad sintomática.

Los instrumentos que pretenden detectar el "caso" deben de ser previamente validados para la población concreta a la que se quiere aplicar. Se les denomina "detectores de caso o de criba" ("screening").

Desde el punto de vista matemático se basa en la teoría de la probabilidad, de que un item en concreto (un

síntoma) sea responsable del trastorno, y que sea opuesto a los síntomas de las personas que no tengan el trastorno. El que un ítem sea característica del trastorno va a venir definido por la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo (Martín, 1989).

El punto de corte, se establece indicando que es lo necesario y suficiente de los síntomas en ella reseñado, para la existencia del diagnóstico. El punto de corte se define por la cantidad y gravedad de los síntomas en el trastorno específico a estudiar.

Referente al problema de clasificación y definición de tipos homogéneos, podemos utilizar el método multivariado. Siendo éste muy justificado cuando el número de variables es muy elevado y por otro lado el trastorno se distingue por una combinación de características no patognómicas (Achenbach et Edelbrock, 1986).

Dentro de los métodos multivariados son los procedimientos más empleados, el análisis factorial y el análisis de conglomerados. Este último, identifica grupos que presentan perfiles con características semejantes (Garside et Roth, 1978) y un tercer método es el análisis discriminante, en el que los grupos se hallan previamente definidos. Lo que realmente se obtiene es una combinación lineal de las variables ponderadas que produce la mejor separación entre grupos (Paykei, 1981).

El análisis factorial, pretende encontrar el sistema de relación intervariables que mejor defina y explique la varianza de los componentes en estudio.

En la validación de las escalas cuyo objetivo sea el estudio de la gravedad sintometológica, debe verificarse que las puntuaciones reflejen con precisión los diferentes grados de intensidad del fenómeno medido (Paykel, 1985).

La intensidad como la frecuencia de presentación de un síntoma, hacen referencia a la gravedad, con ella también abarcamos el número de síntomas existentes en el paciente.

Los estudios se han centrado en la capacidad de percibir la mejoría clínica tras el empleo de un fármaco, evaluando la puntuación de la escala en sucesivos momentos del tratamiento (Martín, 1989).

### 2.2.2.-Tipos de Escalas y Cuestionarios para medir la ansiedad.

La diferencia fundamental entre las escalas y los cuestionarios, según Alonso-Fernández (1988), se encuentra en que las escalas poseen items que se presentan en forma de temas y los cuestionarios como preguntas directas.

Antes de centrarnos en el tema de la ansiedad, resulta interesante hacer mención a los dos grandes grupos de instrumentos de medida, para Pichot (1972), los test de personalidad y las escalas de evaluación.

Los test de personalidad, pueden ser subjetivos (test proyectivos) u objetivos. La exploración de los aspectos permanentes de la personalidad ("rasgos") se realiza mediante los cuestionarios e inventarios de personalidad, entre los que destaca el MMPI (Minnesota Multiphasic Inventory Test) y el cuestionario de personalidad de Cattell.

Según la forma de aplicación, las escalas y cuestionarios, pueden ser heteroadministrados y de autoevaluación o autoadministración. En los primeros, el profesional evalúa al paciente a través del mensaje oral y de la observación que realiza. Generalmente, el observador es la mayor fuente de error en este tipo de cuestionarios o escalas, entre ellos destacan la tendencia a sobreestimar un grupo de síntomas o conjunto de items, la dificultad de decisión adjudicando una nota media, el efecto de contaminación por proximidad, el efecto contraste que se refleja en la sucesión fuerte-débil o débil-fuerte, efecto de inducción por la estimulación del observador, el factor de incomprensión verbal, el prejuicio del observador, el factor de indulgencia, etc.

Por el contrario, las escalas o cuestionarios de autoevaluación o autoadministración, son cumplimentadas por el propio sujeto, generalmente su objetivo es para establecer el diagnóstico. Su mayor limitación es la exclusión de la sintomatología objetiva, aunque no resulta especialmente importante en el caso de la ansiedad. Aquí resulta fundamental la colaboración del paciente; debe comprender las preguntas y

responderlas con plena sinceridad. Según Arjwidsson et al. (1974), la mitad de las pruebas se cubren inadecuadamente, por lo que es preciso informar cuidadosamente a los pacientes y efectuar un seguimiento cercano.

Generalmente el objeto de escalas o cuestionarios autoaplicados es obtener un cribado diagnóstico o un control de la evolución (Alonso-Fernández, 1988).

Tabla nº21.- Modos de puntuación en psiquiatría.

A.- Autoaplicada:

- 1.-El paciente rellena un cuestionario (o escala) por sí mismo.
- 2.-Un familiar u otro informante rellena un cuestionario (o escala) sobre lo que le sucede al paciente.

B.- Heteroaplicada:

- 1.-Un profesional, generalmente una enfermera, anota observaciones del paciente en la sala.
- 2.-Un profesional puede entrevistar a un informante.
- 3.-Un profesional entrevista y evalúa lo que el paciente dice.
- 4.-Un profesional entrevista y evalúa tanto lo que el paciente le dice como lo que observa del mismo.

\*- Tomado de Spizer y Endicott, 1978.

Tabla nº22.- Comparación de las evaluaciones auto-heteroaplicadas

<u>Áreas de evaluación</u>	<u>Autoaplicada</u>	<u>Heteroaplicada</u>
Sentimientos subjetivos de estado de ánimo	sí	menos apreciado
Sentimientos subjetivos de placer	menos apreciado	sí
Síntomas manifestados oralmente	sí	sí
Conductas observadas	no	sí
Juicios dependientes de introspección	no	sí
Rango de gravedad	Poco útil con cuadros severos con gran inhibición o con perfil psicótico	Utilidad en todos los casos
Circunstancias	Requiere la colaboración del paciente, así como capacidad de concentración y lectura	Puede ser completada con mínima colaboración del paciente
Costos	Brevidad, facilidad, barato en lo que se refiere a tiempo de personal cualificado	Mayor duración. Requiere personal cualificado
Fuentes de errores	Adecuación al uso papel-lápiz. Tendencia a decir a todo SI. Destreza social. Posturas defensivas. Lugar de realización	Derivados del entrevistador

\*\*CORR entre escalas auto/heteroadministradas no es alta => que en parte miden fenómenos diferentes; esta CORR. es mayor en los aspectos de comunicación verbal y menor en las observacionales.

La CORR. es menor en los momentos:  
 - más álgidos del cuadro clínico.  
 - previos al tratamiento.

\*Tomado de Paykel, 1986.

Tabla nº23.- Límites y problemas de las escalas.

\* Baja validez por falta de criterios aceptables de:

- Personalidad
- Depresión
- Niveles de gravedad

\*\* Posibilidad de distorsión de la realidad:

En pruebas AUTOAPLICADAS:

- Simulación. Disimulación. Sobresimulador.
- Mala comprensión. Mala interpretación.
- Hipervaloración. Hipovaloración.

En pruebas HETEROAPLICADAS:

- Factor de proyección-antiproyección.
- Efecto halo.
- Efecto de proximidad.
- Efecto tendencia central.
- Efecto "adios".
- Factor filias y fobias.
- Factor de incompreensión verbal.
- Prejuicio del observador.
- Factor indulgencia masculina.
- Medio ambiente de respuesta.

\* Precisan un cierto nivel cultural y de colaboración.

\* Baremos de puntuación a veces muy difíciles de precisar.

Distinto peso de los items.

### 2.2.3.-Algunas pruebas psicométricas para la ansiedad.

Antes de citar los test específicos para la ansiedad, haremos un breve recordatorio de los test de personalidad que de alguna forma han servido de precedentes. De ellos citaremos en primer lugar el M.M.P.I. (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota), consta de 550 elementos verbales, con respuestas "Verdadero" o "Falso" acerca de sí mismo. Proporciona puntuaciones en 14 escalas, 4 de validez sobre las dificultades que cada sujeto puede tener al responder a la prueba y 10 sobre aspectos clínicos. Asimismo, pueden obtenerse puntuaciones en múltiples escalas adicionales (Roig-Fuste, 1989).

Aunque la ansiedad no figure dentro de las conductas, que mide de modo directo M.M.P.I., el binomio Depresión-Ansiedad suele estar representado, por las elevaciones de los perfiles 12/21 se refieren a quejas somáticas y dolor (Marcos, 1990), las situaciones de tensión agravan la sintomatología pudiendo incluir, náuseas, vómitos, trastornos gastrointestinales, anorexia, dolor de cabeza y precordial, vértigo o cansancio. Este perfil se encuentra entre sujetos neuróticos, hipocondríacos, ansiosos o depresivos. Respecto al perfil 23/32, una elevación podía hacer referencia a la incapacidad que les genera la ansiedad, con síntomas de tristeza, agotamiento, nerviosismo, agitación, sentimientos de inutilidad o de culpa. Entre ellos es frecuente el diagnóstico de neurosis depresiva y la elevación en el perfil 27/72, es la que registra por excelencia la ansiedad, nerviosismo, tensión excesiva, temores irracionales, miedos y personalidad obsesiva. Son indecisos,

inseguros, con sentimientos de inferioridad, rígidos, meticulosos y perfeccionistas. Los diagnósticos más frecuentes neurosis de ansiedad o depresiva, trastorno obsesivo compulsivo (Roig-Fusté, 1984).

La imposibilidad de establecer relación entre trastornos de personalidad y la escala más elevada del perfil clínico, obliga a menudo a interpretar un perfil entero. Los estudios complejos sobre los perfiles fueron realizados por Gilberstadt y Duker, 1965; Marks Sheehan y Haller, 1974.

En el perfil clínico se considera la altura de las escalas y la configuración del perfil, que junto a las consideraciones de las escalas de validez, permiten la correcta interpretación de la prueba (Roig-Fuste, 1989).

Dentro del contexto de la personalidad, la ansiedad puede también evaluarse mediante el autoanálisis de ansiedad por Cattell en 1956, que diferencia la ansiedad velada de la manifiesta, este es el precursor del 16-PF de Cattell (16 Personality Factor Inventory), es el verdadero precursor del concepto rasgo-estado.

El 16-PF de Cattell, evalúa 16 dimensiones fundamentales de personalidad que considera estructuras unitarias naturales, no existe acuerdo sobre el número y nombre de los factores para describir la personalidad total y con los diferentes procedimientos factoriales se llega a resultados distintos (Roig-Fuster, 1989).

Cattell en 1965 y 1972, habla de ansiedad caracterológica, es decir de un "rasgo", confirma este autor que no todos los ansiosos son neuróticos, pero Eysenck dice que todos los neuróticos son ansiosos.

Otro es el Eysenk Personality Inventory (EPI; Eysenk et Eysenk, 1987).

Del MMPI, en 1953, deriva la Escala de Ansiedad manifiesta de Taylor (T.M.A.S.), de los items básicos del MMPI mide la dimensión de la ansiedad rasgo, su primera intención era seleccionar a sujetos con alto nivel de "impulsividad".

La escala es muy homogénea, su construcción se hizo de forma racional, se dio a varios jueces (clínicos), se definió la ansiedad manifiesta y se les pidió que designaran los items del grupo original del MMPI, indicativos de ansiedad manifiesta, en 65 items tuvo un acuerdo del 80%, se pusieron de relleno 135 items (Conde y Franch, 1984).

Hilgard, Jones et Kaplan (1951), hallaron coeficiente de fiabilidad medio del 0,93. Taylor en 1953 obtuvo un coeficiente de fiabilidad test-retest de 0,89, 0,82 y 0,81 en períodos de 3, 5, 7 a 19 meses (Graham, 1987).

En 1956 O'Connor, Lorr et Starffor, realizaron un análisis factorial de los resultados obtenidos en su estudio, donde se pudo aislar cinco factores que interpretaron: Factor A como "angustia crónica, unida a ansiedad sensibilidad y falta de seguridad en sí mismo"; Factor B "inestabilidad del sistema

neurovegetativo a causa de situaciones que son advertidas como amenazadoras o terroríficas"; Factor C como "alteración del sueño unido a fuerte tensión íntima"; Factor D como "sentimiento de insuficiencia personal" y Factor E como "manifestaciones somáticas de la angustia (Conde y Franch, 1984).

Para el diagnóstico, se utilizan las entrevistas estructurales, estas reemplazan a la entrevista libre y abierta (Hª Clínica Psiquiatría) su ventaja es, aseguran por parte del clínico una información directa sobre los síntomas más importantes pero su desventaja de interferir la espontaneidad del paciente. Son más objetivas que la entrevista abierta por estar estandarizadas (Shear et al., 1991).

De las entrevistas clínicas estructuradas destacamos la Entrevista Clínica estructurada para los trastornos DSM-III (La Structured Clinical Interview for DSM-III (SCID), realizada por Spitzer y Williams (1987).

Consta de una historia psiquiátrica pasada y de un repaso semiestructurado de los síntomas actuales. Se anotan los acontecimientos vitales y las alteraciones funcionales debidas a trastornos psiquiátricos. Continúa con preguntas muy estructuradas para la presencia o ausencia de trastornos diagnosticados en el Eje I del DSM-III. Los síntomas son valorados como ausente, probable o definitivo. El diagnóstico con la valoración de síntomas positivos definitivos. Su administración se realiza entre 1 y 2 horas (Shear et al. 1991).

DiNardo et al., (1985), realizan una entrevista que se desarrolla durante años por el personal de la Clínica de Fobia y los trastornos por Ansiedad de Albania, Nueva York. La Entrevista programada de los trastornos por ansiedad revisada (La Anxiety Disorders Interview Schedule Revised (ADIS-R) se realizó para estudiar la clasificación y el tratamiento de los trastornos por ansiedad, su fin es realizar el diagnóstico diferencial entre los trastornos de ansiedad y diagnóstico de los trastornos mentales (según DSM-III-R) y para diagnosticar psicosis, abuso de sustancias, trastornos afectivos mayores y somatoformes.

Esta entrevista incluye la Escala de ansiedad de Hamilton y la escala de depresión de Hamilton. Al igual que una historia psiquiátrica, historia médica, el uso de droga y alcohol y un análisis funcional conductual de los trastornos por ansiedad. Valora síntomas de angustia, ansiedad general y evitación fóbica. Evalúa situaciones y procesos cognitivos que influyen en la ansiedad.

Su duración es de 2 horas sin incluir las escalas de Hamilton.

La Escala para trastornos afectivos y esquizofrenia (La Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime Anxiety Version (SA-DS-LA) y en la versión modificada para la ansiedad la SADS-L. Es una entrevista semiestructurada, para utilizarla en situaciones que requerían una evaluación psiquiátrica general y completa.

La SADS-LA, es la única que trata con los diagnósticos de ansiedad del DSM III; DSM II-R y RDC. Esta entrevista incluye un cuestionario extenso sobre miedos, una sección que evalúa la desmoralización secundaria a los trastornos por ansiedad, y una gráfica de vida, con los síntomas psiquiátricos del paciente, sus diagnósticos, acontecimientos vitales (Shear et al., 1991).

Para la valoración de los síntomas (estado de ansiedad) tenemos el Inventario de ansiedad rasgo-estado: STAI (State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1970) este autor realiza una revisión 1980, es un autoinforme dando por separado puntuaciones de la ansiedad estado y ansiedad rasgo. Esta escala no es específica para la ansiedad, tiene alta correlación con la dimensión de personalidad de neuroticismo de Maudsley (Eysenck) incluye síntomas de ansiedad y de depresión, la puntuación de 1 a 4 que para el rasgo de ansiedad van de "casi nunca" a "casi siempre" y para el estado de ansiedad van de "de ningún modo" a "sí totalmente". Spielberger et al. (1970) demuestra validez concurrente y una fiabilidad test-retest.

Bech et al. (1988), realiza un análisis de los items de la Escala de ansiedad de Hamilton (H.A.S.). En España el Manual de Conde y Franch en 1984, incluye algunas de las escalas de ansiedad más estudiadas.

El trabajo realizado por Bech, no es frecuente, el problema es la falta de unificación de criterios, por lo cual aplicando la misma prueba lo habitual, es que los hallazgos sean contradictorios (Alonso-Fernández, 1988).

Hamilton intenta usar la escala en pacientes ya diagnosticados de ansiedad neurótica, no para señalar la ansiedad en pacientes con otros diagnósticos.

La Escala de ansiedad de Hamilton (H.A.S.) es heteroaplicada. Conde y Franch (1984) realizaron una versión autoaplicada. La evaluación de la presencia e intensidad de los ítems debe de ser realizada por el entrevistador en la heteroaplicada.

Los 14 ítems son signos clínicos que deben ser observados en la entrevista. La mayor parte son quejas del paciente. La valoración debe de ser en los últimos tres días.

El tiempo de entrevista no debe de ser superior a 30 minutos, la técnica debe de ser semejante al enfoque clínico tradicional. Debería hacerse a las 8 ó 9 de la mañana por la variación diurna de síntomas.

Es una escala semi-cuantitativa. Sólo valora la gravedad del estado clínico, no sirve como instrumento de diagnóstico.

Una regla general para todos los ítems es que cada nivel de la escala incluya los niveles inferiores, por ejemplo, el nivel 3 incluye siempre a los niveles 1 y 2. Cuando el ítem no está presente la puntuación es cero.

El primer ítem ansiedad, cubre estado emocional de incertidumbre acerca del futuro, preocupación, inseguridad, irritabilidad y aprensión, hasta siendo abrumador. El ítem 2 tensión, incapacidad para relajarse, tensiones corporales, temblores, cansancio e inquietud. El 3 ítem temores, incluye las situaciones fóbicas. El 4 ítem es insomnio. El 5 ítem incluye concentración y memoria. El 6 humor depresivo. El 7 son los síntomas somáticos generales, (musculares). El 8 los sensoriales. El 9 cardiovasculares. El 10 los respiratorios. El 11 gastrointestinales. El 12 genitourinarios. El 13 los vegetativos y los objetivos.

Hamilton hizo un análisis factorial demostrando, que todos los ítems están ligados a un factor general de ansiedad, aunque puede encontrar un factor bipolar subdividido en: síntomas psíquicos, con los contenidos de tensión, insomnio, ansiedad, cambios intelectivos, depresión y conducta en la entrevista y síntomas somáticos (con síntomas gastrointestinales, genitourinarios, respiratorios, cardiovasculares, somáticos generales y autonómicos).

Se puede calcular la puntuación total y una puntuación para la ansiedad psíquica sumando los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 14 y una para la ansiedad somática sumando los ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13.

Los criterios (H.A.S.) para la ansiedad generalizada (Bech et al., 1988).

- Puntuación total en la escala de 0 a 5 = no ansiedad
- Puntuación total en la escala de 6 a 14 = ansiedad menor
- Puntuación total en la escala de 15 ó más = ansiedad mayor

También para medir el estado de ansiedad en 1971 Zung, construye un Inventario de Estado ansioso (A.S.I.) y una Escala autoaplicada para la ansiedad (S.A.S.). Fueron destinadas para cuantificar la sintomatología ansiosa-angustiosa. Ambas constan de 20 ítems puntuables de 1 a 4, en (A.S.I.), la relación creciente y variable creciente y decreciente (S.A.S.) (en el Anexo ...) La escala diferencia pacientes con trastorno por ansiedad, del resto de los diagnósticos psiquiátricos.

El autor realiza una validación concurrente con la Escala de ansiedad manifiesta de Taylor (M.A.S.). El índice de correlación entre pacientes +0,66, en el grupo de enfermos con trastorno por ansiedad la correlación de A.S.I. y S.A.S. es +0,74. La fiabilidad para A.S.I. = +0,83 y para S.A.S. = +0,71.

El estudio realizado de la escala de Zung con la escala Hamilton heteroaplicada presenta un coeficiente de correlación 0,925.

Los criterios para la ansiedad son:

- Puntuación total de 20-35 = Ansiedad ausente.
- Puntuación total de 36-51 = Ansiedad subclínica.
- Puntuación total de 52-67 = Ansiedad media-grave.
- Puntuación total de + 68 = Ansiedad grave.

Otro cuestionario que mide la sintomatología de la ansiedad generalizada, fue elaborado por Reiss et al., en 1986, es (Anxiety Sensitivity Index), actualmente está en prensa, su validación.

Schwartz et al., en 1978, elabora la escala, Cognitive-Somatic Anxiety Questionnaire (Cuestionario de ansiedad somática-cognitiva). Consta de 14 ítems, 7 somáticos y 7 cognitivos, ordenados al azar. El sujeto debe puntuar cada síntoma basado en la escala de 1 a 5. Las puntuaciones pueden ser totales o somáticas y cognitivas.

Sheehan en 1983, evalúa la Escala de valoración para la ansiedad del paciente de Sheehan: S.P.R.A.S. (Sheehan Patient Rated Anxiety Scale). Evalúa la intensidad de los síntomas de ansiedad individual, durante la última semana con puntuación de 1 a 4. Los ítems incluyen síntomas de ansiedad fisiológicos, cognitivos y conductuales. También puntuación global de ansiedad y depresión.

Sheehan (1983), crea la Escala de crisis de angustia y ansiedad de Sheehan (Las Sheehan Panic and Anxiety Attack Scales) (S.P.R.A.S.), miden la intensidad, frecuencia y duración de los episodios de angustia y ansiedad, durante el mes anterior y durante la semana anterior.

Covi et al., (1974), elabora una escala de ansiedad. En esta escala los datos se obtienen por la observación del comportamiento, verbalizaciones, y manifestaciones somáticas de la ansiedad a lo largo de una entrevista.

Su fin es seleccionar los enfermos susceptibles de ser tratados con medicación ansiolítica y diferenciar aquellos enfermos cuya sintomatología depresiva sea subordinada a la sintomatología ansiosa. Se usa conjuntamente con las escalas de Rastain para la Depresión.

Para la aplicación de un estudio psicofarmacológico de pacientes con trastornos de ansiedad debe tener puntuación de 8 ó más puntos en la escala de Covi y que sea mayor o igual que el obtenido en Rastain.

En las tablas nº 24, 25 y 26, citaremos algunos de los cuestionarios, inventarios y escalas para la ansiedad.

Tabla 24 .- Cuestionarios, inventarios y escalas de evaluación de estado para la ansiedad autoaplicadas.

1.-Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) Spielberger (1970).	Autoaplicada	Ansiedad estado-rasgo
2.-Escala Autoaplicada para la ansiedad (SAS) de Zung (1971).	Autoaplicada	-Síntoma (estado)
3.-Escala autoaplicada para la ansiedad (HAS) de Hamilton. Versión Conde y Franch (1984).	Autoaplicada	-Síntoma
4.-Escala para la ansiedad manifiesta (MAS) Taylor (1953).	Autoaplicada	-Ansiedad rasgo
5.-Cuestionario de la Tavistock-Clinic: Angustia Social de Dixon.	Autoaplicada	
6.-Escala de Ansiedad de Cattell IPAT (Anxiety Scale) (1956)	Autoaplicada	-Rasgo
7.-Escala derivada de Minnesota:	Autoaplicadas	
Winne		
Wehh		
Purcell		
Holdin.		

Tabla 25.- Cuestionarios, Inventarios y Escalas de Evaluación para la depresión-ansiedad, autoaplicadas.

- 1.- Cuestionario de Beck - Pichot
- 2.- Cuestionario NAD de Costa Molinari
- 3.- Escala para la auto-evaluación de la ansiedad y depresión de Leeds-Snaith.
- 4.- Escala de ansiedad, depresión, vulnerabilidad Hassanyeh (1981).
- 5.- American College of Neuropsych. forme. Cology Check-List for anxiety and depression.  
A.C.N.P. Wittendon.

Tabla 26 .- Escalas de observación o Escalas de Evaluación Heteroaplicadas para la ansiedad.

1) Inventario del estado ansioso (ASI) de Zung (1971). heteroaplicada Estado ans.

2) Escala heteroaplicada para la ansiedad de Hamilton (1959). heteroaplicada Ansiedad neurótica

3) Escala de ansiedad de Ottoson heteroaplicada

4) Escala de ansiedad de Covi heteroaplicada

5) Escala de ansiedad de Buss heteroaplicada

- Neurosis:

1 - Test de evaluación de síntomas SRT. Kellner-Sheffield heteroaplicada

- Ansiedad - Depresión:

1 - Escala de ansiedad y depresión de Gurney Roth heteoaplicada

Dentro de las escalas de evaluación podemos citar los instrumentos de evaluación de seguimiento y registro de conductas ansiosas Tabla nº 27.

Tabla 27.- Autoinformes Conductuales utilizados en la evaluación de la ansiedad (Fernández-Ballesteros, 1988).

1. Instrumentos Generales:

	Autor -----	Anagramas -----
a) Inventario General de miedos I (F SS - I)	Lang y Lazarit (1963)	F SS - I
b) Inventario General de miedos II (F SS - II)	Geer (1965), Berus, teim y Allen (1969)	F SS - II
c) Inventario General de miedos de Temple (Temple Fear Survery Inventory) (TFSI)	Braun y Reynolds (1969)	TFSI
- Inventario de miedos compuesto (Composite Fear Inventory)	Annon (1975)	CFI
- Diferencial semántico (Dimensión evaluativa)	Ospood, Suci y Tannenbaum (1975)	---

- Inventario de indicadores de tensión y ansiedad (Clues for Tension and Anxiety Survey Schedule) Cautela y Upper (1976) -CTASS

Instrumentos específicos (sólo citaremos algunos):

- Escala de asertividad de Wolpe y Lazarus (1966) WLAS  
Wolpe - Lazarus)
- Escala de asertividad de Rathus (1973) RAS  
Rathus
- Inventario de asertividad Gambrill y Ridely AJ  
(Assertion Inventory) (1975)
- Inventario de ansiedad Richardson (1969) SAJ  
social (Social Anxiety  
Inventory)
- Miedo a la evaluación Watson y Friend (1969)  
negativa (Fear of negative  
Evaluation)

#### 2.2.4.-Estado actual de la cuestión.

Actualmente uno de los principales objetivos de psiquiatría, es la reintegración del paciente en la comunidad, ello ha conducido según Mattes (1982), en los últimos 40 años a una reducción en la duración de las hospitalizaciones. Los temas dominantes actuales son la desinstitucionalización y la reducción de costos (Williamson et al., 1982).

El motivo de esta reducción en el tiempo de hospitalización y la mejor integración del paciente en su medio social, se ha conseguido gracias a una mayor eficacia farmacológica.

El criterio diagnóstico se ha renovado recientemente siendo más descriptivo y basandose en los síntomas (Spitzer et al., 1980). La estandarización de los diagnósticos, lleva consigo introducción de medidas objetivas. Por este motivo los instrumentos de medida han experimentado un notable incremento en estos últimos 40 años, tanto en lo que se refiere a la medición de atributos psicológicos (Anastasi, 1967), como en los estados psicológicos, como la ansiedad (Bech, Kast y Rafaelsen, 1988).

Estos instrumentos de medida, surgen por la necesidad de que el proceso de medida, sea menos dificultoso, siendo importante que guarden una regla para que la medida sea lo más "objetiva" posible, además deben ser útiles no sólo en el campo

de las investigaciones clínicas, sino también en la salud mental de la población del área de medicina y en nuestro caso especial, de la psiquiatría (Martín, 1989).

Esta proliferación de instrumentos, ha sido favorecida por la industria farmacéutica y por el auge de la informática. La industria farmacéutica, lo potencia con el estudio comparativo de distintos fármacos y la informática con la aplicación de la estadística (Martín, 1989).

Este extenso repertorio de instrumentos ofrece al clínico una mayor flexibilidad. Puede seleccionar el método o instrumento específico para la evaluación. La mayor parte de estos instrumentos requieren un aprendizaje breve, al contrario de las pruebas psicológicas tradicionales, con pocas horas se adquieren los conocimientos necesarios para su administración y su aplicación. La característica más importante es buen criterio clínico (Scott Wetzler, 1989).

2.2.5.-El Cuestionario para la valoración de la ansiedad del Profesor Rojas y su concepción pentadimensional.

El Cuestionario Pentadimensional para la Valoración de la Ansiedad de Rojas (CPAR), es un instrumento autoaplicado para medir la sintomatología de la ansiedad, de forma cualitativa (Presencia/ausencia del síntoma) y cuantitativa/ mediante la intensidad valorada de 1 a 4 (1: ligera; 2: mediana intensidad; 3: intensa; 4: muy intensa). Distribuida en cinco dimensiones (síntomas físicos, psíquicos, conductuales, cognitivos y asertivos).

La psiquiatría clásica ha prestado mayor atención a la vertiente física y psíquica de la ansiedad, actualmente se han estudiado las vertientes conductuales, cognitivas y asertivas, la pretensión de este cuestionario es tener una visión más amplia de la clínica ansiosa. A pesar de que CPAR está distribuido en cinco dimensiones todos los ítems se refieren a un mismo plano semiológico.

Con él se pretende:

1.-Utilización como maniobra complementaria en los enfermos diagnosticados de ansiedad a través de la entrevista libre y abierta.

2.-Diferenciar la persona enferma de la sana, aún cuando esta última tenga cierta ansiedad.

3.-Diagnosticar la ansiedad como síntoma que acompaña a otros síntomas psiquiátricos

4.-Para el seguimiento y estudio de la respuesta terapéutica.

Según Rojas (1989), toda puntuación que pase de 65 se considera muy alta. Por debajo de 20 como límites normales. Nosotros hemos partido del diagnóstico a través de la entrevista psiquiátrica abierta y libre considerando como una puntuación igual o superior a 50, perteneciente a enfermos con ansiedad.

Al ser un cuestionario autoaplicado, facilita su utilización, es económico, ya que no precisa personal especializado para su aplicación, es el propio sujeto quien contesta las preguntas del cuestionario. El tiempo utilizado nunca es superior a 30 minutos.

El CPAR, consta de 100 items, distribuidos en 5 dimensiones, cada una de ellas con 20 items.

El estudio de los items de cada dimensión se ha realizado en el apartado correspondiente de material y métodos, aquí sólo citaremos algunas características de las diferentes dimensiones.

La dimensión I corresponde a los síntomas físicos, según Rojas (1986) ¿de qué depende que aparezcan unos u otros? Hace referencia a la importancia de un patrón de respuesta familiar, de la intensidad de la crisis o del estado; de la

existencia de experiencias anteriores y por último de la teoría del locus minoris resistentiae.

La fisiopatología está condicionada por descargas de adrenalina. La estimulación del sistema nervioso simpático (S.N.S.) produce en la médula suprarrenal gran cantidad de adrenalina, que pasa a la sangre y de allí a toda la economía orgánica, sus efectos sobre el organismo van a tener igual efecto que si se estimulara directamente S.N.S.

El trabajo realizado por este autor en 1989, da como síntomas físicos más frecuentes: palpitaciones, sudores muy profusos, sequedad de boca, sensación falta de aire, pellizco gástrico, nudo en la garganta, temblores y ruborizarse o ponerse pálido.

La dimensión II corresponde a los síntomas psíquicos. Es una experiencia propiamente psicológica. Aflora sobre todo en sujetos con capacidad de introspección de autoanálisis, de meterse en el laberinto de la afectividad (Rojas, 1989). La información va a depender directamente de la riqueza psicológica de esa persona.

La dimensión III correspondiente a los síntomas conductuales. La conducta es todo lo que se obtiene mediante la observación del paciente, incluye su aspecto general y su comunicación no verbal.

El problema es medir el lenguaje no verbal, ya que no es fácil cuantificar la forma de moverse, de mover las manos,

signos de la cara, etc. (Rojas, 1986).

La dimensión IV de síntomas cognitivos, incluye síntomas intelectuales, con la sensación, la percepción, la memoria, el pensamiento, las ideas, los juicios, los raciocinios, el aprendizaje. Rojas (1989) define la ansiedad a nivel cognitivo como "el estado subjetivo de tensión que se produce como consecuencia de errores o deficiencias en la acumulación y procesamiento de la información".

Los errores más frecuentes en sujetos con ansiedad son adelantar conclusiones, pensamiento radical, generalizaciones negativas continuas y centrarse en detalles selectivos nocivos.

El pensamiento maduro, se caracteriza en que no se adelanta a los acontecimientos, no emite juicios de valor, no generaliza y sabe superar los recuerdos negativos asumiendolos.

Estos síntomas se producen por fallos en la valoración de los hechos. La fuente de ansiedad diaria, está constituida por conflictos que la vida trae a cada paso, cuando no son afrontados adecuadamente o no se sabe salir airoosamente, entramos en un círculo de tensiones ansiosas.

La dimensión V, corresponde a los síntomas asertivos. "Asertiva es aquella conducta que hace y dice lo que es más adecuado a cada situación sin inhibiciones, ni agresiones inadecuadas (Rojas, 1986). La asertividad es habilidad social, está estrechamente relacionada con la personalidad y con la forma de mostrarse y funcionar.

Tabla 28.- El extracto de los síntomas de la ansiedad (Rojas, 1986).

1.- Físicos:

Palpitaciones.

Opresión precordial.

Temblores.

Hipersudoración.

Sequedad de boca.

Dificultad respiratoria.

Pellizco gástrico.

2.- Psíquicos:

Inquietud interior.

Desasosiego.

Inseguridad.

Presentimiento de la nada.

Temor a perder control.

Temor a la muerte.

Temor a la locura.

Temor al ridículo.

### 3.- Conducta:

Estado alerta/hipervigilancia.

Dificultad para acción.

Bloqueo afectivo.

Inquietud motora.

Trastorno en el lenguaje no verbal .

### 4.- Intelectuales:

Diversos errores en el procesamiento de la información.

Expectación generalizada de matiz negativo.

Pensamientos preocupantes y negativos .

Pensamientos ilógicos.

Dificultad para concentrarse .

Trastornos de memoria .

### 5.- Asertivos:

Descenso muy ostensible de las habilidades sociales .

Bloqueo en la relación humana .

No saber qué decir ante ciertas personas .

No saber decir no .

No saber terminar una conversación difícil .

## 2.3.-Validación de Cuestionarios para la ansiedad.

### 2.3.1.-Utilidad de la validación.

Los cuestionarios o escalas, de manera previa a su aplicación, deben cumplir una serie de reglas para que la medición efectuada sea objetiva.

De esta forma con los instrumentos de medida, se pueden obtener datos de utilidad, no sólo en el campo de la investigación clínica, sino también dentro de la salud mental en el área de la medicina y en particular dentro de la psiquiatría (Martín, 1989). La validación de las escalas y cuestionarios supone la posibilidad de efectuar el seguimiento sobre la intensidad de la sintomatología, en pacientes sometidos a tratamiento y/o observación, lo que le convierte en instrumentos imprescindibles en la práctica clínica. Alonso-Fernández (1988), destaca precisamente la posibilidad de seguimiento, a través de las sucesivas aplicaciones de las pruebas facilitando el pronóstico y la selección terapéutica.

En el establecimiento del diagnóstico, este tipo de pruebas son de gran interés, actuando de manera complementaria, a la entrevista clínica y a la observación del paciente, ayudando a precisar, objetivar y matizar el diagnóstico. Para este fin resultan más útiles los cuestionarios que las escalas.

Las diferencias entre ambas pruebas de evaluación radican fundamentalmente, en que los ítems en los cuestionarios se presentan en forma de preguntas directas, en las escalas en forma de temas (Alonso-Fernández, 1988). Esta aplicación es esencialmente útil, para los médicos generalistas e internistas. Según Le Pine et al. (1986), se llegan a detectar un 10-30% más de enfermos, gracias a la aplicación de las escalas o cuestionarios.

Tabla 29.- Aplicaciones de los instrumentos de medida.

-Son técnicas exigibles en toda investigación científica.

-Confieren mayor objetividad al estudio de los pacientes.

-Posibilitar la cuantificación de los síntomas:

-gravedad de los síntomas.

-modificación de los síntomas.

Ayudan a:

-establecer el diagnóstico.

-hacer precisiones nosográficas.

-estudio estructura sintomática.

-comparar las pautas diagnósticas de los especialistas.

-unificar criterios.

-identificar casos dentro de la población.

### 2.3.2.-Forma de realizar la validación.

En primer lugar, en la elaboración de una escala o cuestionario, hay que definir el rasgo a estudiar (en nuestro caso la "ansiedad"), y en segundo lugar es preciso seleccionar los elementos que pongan de relieve el motivo de estudiar los síntomas.

Posteriormente, se pasa a la evaluación de acreditación del instrumento de evaluación, para ello es necesario una serie de operaciones englobadas en la estandarización de la prueba. Esta incluye la baremación de los resultados fijando un punto de corte, de forma que sea posible deslindar los datos numéricos normales de los anormales, y una serie de pautas sistematizadas exigibles, las pruebas psicométricas de validez y fiabilidad (Alonso-Fernández, 1988).

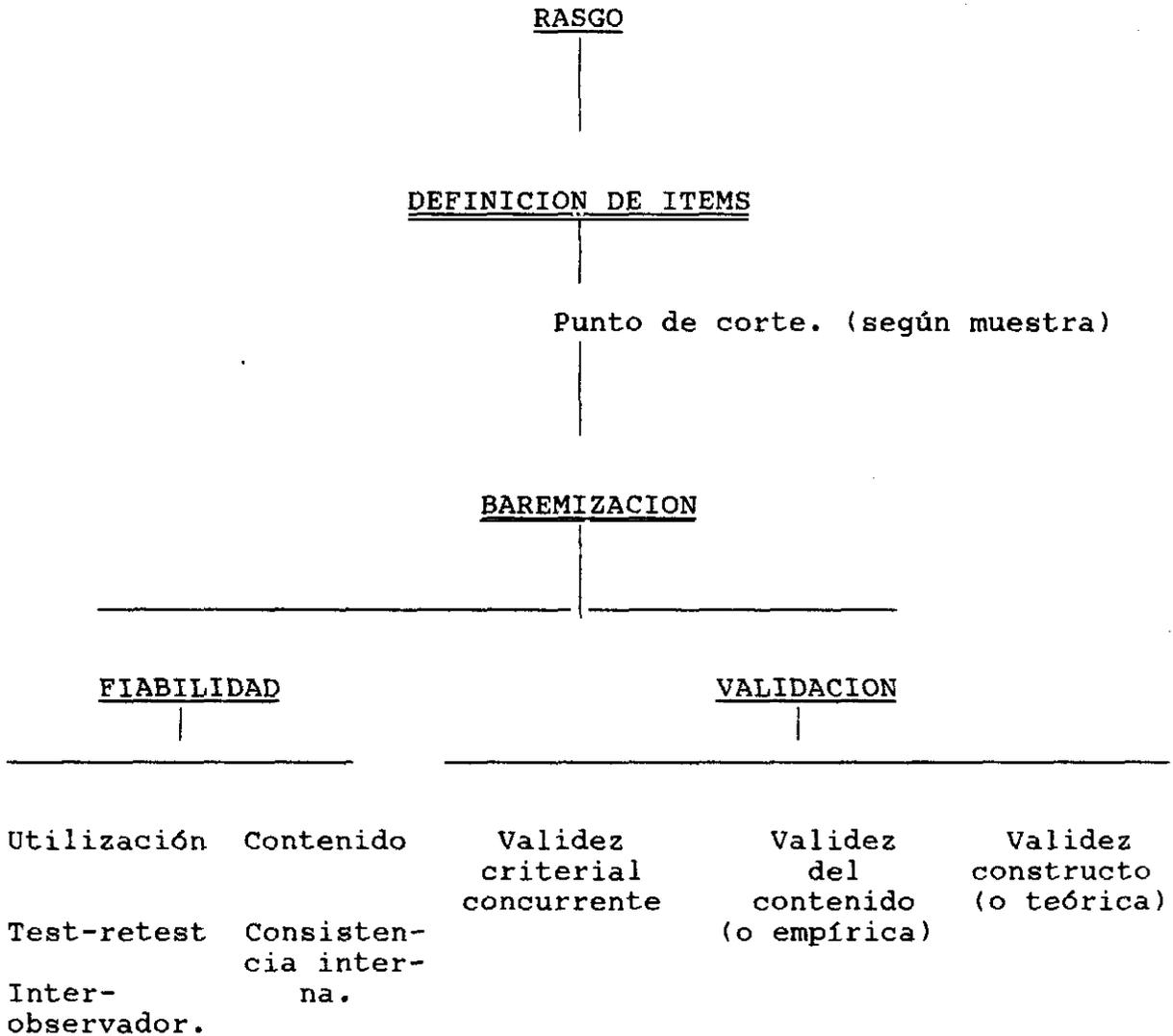
Se han descrito varios tipos de ansiedad, pero solo se hará referencia aquí, a un tipo de división, que separa la ansiedad denominada "normal", frente a otra denominada patológica. La ansiedad "normal" es tomada como positiva, ya que promueve la acción del sujeto y supone en muchas ocasiones la base de la acción humana. Se trata en suma, de un problema de definición de la intensidad de la sintomatología y de la definición de un umbral, cuya superación marca la ansiedad patológica.

Marcos (1990) hace referencia a los criterios que pueden ser considerados, como marcadores del umbral de ansiedad, desde un punto de vista clínico.

- 1) La emoción es recurrente y persistente.
- 2) La respuesta emocional es desproporcionada en relación con la situación que la evoca, y ocurre en ausencia de cualquier peligro ostensible.
- 3) El individuo queda paralizado con un sentimiento de desamparo o es incapaz de realizar acciones apropiadas para poner fin a la ansiedad.
- 4) El funcionamiento psicosocial o fisiológico también está deteriorado.

En la figura nº 5 , se representan los pasos que debe seguir la elaboración de una escala o cuestionario.

Figura nº 5 - Pasos a seguir en la elaboración y validación de una escala o cuestionario.



Sin embargo la validación del instrumento se acomete a través de las distintas pruebas de validez y de fiabilidad. El conjunto de ellas determina la bondad de la escala o cuestionario y sus posibilidades de utilización, Tabla nº 30. (incluida a continuación)

Los estudios de validez, es decir, si el instrumento mide lo que dice medir, los realizamos a través de tres vías: la validez del contenido, la validez del constructo y la validez del criterio concurrente.

La validez del contenido, es la valoración de que todo lo que forma parte del instrumento de medida, es lo suficientemente frecuente en el trastorno o rasgo a estudiar.

Tabla 30.- Exigencias del instrumento de medida.

Estandarización:

- normas para la aplicación de la técnica.
- normas de interpretación de los resultados en relación con el grupo de referencia.

Objetividad:

Utilidad:

- en la clínica.
- en la investigación.

Fiabilidad:

de utilización:

- test-retest: estabilidad temporal.
- mitad-mitad: formas paralelas.
- interobservadores e intraobservadores.

de contenido:

- consistencia interna.

Validez:

- aparente y empírica.
- de contenido.
- criteria l -----> concurrente.
- > predictiva.
- de constructo.

Sensibilidad y especificidad

(FN )

(FP )

Una aproximación a su estudio se realiza, utilizando los datos de la puntuación de los items de modo cualitativo.

Cuando utilizando los datos de la misma forma, se realiza un estudio del nivel de asociación de estos parámetros con el criterio externo diagnóstico, estamos estudiando la validez criterial. Esta evalúa si la escala o cuestionario mide lo mismo que el criterio externo establecido. Cuando este es otro cuestionario o escalada validado con anterioridad, recibe el nombre de validación concurrente. De gran utilidad para el clínico, es la validez criterial, ya que se relaciona con la posibilidad de establecer un diagnóstico concreto, con utilidad para predecir la conducta futura, el pronóstico, el curso clínico y la respuesta terapéutica.

La capacidad de predicción diagnóstica se basa en la Sensibilidad (S), Especificidad (E), Valor Predictivo Positivo (V.P.P.), Valor Predictivo Negativo (V.P.N.) (Alonso-Fernández, 1988). Yerusmalny (1947, en Abril 1987), definió la Sensibilidad (S) como la capacidad de un rasgo (un ítem o un instrumento de medida) para clasificar correctamente como "positivo", todos aquellos casos, que presentan el desorden que se está investigando. Tomando el mismo criterio, Bahn en 1980, considera que un test muy sensible es aquel, que cuando es aplicado a un grupo, identifica como positivos a una gran proporción de los sujetos que tienen la enfermedad (Abril, 1987).

De manera contrapuesta, la Especificidad (E), queda definida como la capacidad de un rasgo (un ítem o un instrumento

de medida), para clasificar como "negativo" todos aquellos que no tienen el desorden, que se está investigando.

La siguiente terminología permite definir la Sensibilidad y la Especificidad en base a una fórmula matemática:

$$\text{Sensibilidad (S)} = \frac{\text{VP}}{\text{VP} + \text{FN}} \times 100$$

$$\text{Especificidad (E)} = \frac{\text{VN}}{\text{VN} + \text{FP}} \times 100$$

En la tabla nº 31 se relacionan los resultados del test y el diagnóstico clínico.

Tabla 31.-

Resultados del test	Diagnóstico clínico	
	Positivo (+)	Negativo (-)
Positivo (+)	VP	FP
Negativo (-)	FN	VN

VP = Verdaderos positivos

VN = Verdaderos negativos

FP = Falsos positivos

FN = Falsos negativos

Verdaderos Positivos (VP): Cuando el resultado del test coincide con el diagnóstico, es decir, tanto el test como el criterio externo identifican a los pacientes como presentando el rasgo.

Verdaderos Negativos (VN): Cuando el test y el criterio externo los identifican como no presentando el rasgo.

Falsos Positivos (FP): El criterio externo los considera como negativos, pero el test los toma como positivos.

Falsos Negativos (FN): El criterio externo los considera como positivos, pero el test los toma como negativos.

Por otro lado como medida de la eficacia diagnóstica de los items o del instrumento en general, se utilizan los siguientes parámetros:

El Valor Predictivo Positivo (VPP), que se define como la capacidad de un rasgo (item o instrumento de medida), para señalar correctamente como "positivo", sólo aquellos pacientes que tienen el desorden que se está investigando.

El Valor Predictivo Negativo (VPN), que se corresponde con la capacidad de un rasgo (item o instrumento de medida), para señalar correctamente como "negativo" sólo a aquellos que no tienen el desorden, que está en investigación.

Las fórmulas matemáticas que las definen:

$$VPP = \frac{VP}{VP + FP} \times 100$$

$$VPN = \frac{VN}{VN + FN} \times 100$$

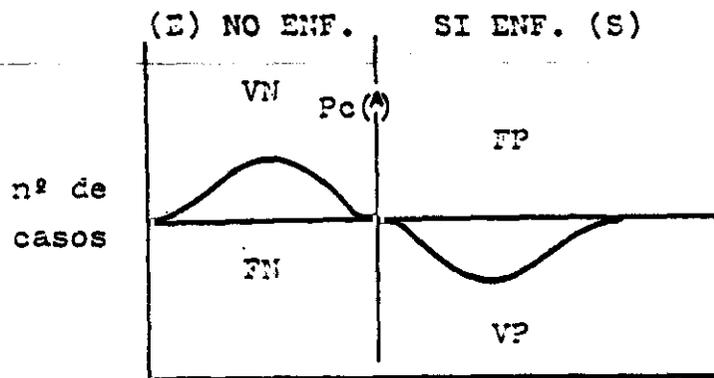
Hay que considerar que S, E, % FN y % FP, son cuatro caracteres de los instrumentos de medida, que se pueden considerar constantes. Únicamente estos índices varían en función con la situación en que se sitúe la frontera de lo Normal/No Normal.

Por tanto, si los criterios para establecer la presencia de una patología son poco estrictos, la Sensibilidad (S) aumenta notablemente, si por lo contrario son muy rigurosos será la Especificidad (E) la que aumentará. Lo anteriormente señalado se refiere pues al punto de corte, con el que trabaja el clínico.

El punto de corte (PC), lo señala el clínico dependiendo del objetivo de su estudio, si lo que pretende es confirmar un diagnóstico, el cuestionario o escala debe de tener una elevada especificidad. Este se consigue con un alto punto de corte (Lilienfeld y Lilienfeld, 1980). Si por el contrario queremos asegurar la ausencia de enfermedad, será necesario disminuir el valor del punto de corte, con el fin de tener una mayor sensibilidad (Polaino, 1988).

Según Abril (1986), lo ideal sería que el punto de corte se situase de manera que separara los individuos enfermos de los sanos, en una situación similar a la presentada en la figura A, en la que el punto de corte es capaz de separar todos los casos sanos ( $s = 100\%$ ) de todos los enfermos ( $e = 100\%$ ).

Figura 6.- Situación óptima del punto de corte dentro de un test, en relación con el establecimiento de la Especificidad (E) y la Sensibilidad (S). Según Grinner (1982).

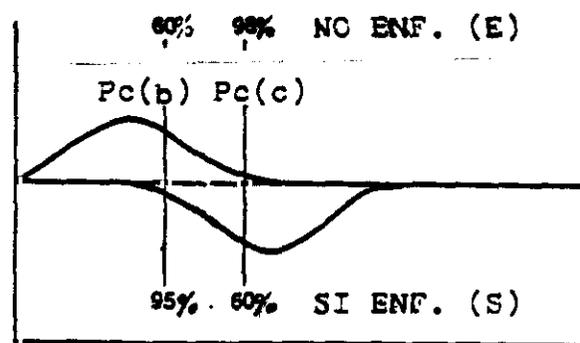


Resultados del Test

Sin embargo, esta situación teórica, no se alcanza en ningún caso plenamente, y se dispone de gráficas del tipo de la mostrada en la figura B, en las que existe un solapamiento de las curvas que impiden una total delimitación entre los casos enfermos y sanos, por lo que es preciso la adopción de una

solución insística, que situe el punto de corte siguiendo un criterio concreto, que dependerá del objetivo del test, o incluso del estudio, que se pretende abordar. En la figura B se han realizado dos puntos de corte, para definir dos situaciones diferentes. Con PC (b) hay una E = 60% y una S = 95%, mientras que con PC (c), con el mismo test la situación es muy diferente, E = 98% y S = 60%.

Figura 7 .- Situación real del punto de corte dentro de un test de relación con el establecimiento de la Especificidad (E) y la Sensibilidad (S). Se han definido dos puntos de corte PC (b) y PC (c), según Grinner (1982).



En nuestro trabajo hemos realizado un punto de corte con el percentil 75.

La validez constructiva o teórica, estudia la prueba en relación con el constructo teórico, evalúa que en la prueba están representados los rasgos esenciales. También determina la intercorrelación entre los items, para establecer si el conjunto de ellos es homogéneo, o sea si efectúan la medición de una variable común. Bech en 1981, indicó que para medir la homogeneidad o validez convergente, hay dos vías, la correlación del item con la puntuación total y el análisis factorial. Los mejores items son aquellos con una correlación más alta con la puntuación total, es un índice indicativo. Con el análisis factorial se puede romper la colección de items en subescalas, cada una de las cuales mide cierto factor o conjunto de síntomas. Lo anterior es válido para las pruebas homogéneas, cuando la prueba es heterogénea, cada dimensión debe ser evaluada independientemente (Alonso-Fernández, 1988).

### 2.3.3.-La fiabilidad.

La fiabilidad se define como la característica que señala la necesidad de que todos los datos sean significativos y reproducidos (Wetzler, 1991). También como el grado de acuerdo que correspondería entre medias que deberían ser iguales en ausencia de un error de medida (Fernández-Ballesteros, 1983).

La fiabilidad del instrumento, se integra por la fiabilidad de utilización para ello el test debe dar lugar a puntuaciones iguales en un individuo cuando es examinado en diferentes ocasiones o por diferentes evaluadores (Moreno y col, 1991).

Según Abril (1986), el error del instrumento de medida, respecto a su utilización se debe al propio instrumento o a los interobservadores, aplicando en este último caso en las pruebas hetero-aplicadas, la técnica de correlación entre dos o más investigadores, para poder estudiar las diferencias entre ellos. En el caso CPAR es un test autoaplicado.

Para Moreno y col., (1991), la repetición del test en el mismo individuo no puede realizarse exactamente en iguales condiciones, lo cual nos dará diferencias en el retest, esta prueba nos permite obtener la estabilidad temporal, que no debería variar en el caso de medir un rasgo establecido como podía ser la personalidad. En nuestro caso, se produce una variación al aplicar en el paciente tratamiento farmacológico, posterior a la entrevista clínica y a la realización de los cuestionarios.

Dentro de la fiabilidad del instrumento, tenemos que realizar la fiabilidad en el contenido, lo cual nos dice, si el test tiene consistencia interna, es decir, si los subconjuntos distintos de elementos equivalentes dan lugar a puntuaciones globales similares (Moreno y col., 1991). Hablamos pues de la consistencia interna o sea de la homogeneidad interna del cuestionario (Wetzler, 1991).

Ya que la fiabilidad depende de la claridad con que se han definido todos los items y de la precisión obtenida en la evaluación de los resultado: la mayor parte de los fallos de

fiabilidad registrados en los items, provienen de su formulación, ya sea por su significado impreciso o porque el contenido no reproduce respuestas que identifiquen el fenómeno en estudio.

Una vez que el cuestionario se ha administrado a una población determinada, los resultados obtenidos ¿tienen relación con lo que preguntamos, o es consecuencia del azar? La prueba matemática utilizada es el estadístico ( $X^2$ ) "J<sub>1</sub> cuadrado", capaz de determinar el grado de concordancia, a través de los límites de los cuales no debe exceder la discrepancia entre los valores reales observados y los valores teóricos, para que la discrepancia pueda considerarse como debida al azar y no a diferencias reales. La prueba de  $X^2$  fue propuesta por Karl Pearson a principios de este siglo. El valor de  $X^2$  se calcula utilizando la fórmula matemática siguiente:

$$X^2 = \sum \left[ \frac{(x - a)^2}{a} \right]$$

siendo:

$\Sigma$  = la suma de los términos

x = valores observados

a = valores calculados o teóricos

Cuando los valores observados coinciden con los respectivos valores teóricos o calculados, las diferencias serían nulas y por lo tanto también lo sería  $\chi^2$ . Este crece cuando aumentan las diferencias en valor absoluto y también cuando lo hace el número de términos.

El número de grados de independencia, en la aplicación ordinaria, es igual al número de observaciones menos el número de restricciones que se imponen a la distribución que proporciona los valores observados. Generalmente, la única restricción es que sean iguales las frecuencias totales de la distribución observada y de la distribución teórica, y en este caso los grados de independencia es igual al número de observaciones disminuido en una unidad.

Para determinar la significación de la prueba  $\chi^2$  es preciso considerar un límite de probabilidad, a partir del cual se considera que la diferencia es significativa, en ese caso se rechaza la hipótesis nula o hipótesis de independencia. Suele utilizar una probabilidad  $\leq 0,05$  o bien  $\leq 0,01$ . Aunque estos límites son arbitrarios, permiten obtener una interpretación correcta de los hechos.

### **3.- OBJETIVOS**

### 3.- OBJETIVOS

#### 1.-Validación del contenido del CPAR.

- Criterios de frecuencia de síntomas.

#### 2.-Validación del constructo del CPAR.

- Estudios de correlación simple y múltiple.
- Estudios de evaluación de coeficientes de consistencia interna.
- Estudios mediante análisis factorial.

#### 3.-Medición de la validez concurrente del CPAR con el test de Hamilton y con diagnóstico establecido a través de panel de expertos.

#### 4.-Medición de la capacidad del CPAR, para generar grupos clínicamente homogéneos.

#### 5.-Valoración de la utilidad del CPAR en el diagnóstico de los trastornos por ansiedad.

#### 6.-Análisis de la estructura pentadimensional del CPAR en una población diagnosticada de trastornos por ansiedad y sus peculiaridades sintomatológicas en función del sexo.

#### 7.-Aportación de nuevas reflexiones sobre el CPAR para otros estudios.

#### **4.- MATERIAL Y METODOS**

#### 4.- MATERIAL Y METODOS. (Sujetos, Variables e Instrumentos)

##### 4.1.-Sujetos. (Población)

##### 4.1.1.-Población muestral.

La población muestral, que denominamos primer grupo, está constituida por la totalidad de los pacientes, de ambos sexos, atendidos por primera vez, en la consulta de Psiquiatría del Instituto de Investigaciones Psiquiátricas de Madrid (I.I.P.M.), desde el mes de Febrero de 1989 hasta el de Marzo de 1991 (se excluyeron los meses de Agosto), cuyo diagnóstico se corresponde con uno de los siguientes trastornos por ansiedad (según CIE-10 en borrador):

-Otros trastornos de ansiedad.

- 1.-Trastorno de pánico.
- 2.-Trastorno de ansiedad generalizada.
- 3.-Trastorno mixto ansioso-depresivo.
- 4.-Otro trastorno mixto de ansiedad.
- 5.-Otro trastorno de ansiedad.
- 6.-Trastorno de ansiedad sin especificación.

Un segundo criterio de inclusión fue la edad, que estuvo comprendida entre 15 y 65 años, ambos inclusive.

Se realizó el estudio con 375 sujetos, de los cuales sólo fueron aceptados, en el primer grupo 100 (26,66%), pertenecientes a la población muestra.

Los criterios de exclusión, aplicados de forma automática, fueron por razones de edad, así como los enfermos no diagnosticados de trastorno ansioso.

Entre los motivos, por los cuales fueron rechazados, el más importante fue cumplimentar los cuestionarios de forma incompleta, al tratarse éste de un test autoaplicado.

Además del inconveniente de los tests realizados de forma incompleta, debido en ocasiones a un error o a falta de colaboración por parte de los sujetos, se eliminan también aquellos tests, en los que se apreció una clara intención de alterar la veracidad de las respuestas, así como las situaciones de manifiesta dificultad: Demenciados, paranoidismo intenso, agitación, estupor, ...

Con objeto de que el estudio permita la validación del instrumento la población muestral (E.A.) se compara con las poblaciones de referencia, una de ellas integrada por sujetos sin sintomatología ansiosa pero con algún problema psicopatológico y el otro por sujetos sin problemas psiquiátricos.

El segundo grupo se formó con los enfermos psiquiátricos, grupo control psíquicamente enfermo (G.C.E.P.), que acudieron a la consulta de Psiquiatría del I.I.P.M., por primera vez entre los meses de Febrero de 1989 y Marzo de 1991, (excluidos los meses de Agosto), cuyo diagnóstico no se correspondía con trastornos de ansiedad, según CIE-10 (Borrador), pero que sin embargo cumplían los mismo requisitos que el primer grupo o población muestral (E.A.), tanto en los criterios de inclusión como en los de exclusión. En este grupo colaboraron al estudio un 26,66% del total de 375 casos.

El tercer grupo es el de control psíquicamente sano, su definición y reunión fueron complejos, siendo necesario la búsqueda de un conjunto homogéneo, con similares características al grupo patológico, para poder ajustar las variables y que las fuentes de variación resultaran equivalentes. Para ello resulta necesario, que el grupo control (G.N.E.P.) estuviera constituido por sujetos con nivel socio-económico y cultural semejantes a los del grupo patológico (E.A.). Se decidió tomar como "población psíquicamente sana" a los pacientes que fueron atendidos por primera vez en una consulta de Medicina Interna, con clientela del mismo entorno socio-económico y cultural, y cuyo diagnóstico no fuera psiquiátrico, ni hubiese antecedentes personales psiquiátricos. Entre el mes de Febrero de 1989 al mes de Marzo de 1991 (excluyendo también los meses de Agosto). Colaboraron en este estudio 100 sujetos de un total de 175 casos (57,1%).

#### 4.1.2.-Variables.

A continuación se enuncian y definen las variables que han sido seleccionadas en este trabajo y se mencionan algunas de sus características. Se distinguen las variables de clasificación y las variables correspondientes al Cuestionario sobre Síntomas de Ansiedad de Rojas (CPAR).

##### 4.1.2.1.-Variables de Clasificación.

En función de estas variables de clasificación se realiza la subdivisión de los sujetos en los diferentes grupos, para su estudio.

a) Variable Diagnóstico: Considerada la variable de clasificación por antonomasia en este estudio, formula el criterio externo de veracidad. En este caso existen tres categorías: Sujetos con ansiedad, (que se corresponde con el apartado correspondiente a "Otros trastornos de ansiedad" del CIE-10, dentro de la clasificación de Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfias); sujetos con otros diagnósticos psiquiátricos no ansiosos en base a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª Edición (CIE-10, actualmente en prensa); sujetos no enfermos psíquicos.

Los pacientes con sintomatología ansiosa son considerados bajo los epígrafes F-41.0; F-41.1; F-41.2; F-41.3; F-41.8; F-41.9 del CIE-10. Cuando se analicen las peculiaridades nosológicas se tendrá en cuenta esta variable de un modo más extenso. En la tabla 32 se indican las categorías englobadas en

F-41. Otros trastornos de ansiedad, incluida a su vez en F-4. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfias.

Tabla 32.-Categorías incluidas en F-41. Otros trastornos de ansiedad según CIE-10.

F-41.0 - Trastorno de pánico.

F-41.1 - Trastorno de ansiedad generalizada.

F-41.2 . Trastorno mixto ansioso-depresivo.

F-41.3 - Otro trastorno mixto de ansiedad.

F-41.8 - Otro trastorno de ansiedad.

F-41.9 - Trastorno de ansiedad sin especificación.

Dentro de estas categorías, algunas de ellas no se encuentran representadas en el primer grupo (E.A.), concretamente F-41.3 (Otro trastorno mixto de ansiedad), F-41.8 (Otro trastorno de ansiedad) y F-41.9 (Trastorno de ansiedad sin especificación), quedando la totalidad de los pacientes con Síndrome Ansioso agrupados bajo las tres primeras categorías F-41.0 (Trastorno de pánico), F-41.1 (Trastorno de ansiedad generalizada) y F-41-2 (Trastorno mixto ansioso-depresivo).

A continuación se indican las categorías en las que se engloban a los enfermos psiquiátricos no ansiosos, pertenecientes al segundo grupo (G.C.N.P.), de acuerdo con el Capítulo V (F) Trastornos Mentales y del Comportamiento:

GRUPO I:

- F.10 - Trastornos debidos al consumo de alcohol.
- F.14 - Trastornos debidos al consumo de cocaina.
- F.19 - Trastornos debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas.

GRUPO II:

- F.20 - Esquizofrenia.

GRUPO III:

- F-24 - Trastorno de ideas delirantes inducidas.

GRUPO IV:

- F.31 - Trastorno bipolar.
- F.31.1.- Episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos.
- F.31.3.- Episodio actual depresivo moderado o leve.
- F.31.4.- Episodio actual depresivo sin síntomas psicóticos.
- F.31.5.- Episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.

GRUPO V:

- F.32 - Episodio depresivo.
- F.32.0.- Episodio depresivo leve.
- F.32.1.- Episodio depresivo moderado.
- F.32.3.- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

GRUPO VI:

- F.60 - Trastornos específicos de la personalidad.
- F.60.0.- Trastorno paranoide de la personalidad.
- F.60.1.- Trastorno esquizoide de la personalidad.
- F.60.3.- Trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad.
- F.60.4.- Trastorno histriónico de la personalidad.
- F.60.5.- Trastorno anancástico (obsesivo-compulsivo) de la personalidad.
- F.60.6.- Trastorno ansioso (con conductas de evitación) de la personalidad.

GRUPO VII:

Diferentes trastornos sociales y relacionados.

(Se incluyen aquí varias categorías del CIE-10).

- F.40.1.- Fobias sociales.
- F.42.0.- Trastorno obsesivo-compulsivo, con predominio de pensamientos o rumiantes obsesivos.
- F.42.1.- Trastorno obsesivo-compulsivo, con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).
- F.42.2.- Trastorno obsesivo-compulsivo, con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.
- F.45.2- Trastorno hipocondríaco.
- F.66.1.- Orientación sexual egodistónica.
- F.95.0.- Trastorno de tics transitorios.

b) Variable Edad: Divide a las poblaciones utilizadas en cinco grupos:

- I.- 15 ≤ edad (e) < 25
- II.- 26 ≤ e < 35
- III.- 36 ≤ e < 45
- IV.- 46 ≤ e < 55
- V.- 56 ≤ e < 65

c) Variable Sexo: Se presentan dos categorías, hombres y mujeres.

d) Variable Estado Civil: Con cuatro grupos, soltero, casado, viudo y separado o divorciado.

e) Variable Socio-profesional: Presenta cinco apartados, alto, medio-alto, medio-medio, medio-bajo y bajo.

f) Variable Antecedentes Familiares Psicopatológicos: Se divide en presencia o ausencia.

g) Variable Diagnóstico Social: Se clasifica en seis apartados: solitario, pareja, matrimonio sin hijos, familia tradicional, separado con hijos y familia amplia.

h) Variable Hábito de Vida: Presenta cuatro modalidades: Vida monótona, semi-monótona, con alicientes, rica y variada.

4.1.2.2.-Variables medidas en este trabajo e instrumentos utilizados.

4.1.2.2.1.-Sintomatología Ansiosa.

Para la valoración de la sintomatología ansiosa, se ha utilizado el Cuestionario Pentadimensional sobre Síntomas de Ansiedad (CPAR) (Rojas, 1987). Se trata de un cuestionario autoaplicado, que consta de 100 items, estructurado en cinco dimensiones de 20 items cada una de ellas. (Tabla 2). Cada item intenta la evaluación de un síntoma ansioso, en base a la presencia/ausencia y en su caso a la intensidad, dentro de los tres meses precedentes al momento de su aplicación. La intensidad se valora de la siguiente forma:

No existe	-	0
Leve	-	1
Moderada	-	2
Marcada	-	3
Muy marcada	-	4

La estimación cuantitativa de cada item, permite obtener una valoración global para los síntomas de ansiedad.

Con objeto de utilizarlas como escalas de referencia se utilizaron la Escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad de Hamilton (1959) y la Escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad de Zung (1971). Además como criterio externo se utilizó el diagnóstico clínico, establecido después de entrevista psiquiátrica.

4.1.2.2.2.-Estructuración de la sintomatología ansiosa.

El Cuestionario Pentadimensional sobre Síntomas de Ansiedad de Rojas (1987), está estructurado en cinco dimensiones, que recorren las distintas vertientes de los síntomas ansiosos. En la tabla 33 se indican las dimensiones. La valoración de cada una de ellas se logra por el sumatorio de la intensidad de cada uno de los items.

Tabla 33.- Dimensiones del Cuestionario sobre Síntomas de Ansiedad de Rojas (1987).

<u>Dimensión</u>	<u>Síntomas</u>
I	Físicos
II	Psíquicos
III	Conductuales
IV	Cognitivos
V	Asertivos

La dimensión I, Física, está caracterizada por un inventario de síntomas físicos, en el cual están implicados síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, constricción de los vasos sanguíneos), síntomas gastrointestinales (dificultades en la deglución, náuseas, despeños diarreicos, pellizco esofágico), síntomas genitourinarios (poliquiuria, trastornos menstruales) y alteraciones en el sistema nervioso central y en el periférico.

Cuando la activación neurofisiológica es excesiva, se originan trastornos del sueño, en los hábitos alimenticios y en la conducta sexual.

La dimensión II, Psíquica, corresponde a los síntomas psíquicos, es pues la vertiente subjetiva, caracterizada por el presentimiento de un peligro, que se vive como anticipación de lo peor, acompañado con síntomas psíquicos como inquietud, inseguridad, temores difusos, sentimientos tímicos o pérdida de control. Puede llegar a generar temor a la locura, al suicidio o a la muerte.

La tercera dimensión, Conductual, corresponde a los síntomas de conducta, desde su aspecto general hasta aspectos que afectan la relación comunicativa, incluyendo una sintomatología observable en el paciente, como un estado de hipervigilancia, el estar en guardia permanentemente, el bloqueo afectivo, inquietud motora, dificultad para llevar a cabo tareas simples y trastornos del lenguaje no verbal (expresión facial, cejas fruncidas).

La dimensión IV, Cognitiva, pertenece al plano cognitivo, que se mueve en torno al conocimiento, e incluye la sensopercepción, el pensamiento, las ideas, los juicios, los raciocinios, así como diversos errores en el procesamiento de la información, expectación generalizada de carácter negativo, pensamientos preocupantes y/o negativos, pensamientos ilógicos, dificultad para concentrarse y para memorizar.

La dimensión V, Asertiva, corresponde a los síntomas asertivos, incluye desde el descenso ostensible en las diversas habilidades sociales, hasta el bloqueo de las relaciones interpersonales, no saber expresarse ante ciertas personas, dificultades para decir "no" y para terminar una conversación.

#### 4.2.-Sistemática de la recogida de datos.

El período de tiempo durante el cual se recogieron los datos, se extendió desde Febrero 1989 a Marzo de 1991, igual para los tres grupos que componen la muestra total.

Las entrevistas clínicas se realizaron por la tarde, de 14,30 a 21 horas, de modo individual, sin presencia de terceros. En todas ellas se pidió el consentimiento de los pacientes para la utilización científica de los datos, garantizando la confidencialidad y el anonimato de los mismos.

El diagnóstico fue realizado por los médicos de la consulta, responsables del caso; una vez realizada la entrevista psiquiátrica era supervisado por otro psiquiatra, con total independencia de las respuestas que aparecían en las escalas o cuestionarios aplicados.

Posteriormente fueron analizados y se apreció una notable similitud entre estos resultados y los correspondientes a la entrevista psiquiátrica.

Cuando ha surgido un doble diagnóstico, se ha hecho constar en la variable correspondiente, escogiendo el de mayor relevancia clínica (por su sintomatología).

Todas las entrevistas realizadas, pertenecían a pacientes que acudían por primera vez a la consulta de psiquiatría, al igual que la de medicina interna.

La recogida de datos se realizó con un equipo de tres entrevistadores y una persona coordinadora que siempre fue la misma (la autora de la tesis).

La persona coordinadora, se encargó de recoger diariamente los cuestionarios, según el orden de llegada a la consulta. Analizando el número de historia, profesión y diagnóstico.

El orden de realización de los cuestionarios y escalas para cada uno de los sujetos, fue en todos los casos el mismo:

- 1) CPAR (Cuestionario Pentadimensional para la Ansiedad de Rojas).

- 2) Escala de Hamilton (1959) para la evaluación de la ansiedad (versión autoaplicada, modificada por Conde y Franch, 1984).

- 3) Escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad de Zung (1971) S.A.S.

Todas fueron aplicadas de un modo continuado, posteriormente siempre a la entrevista psiquiátrica. El tiempo empleado para el Cuestionario Pentadimensional de la Ansiedad de Rojas, fue por término medio de 15 minutos, tras éste se administraba la Escala Autoaplicada para la Ansiedad de Hamilton y posteriormente la Escala Autoaplicada para la evaluación de la Ansiedad de Zung. La información se finalizaba con datos de filiación.

Para el Cuestionario Pentadimensional de la Ansiedad de Rojas, las respuestas eran valoradas siguiendo los criterios de presencia/ausencia e intensidad con que podían presentarse cada uno de los items analizados.

Siempre se insistió previamente a la cumplimentación de los diferentes cuestionarios, que debían considerar que el período de tiempo en que estos síntomas aparecían era de los últimos tres meses.

Según la intensidad se procedía a la selección de dígitos cuyo significado era:

- 0 - Nunca
- 1 - Intensidad leve
- 2 - Intensidad moderada
- 3 - Intensidad marcada
- 4 - Intensidad muy marcada

#### 4.3.-Tratamiento estadístico de los datos.

Los datos fueron codificados de modo numérico, con miras al análisis de los mismos. Este análisis se realizó con el soporte de un ordenador PC 386 y la utilización de un paquete estadístico SPSS (Nie, M.; Hull, C.; Jenkins, J. et al., 1975), mediante los siguientes programas:

1º.-Programa CROSSTABS del SPSS: tablas de contingencia y prueba de Chi al cuadrado.

2º.-Programa NPAR-TESTS del SPSS: Análisis de diferencia entre medias, mediante la prueba de Kruskal-Wallis.

3º.-Programa CORRELATIONS: Estudios de correlaciones simples, coeficientes de correlación de Pearson.

4º.-Programa RELIABILITY: Estudia los coeficientes de correlación múltiple, coeficiente de consistencia interna y coeficiente de Cronbach.

5º.-Programa NOHARN del BMDP: Análisis factorial no lineal de Fraser y Mc.Donald (1988).

6º.-Programa DSCRIMINANT: Análisis discriminante.

1º Programa CROSSTABS: Tabla de contingencia y prueba de Chi cuadrado: La prueba de Chi cuadrado se puede aplicar como medida de discrepancia entre datos empíricos y una hipótesis nula "la no existencia de diferencias entre la distribución

asociativa observada del parámetro y el criterio externo (datos empíricos) y una distribución al azar, o sea independiente de los mismos (valores de cálculo teórico)". (Cuadras y cols., 1984).

Los niveles de significación que hemos usado han sido "0,50", "0,01", y "0,001", lo que implica que nos movemos en un rango de probabilidad de equivocarnos al rechazar la hipótesis nula siendo ésta verdadera entre el 0,1% y el 5% (Cuadras y cols., 1984). Nosotros hemos exigido diferencias significativas de al menos "0,05".

Este programa ha sido empleado:

1º) Hacer la descripción de la muestra (variables descriptivas, edad, sexo, estado civil, antecedentes familiares, nivel social, hábito de vida).

2º) Para el estudio de la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo, de cada uno de los items.

Este análisis se ha realizado con la muestra total, como con submuestra compuesta por los sujetos pertenecientes al Grupo I (Enfermos con ansiedad) y los del Grupo III (Grupo Control, no enfermos psíquicos). También con la submuestra de los sujetos del grupo I y los del Grupo II (Grupo Control enfermos psíquicos).

2º Programa NPAR-TESTS del SPSS: Análisis de diferencia entre medias, mediante la prueba de Kruskal-Wallis. Utilizando las variables de manera cuantitativa, aplicamos el test de Kurskal-Wallis, esta prueba determina si la suma de rangos de la "K" muestras, difiere de una manera estadísticamente significativa, en cuyo caso no se puede aceptar la hipótesis nula de homogeneidad, por lo que las muestras serían diferentes para una probabilidad conocida.

En fórmula sería:

$$H = \left( \frac{12}{N(N+1)} \sum_{i=1}^K \frac{R_i^2}{n_i} \right) - 3 \quad (N+1)$$

N = Tamaño total de la K muestras

n<sub>i</sub> = Tamaño de la muestra i

R<sub>i</sub> = Suma de los rangos de la muestra i

Se ajusta a una distribución X<sup>2</sup> con K-1 grados de libertad. Bastará calcular H y comprobar si excede el valor dado por la tabla de X<sup>2</sup> de Pearson, máxima diferencia que permite el azar, en cuyo caso el distinto comportamiento de las muestras es excesivo para ser atribuido al azar y las muestras difieren de una manera estadísticamente significativa (Martínez y col. 1987).

Se utiliza cuando tenemos 3 ó más muestras independientes que queremos comparar con las tablas de contingencia, la prueba de Chi cuadrado y el análisis de la

diferencia entre medias, estudiamos la validez del contenido, ya que en ella es preciso que todo aquello que forma parte del instrumento de medida es suficientemente frecuente en el trastorno-rasgo a estudiar. La evaluación del contenido empírico se realiza mediante el cálculo de los parámetros, sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo. Esta validez del contenido empírica, se denomina también, validez criterial, para algunos autores. Por el hecho de que implica un estudio frente a un "criterio externo", en nuestro caso es el diagnóstico CIE-10 (Borrador). Cuando estos autores proponen el término de validación concurrente.

Para el estudio de la Validez del Constructo, utilizamos 3º El programa estadístico CORRELATIONS: Estudios de correlaciones. Permite estudiar la correlación de los items con su dimensión. El estudio de correlaciones simples se realiza mediante el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson, el cual es un índice de la dirección y magnitud de la relación entre dos variables. Se calcula con la siguiente fórmula (Cuadras y col., 1984):

$$r_{xy} = \frac{\sum xy - \frac{(\sum x)(\sum y)}{N}}{\sqrt{\left(\sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{N}\right) \left(\sum y^2 - \frac{(\sum y)^2}{N}\right)}}$$

x = variable independiente en cada uno de los individuos.

y = variable dependiente en cada uno de los individuos.

N = número total de individuos.

Obtenido el coeficiente de correlación de Pearson lo comparamos con el máximo valor que nos permite el azar para un determinado nivel de confianza en las tablas de valores de "r", para diferentes niveles de significancia de Fisher y Yates y comprobamos si existe o no una correlación significativa (Martín, 1989).

4º Con el programa Reliability. Estudiar los coeficientes de correlación múltiple, los estudios de consistencia interna y el coeficiente de Cronbach.

La correlación múltiple al cuadrado denominada también coeficiente de determinación, nos señala la proporción de la varianza de la variable singular estudiada que depende o está asociada con las otras dos o más variables con las que se ha analizado (Martín, 1989).

El coeficiente alfa de Cronbach estima la homogeneidad de un grupo de variables, la capacidad de todas ellas de medir el mismo rasgo. La fórmula de cálculo de este coeficiente es la siguiente:

$$\text{Alfa} = \frac{N r}{1 + (N + 1) r}$$

N = número de variables o items en estudio.

r = correlación media de los items entre sí.

Los coeficientes de fiabilidad, utilizan toda la información de la varianza y covarianza de las variables y así se produce una única estimación de la fiabilidad del instrumento en sentido de su consistencia interna (Zeller y Carnines, 1981).

5º Con el programa Noharn (Análisis factorial no lineal confirmatorio): Análisis de los componentes principales. La utilización del análisis factorial como método matemático para la obtención de una clasificación a partir de unas variables (cuantitativas y cualitativas), es muy discutido. Sin embargo, su papel es importante en la forma del perfil sintomatológico de los síndromes psiquiátricos. El método del análisis factorial ha hecho posible la evaluación del peso diferencial de los síntomas y de otros rasgos, de modo que las categorías diagnósticas y el diagnóstico clínico en sí mismo puede ser realizado de forma más precisa. Con esta aplicación se pretende encontrar el sistema de relación de intervariables que mejor definan y expliquen la varianza de los componentes en estudio.

El análisis factorial, es uno de los procedimientos matemáticos que trata de encontrar e interpretar la covariabilidad común de las variables que entran en el estudio.

6º Estudio del Análisis discriminante. Con el programa DISCRIMINANT: El análisis discriminante según Klecka en 1982 es la técnica estadística que permite analizar las diferencias entre dos ó más grupos con respecto a un conjunto de variables simultáneamente y asignar ó clasificar individuos en el grupo que les es más próximo (Rivas, Rius y Martínez, 1990).

Esta técnica relaciona una variable media en nivel nominal (grupos), con un conjunto de variables medidas en nivel de intervalo (variables discriminantes). En nuestro trabajo el número total de sujetos es de 299, de los cuales 99 pertenecen al primer grupo de enfermos con ansiedad (E.A.), 100 al segundo grupo, denominado Grupo Control de enfermos psíquicos sin ansiedad (GCEP), y 100 del tercer grupo, denominado Grupo Control no enfermos psíquicos (GCNP).

Estos grupos se codifican en 1, 2, 3. Las variables discriminantes corresponden a las cinco dimensiones, siendo éstas las correspondientes a los síntomas físicos, psíquicos, conductuales, cognitivos y asertivos.

El fundamento matemático del análisis discriminante está en conseguir unas funciones lineales de las variables capaces de clasificar nuevas observaciones dentro de los grupos previamente establecidos, en nuestro estudio mediante el diagnóstico clínico. La función de mayor valor define al grupo al que el nuevo caso pertenece.

Para la fiabilidad del análisis discriminante, utilizamos el test de Box, el cual nos lleva a verificar la hipótesis de igualdad de las matrices de covarianza de los grupos.

Consideramos la siguiente expresión:

$$M = (n-g) \text{Log} | W | - \sum_{j=1}^g (n-1) \text{Log} | W_j |$$

siendo:

W matriz de covarianza conjunta "intra grupos" excluyendo los grupos con matriz de covarianza singular.

W<sup>j</sup> matriz de covarianza del grupo j.

El estadístico que permite contrastar la igualdad de matrices de covarianza en la población sigue la distribución F de Snadecor con t<sub>1</sub> y t<sub>2</sub> grados de libertad. Se obtiene mediante la expresión:

$$F = \begin{cases} M / b & \text{si } e_2 > e^2_1 \\ - \frac{t_2 M}{t_1 (b - M)} & \text{si } e_2 < e^2_1 \end{cases}$$

siendo:

$$e_1 = \sum_{j=1}^g \frac{1}{n-1} - \frac{1}{N-g} - \frac{2p^2 + 3p - 1}{6(g-1)(p+1)}$$

$$e_2 = \sum_{j=1}^g \left( \frac{1}{(n-1)^2} - \frac{1}{(N-g)^2} \right) - \frac{(p-1)(p+1)}{6(g-1)}$$

$$t_1 = (g-1) p (p+1) | 2$$

$$t_2 = (t_1 + 2) | e_2 - e_2^2 |$$

$$b = \begin{cases} \frac{t_1}{1 - e_1 - t_1 | t_2} & \text{si } e_2 > e_2^2 \\ \frac{t_2}{1 - e_2 + 2 | t_2} & \text{si } e_2 < e_2^2 \end{cases}$$

(Rivas, Rius, Martínez 1990).

Dependiendo del objetivo que se trate podemos distinguir entre el Análisis Discriminante Descriptivo (ADD) y el Análisis Discriminante Predictivo (ADP).

Los objetivos del análisis discriminante son la interpretación y la clasificación.

La interpretación, concierne con el número e importancia de las funciones discriminantes que se deben retener y el significado de tales funciones para explicar las diferencias entre grupos (ADD).

Con la clasificación se pretende predecir los individuos más afines a un grupo y esto se lleva a cabo a través de las variables discriminantes o funciones discriminantes canónicas. La técnica usada es el Análisis Discriminante Predictivo.

El Análisis Discriminante Descriptivo, describe las diferencias principales entre grupos. Los estadísticos utilizados son: Lambda de Wilks y Funciones discriminantes lineales (FDL).

Una función discriminante lineal, es la combinación lineal de variables discriminantes. El número máximo de funciones discriminantes únicas, que podemos obtener es el mínimo entre el número de grupos menos uno ( $g - 1$ ) y  $p$ , siendo  $p$  el número de variables discriminantes.

El Lambda de Wilks es la medida de discriminación residual, definida por la capacidad de las variables para discriminar entre grupos, una vez extraída la información de las funciones hallada previamente. Es una variable multivariante de las diferencias entre grupos sobre varias variables discriminantes. Valores próximos a 0, aumenta la discriminación, es decir los grupos centroides están muy separados.

Si  $\lambda$  vale 1 indica que los grupos centroides son idénticos.

Se expresa en función de autovalores de  $BW - 1$ .

Sea la expresión:

$$V = \frac{1}{1 + \alpha_1} \quad \frac{1}{1 + \alpha_2} \quad \frac{1}{1 + \alpha_5}$$

$r$  = número de funciones discriminantes.

El segundo objetivo del Análisis Discriminante, es la clasificación de los individuos al grupo que les es más afín.

La representación gráfica de cómo se han clasificado los individuos, es el mapa territorial. Se trazan líneas sobre un sistema de ejes coordenados que separan los grupos y en el plano que definen aquéllos, se sitúan los individuos y los centroides de los grupos.

Las líneas marcan los territorios en los cuales un individuo debe situarse si se ha clasificado en un grupo. Si la discriminación es débil, muchos sujetos caen fuera del territorio de su grupo. Estos estarían mal clasificados.

Las matrices de covarianza de los grupos deben de ser iguales o realizar previamente las transformaciones adecuadas.

Para seleccionar la regla de clasificación, en un problema de predicción, pueden seguirse los criterios que conciernen a la obtención de probabilidades a posteriori o con la elección de una regla lineal o cuadrática.

Obtenidos los resultados del análisis de clasificación, cabe preguntarse si las proporciones de clasificación observadas son mejores que las esperadas si la clasificación se hubiese realizado por azar. (Rivas, Rius y Martínez, 1990).

## 5.- RESULTADOS

## 5.- RESULTADOS

### 5.1.-Análisis psicosociales, diagnóstico social, hábitos de vida y diagnóstico según la CIE-10 de las muestras del estudio.

La población está formada por tres muestras, la primera de ellas está compuesta por 99 individuos que se corresponden con enfermos diagnosticados de otros trastornos por ansiedad, en los apartados, ataque de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno mixto depresión y ansiedad.

La segunda muestra, se corresponde con la muestra control de enfermos psíquicos, integrada por 100 sujetos, todos ellos diagnosticados de un trastorno psiquiátrico, en el cual quedaban excluidos los anteriores diagnósticos, de acuerdo con CIE-10.

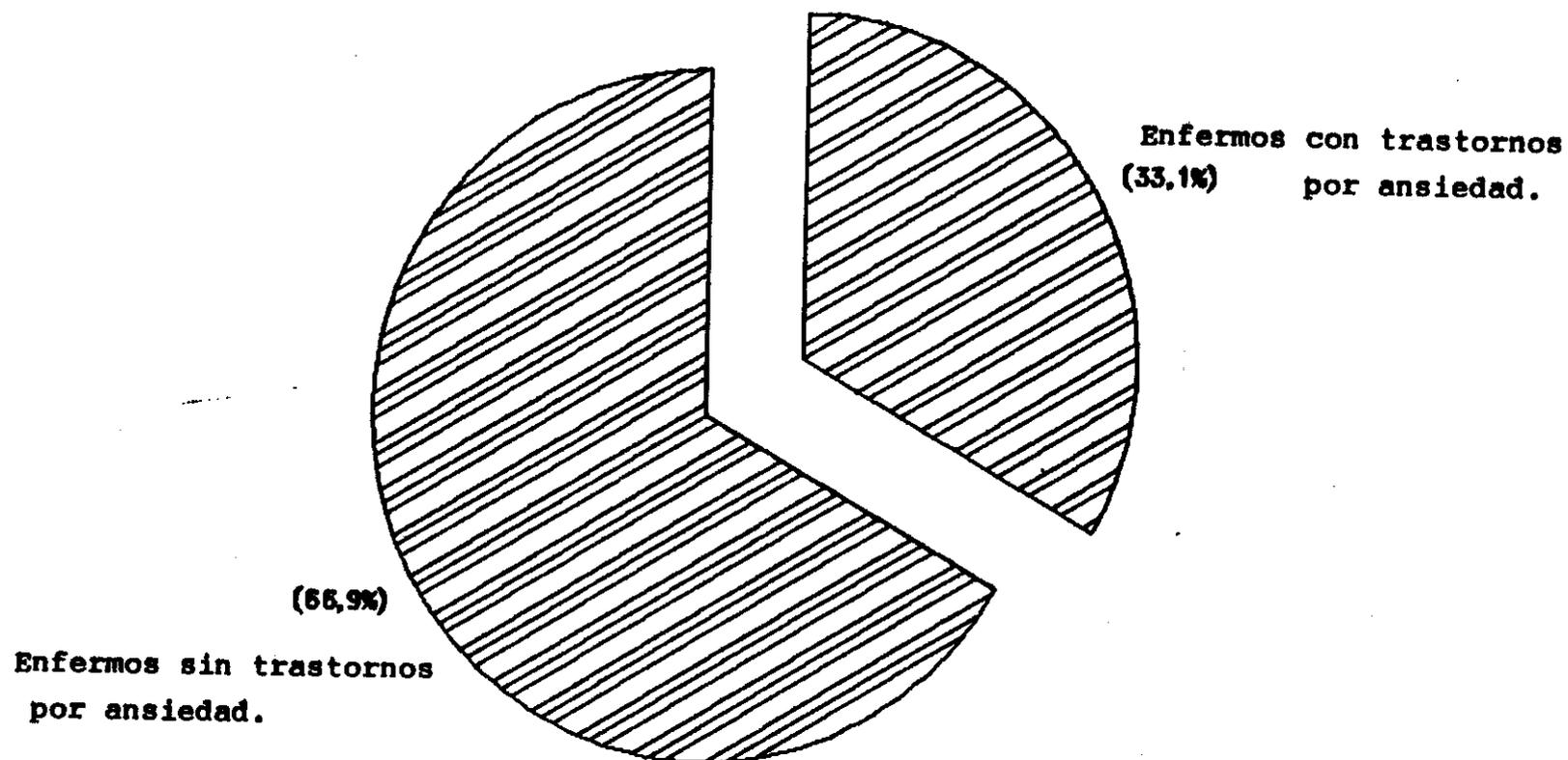
La tercera de ellas, es la muestra control "sana" o no enfermos psiquiátricos, formada por un total de 100 sujetos, los cuales no tenían ningún diagnóstico psiquiátrico actual, ni antecedentes personales psiquiátricos.

La población global constituida por un conjunto de 299 individuos está integrada por 33,2% de enfermos ansiosos y por un 66,8% de individuos no ansiosos, tal y como se muestra gráficamente en la figura nº 8, mientras que en la figura nº 9, se describe la composición en porcentaje de las tres muestras.

La población global y las tres muestras que la componen resultan ser homogéneas, sin que del análisis efectuado se encuentren diferencias significativas entre ellas.

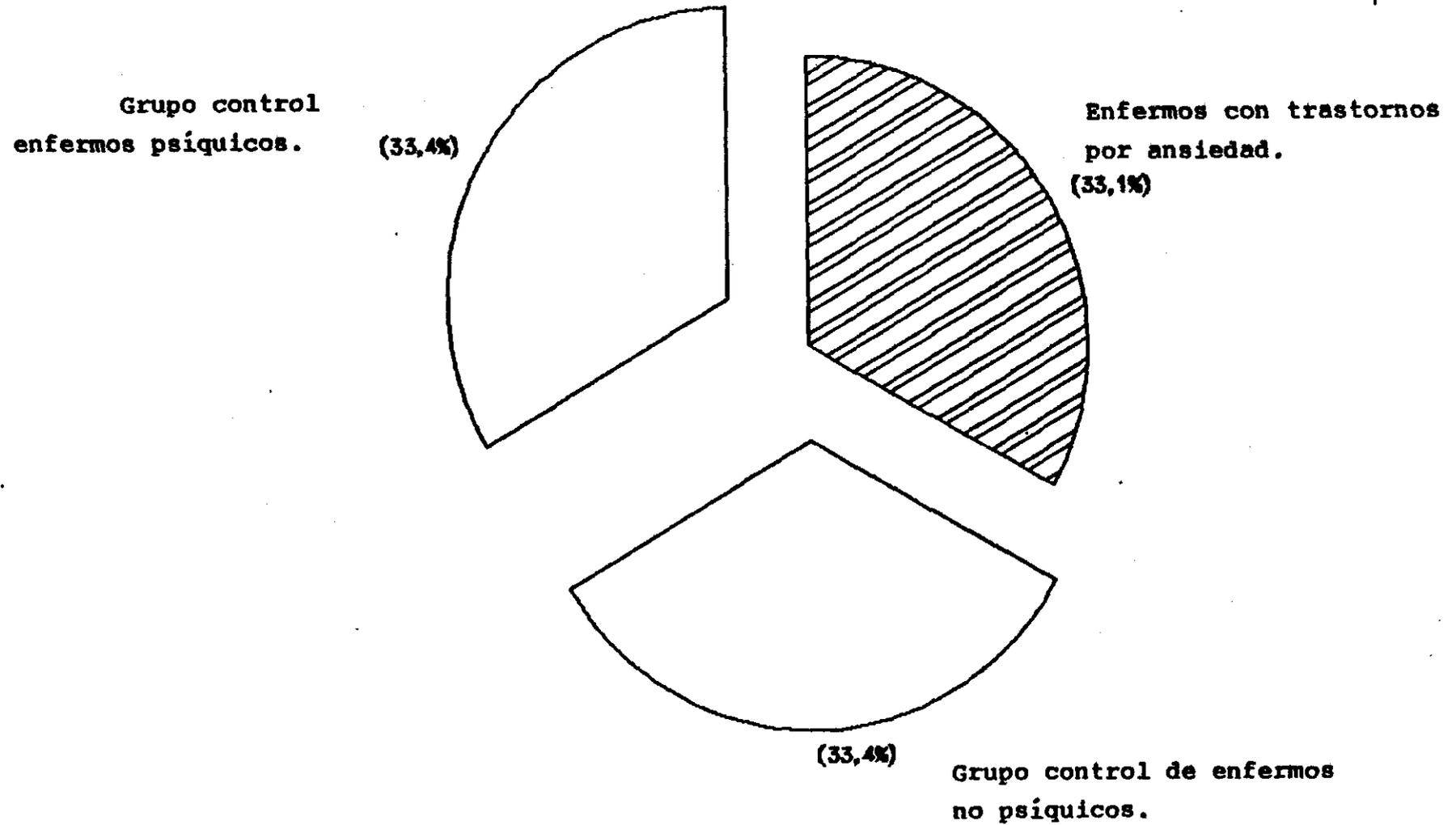
# Descripción de la muestra global(N=299)

Figura 8.-



# Descripción de la muestra global(N=299)

Figura 9.-



A continuación se describe las variables sociodemográficas, antecedentes familiares, nivel social y hábito de vida de la población total y de cada una de las muestras (tabla 34).

Tabla 34.- Variables sociodemográficas, antecedentes familiares, nivel social y hábito de vida en la población total y en las tres muestras.

Variable	Pobl. total (n = 299)	EA (n <sub>1</sub> = 99)	GCP (n <sub>2</sub> = 100)	GCNP (n <sub>3</sub> = 100)
<b>Sexo</b>				
Hombre	121	39	55	25
Mujer	178	60	45	75
<u>p &lt; 0,008 (S)</u>				
<b>Edad</b>				
15 - 25	57	14	18	25
26 - 35	72	22	32	18
36 - 45	65	26	20	19
46 - 55	52	23	11	17
56 - 65	54	14	19	21
<u>p &lt; 0,173 (NS)</u>				
<b>Estado civil</b>				
Soltero	110	35	43	33
Casado	161	57	43	61
Viudo	22	6	12	4
Separado	5	1	2	2
<u>p &lt; 0,147 (NS)</u>				
<b>Nivel social</b>				
Alto	10	2	4	3
Medio-alto	139	42	52	46
Medio-medio	132	47	39	46
Medio-bajo	18	8	5	5
<u>p &lt; 0,761 (NS)</u>				
<b>Antec. familiares</b>				
Si	100	43	40	17
No	199	56	60	83
<u>p &lt; 0,003 (S)</u>				
<b>Hábito de vida</b>				
Monótona	59	34	21	4
Semimonótona	133	49	42	42
Con alicientes	87	16	31	40
Rica	20	0	4	14
<u>p &lt; 0,000 (S)</u>				

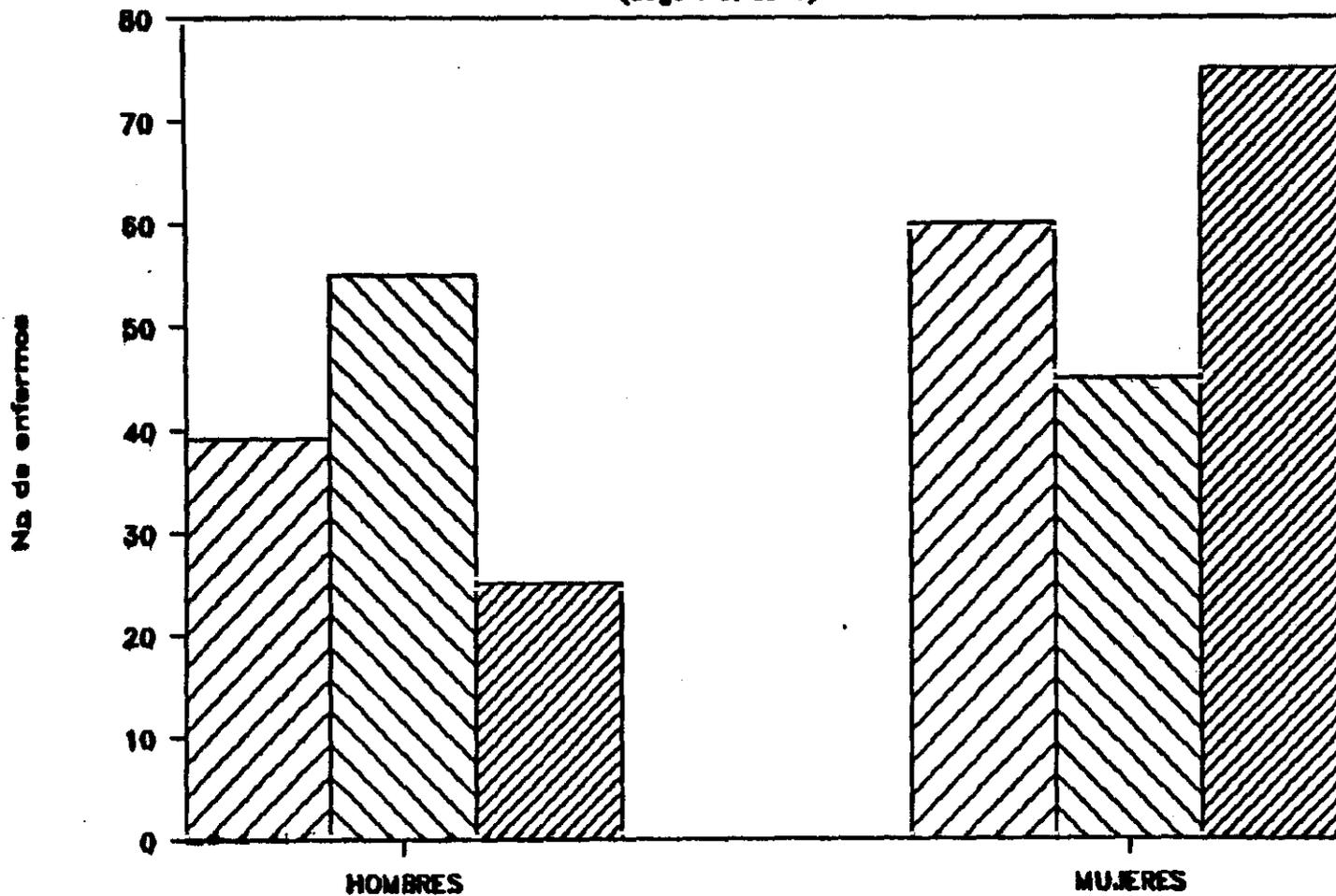
En relación con el sexo, la población total está formada por 121 hombres y 178 mujeres, aunque esta diferencia no se mostró como significativa al aplicar la prueba chi cuadrado. Vemos que el número de mujeres es mayor en la muestra con ansiedad y en especial en los enfermos no psiquiátricos, mientras que en los enfermos psiquiátricos, la proporción hombre-mujeres, era semejante pero ligeramente superior (Figura nº 10).

Para el estudio de la edad se han dividido en 5 clases, con intervalos de 10 años, encontrando niveles equivalentes en cada uno de los grupos de edad, no resultando las diferencias significativas. Entre los enfermos con ansiedad las diferencias son mínimas. Ligeramente destacan el grupo de pacientes con 36 a 45 años. Mientras que entre los pacientes psíquicos no ansiosos, la mayor proporción está entre los 26 y 35 años (Figura nº 11).

El estado civil tampoco arrojó diferencias significativas cuando se consideraron cuatro grupos: soltero, casado, viudo y separado. Destacando en los tres grupos una mayor proporción de sujetos casados (Figura nº 12).

# Descripción de la muestra global(N=299) (según el sexo)

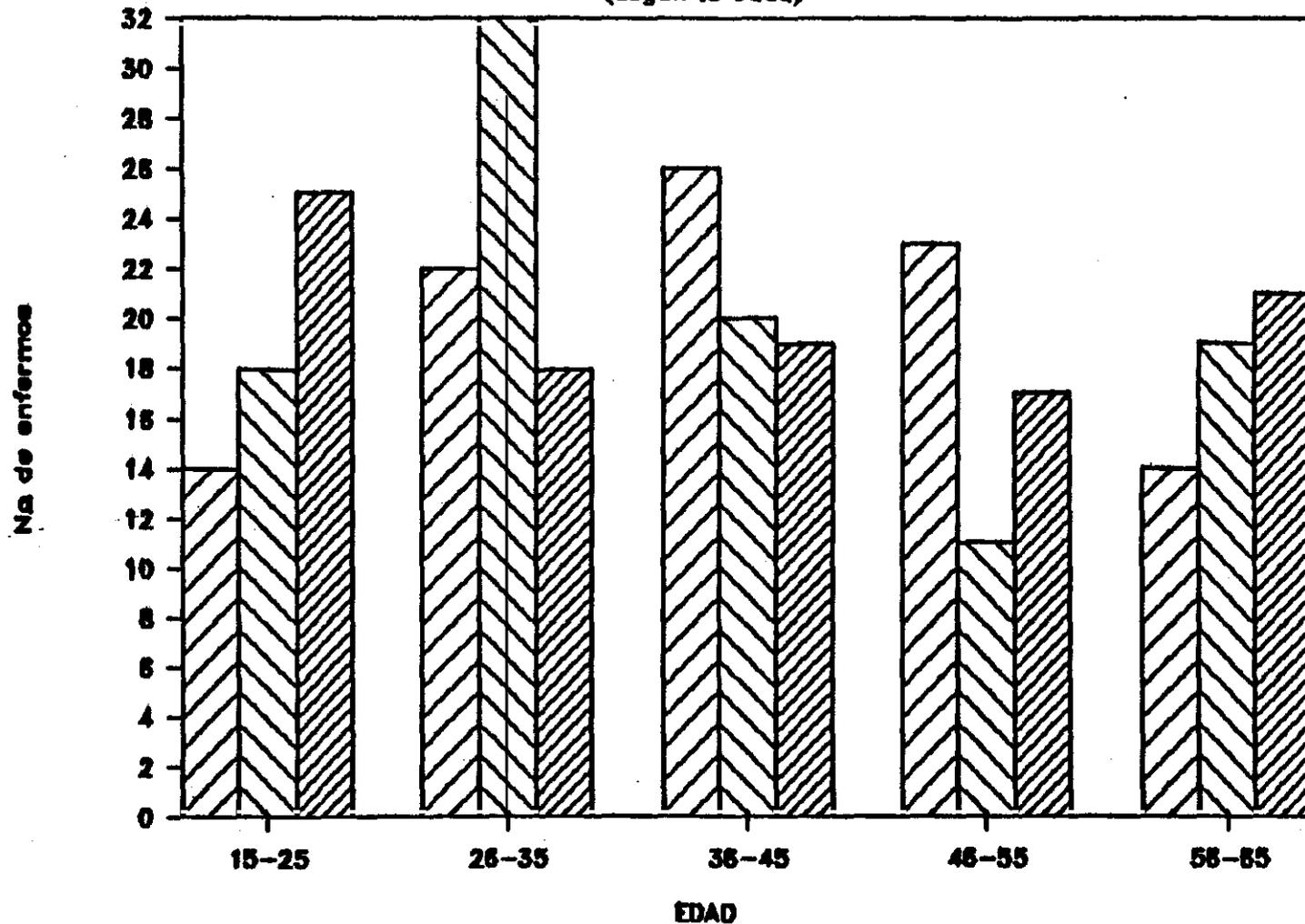
Figura 10.-



-  Enfermos con trastornos por ansiedad.
-  Grupo control de enfermos psicicos.
-  Grupo control de enfermos no psicicos.

# Descripción de la muestra global(N=299) (según la edad)

Figura 11.-

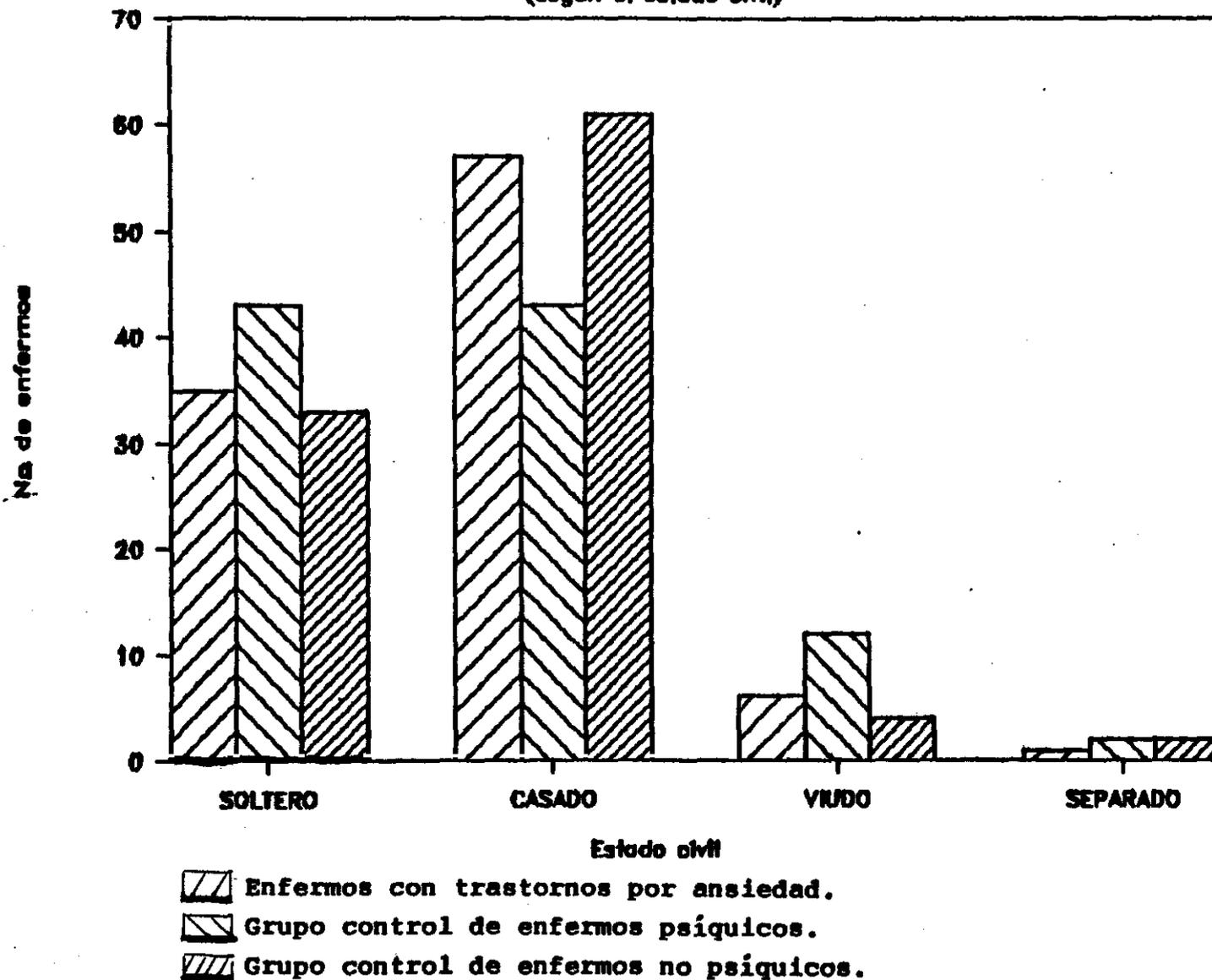


-  Enfermos con trastornos por ansiedad.
-  Grupo control de enfermos psíquicos.
-  Grupo control de enfermos no psíquicos.

# Descripción de la muestra global (N=299)

(según el estado civil)

Figura 12.-



Tampoco para el nivel social se han encontrado diferencias entre las agrupaciones analizadas.

Contrariamente a lo anterior, existen diferencias significativas para los antecedentes familiares psiquiátricos y también para el hábito de vida, encontrando una mayor proporción de antecedentes familiares en la muestra de los enfermos psiquiátricos, tanto en los que presentan síntomas ansiosos, como en los que no los presentan (Figura nº 13).

Respecto a los hábitos de vida, observamos una mayor proporción de vida semi monótona en las tres submuestras, mientras que en el hábito de vida con alicientes y rica, el porcentaje de sujetos afectados de ansiedad es menor (Figura nº 14).

# Descripción de la muestra global (N=299)

(existencia o no de anteos familiares)

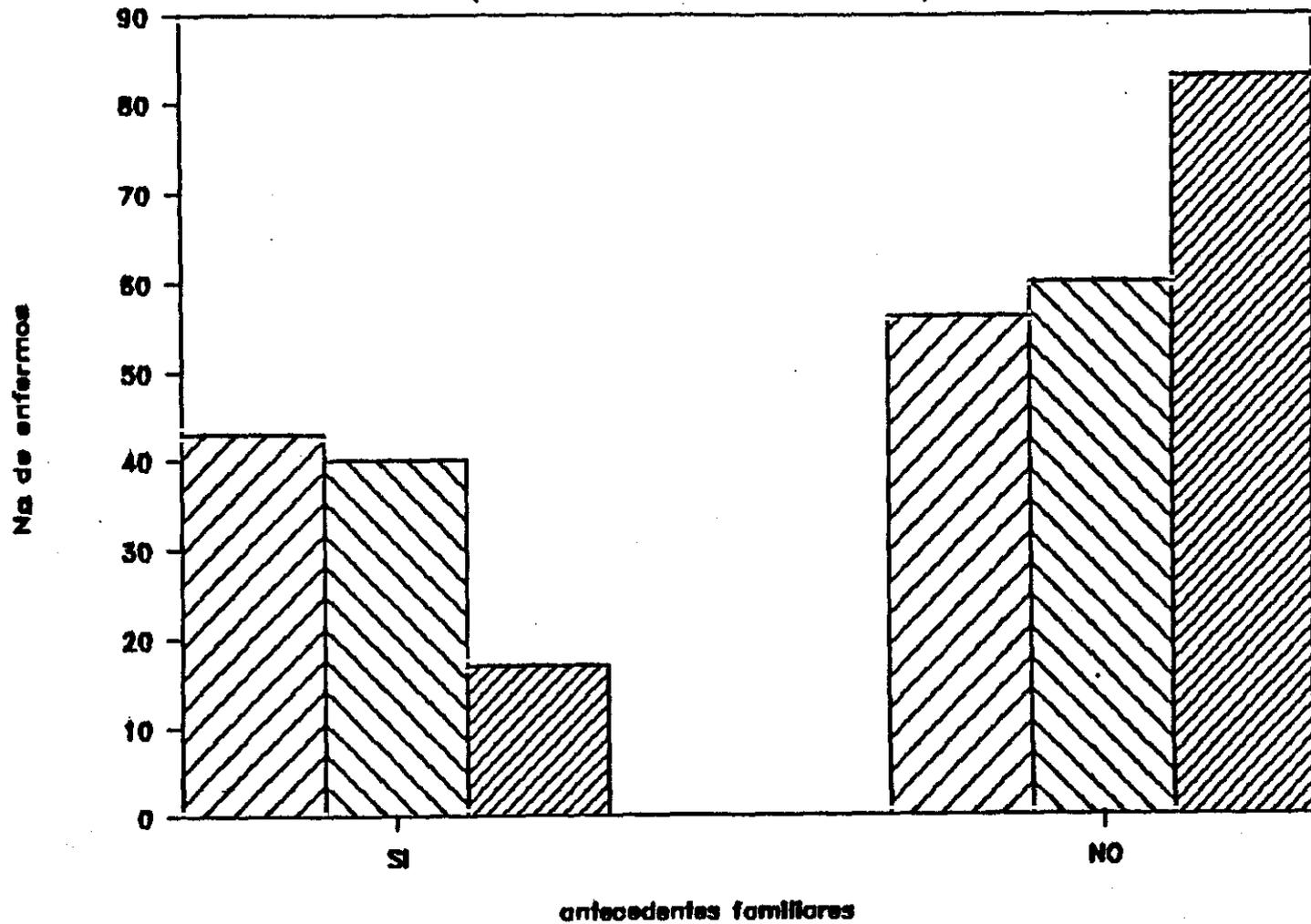
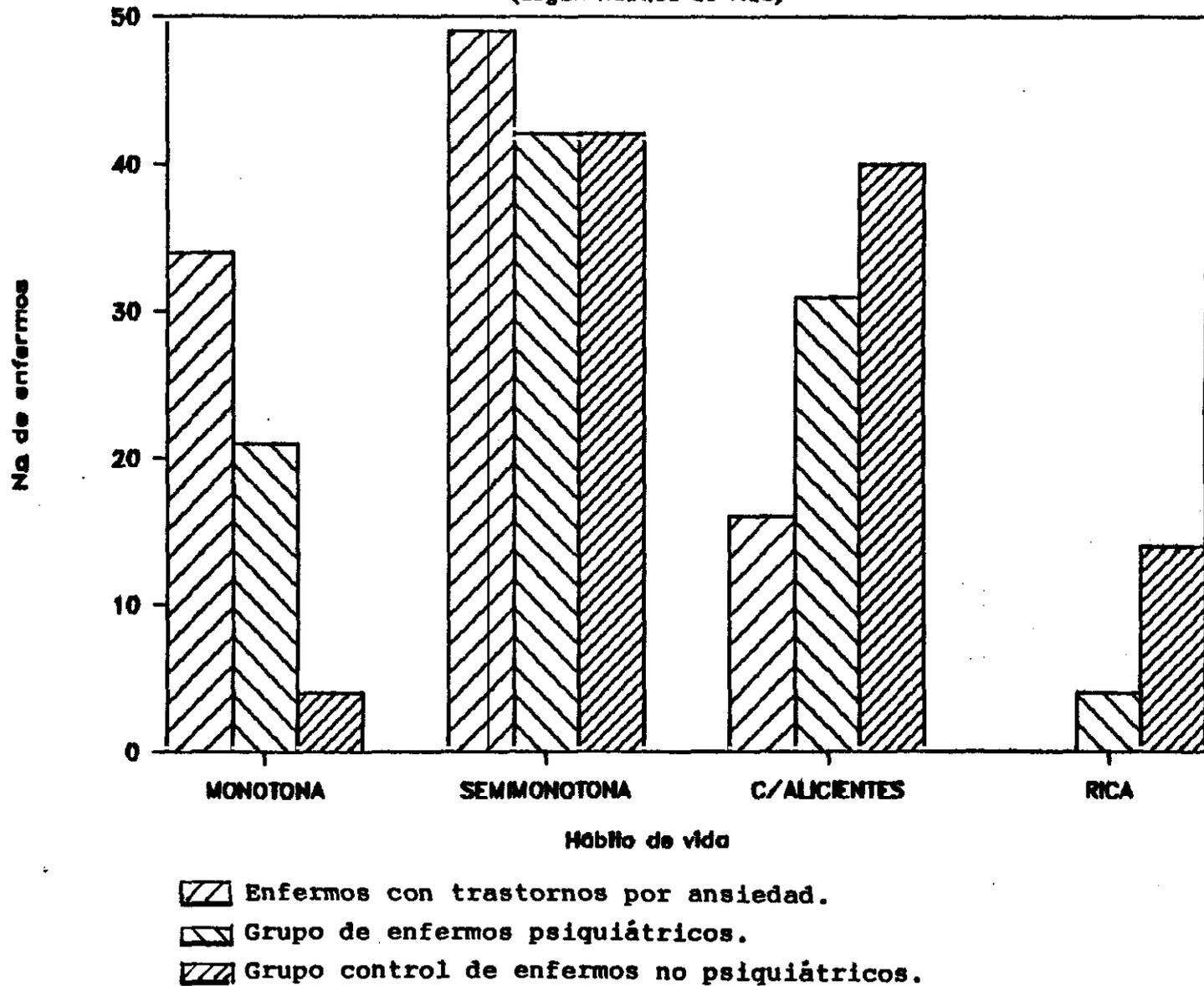


Figura 13.-

-  Enfermos con trastornos por ansiedad.
-  Grupo control de enfermos psíquicos.
-  Grupo control de enfermos no psíquicos.

# Descripción de la muestra global (N=299)

(según hábitos de vida)



En las tablas siguientes, describiremos la muestra de enfermos con ansiedad, según el diagnóstico CIE-10 (Borrador). (Figura nº 15).

Para el estudio de la edad, la muestra de enfermos con ansiedad, presentan un mayor número de pacientes, entre 36-45 años para los afectados con trastorno mixto de ansiedad y depresión, pero no existiendo grandes diferencias en las dos décadas posteriores. Para los pacientes con trastornos por ansiedad generalizada la frecuencia es ligeramente superior en esta misma edad, pero semejante en la década anterior y posterior. Mientras que el trastorno de pánico, aparece en sujetos más jóvenes (Figura nº 16).

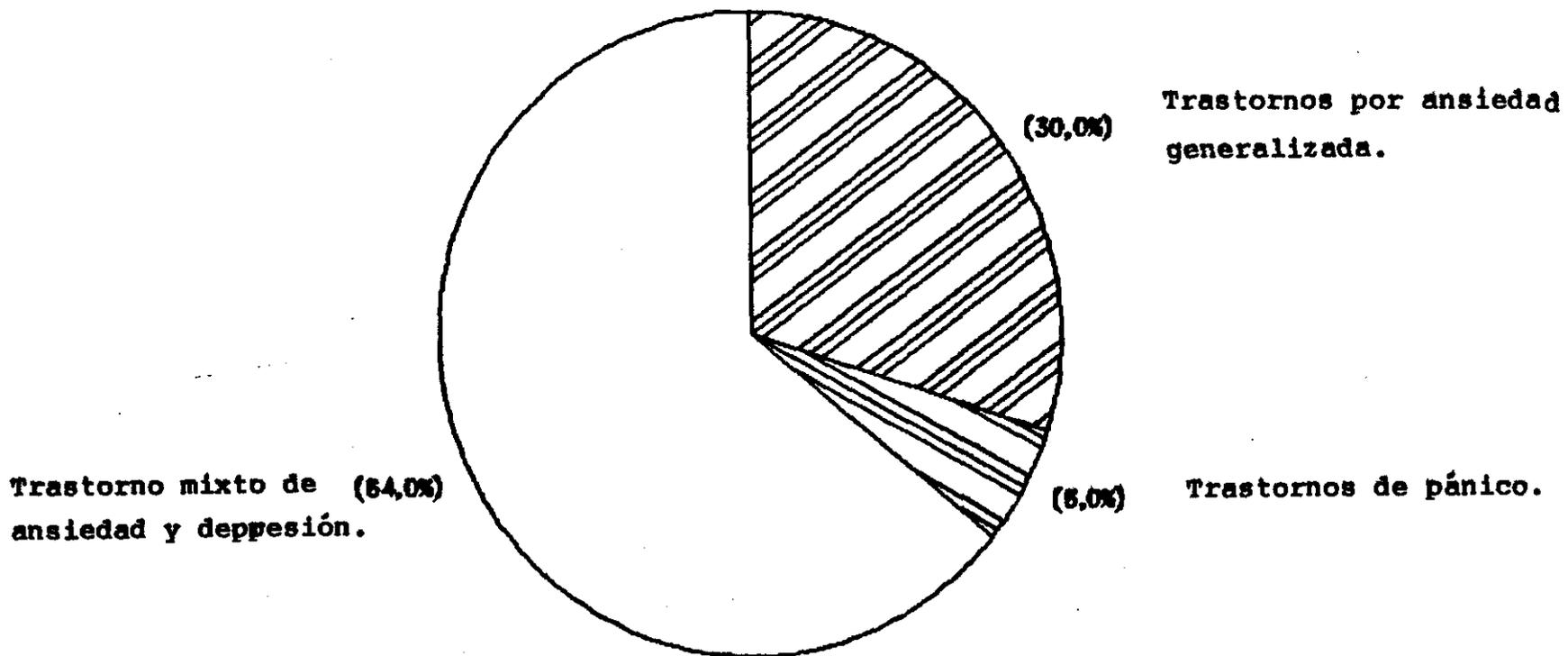
En relación con el sexo, hay un mayor número de mujeres en los trastornos mixtos de ansiedad y depresión y en los trastornos de ansiedad generalizada (Figura nº 17).

El estado civil, muestra un mayor número de afectados en el grupo de los casados, tanto para los trastornos mixtos de ansiedad y depresión, como para los sujetos con trastornos por ansiedad generalizada. Mientras que los enfermos con trastornos de pánico se distribuyen prácticamente igual en los tres primeros grupos (Figura nº 18).

# Descripción de la muestra de enfermos

con trastornos por ansiedad(N=99)

Figura 15.-



# Muestra de enf con ansiedad(N=99)

(según diagnóstico clínico/edad)

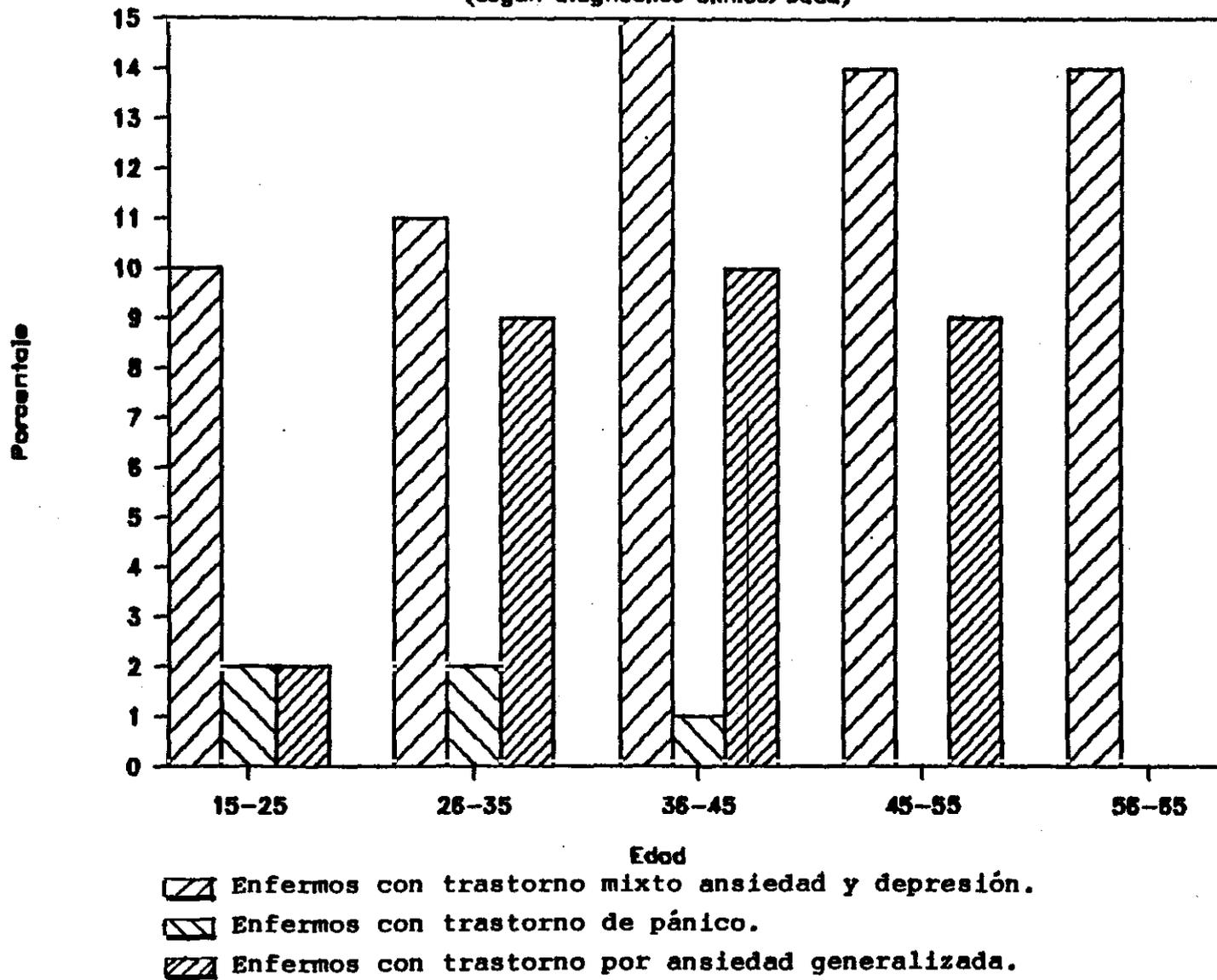


Figura 16.-

# Muestra de enf con ansiedad(N=99)

(según diagnóstico clínico/sexo)

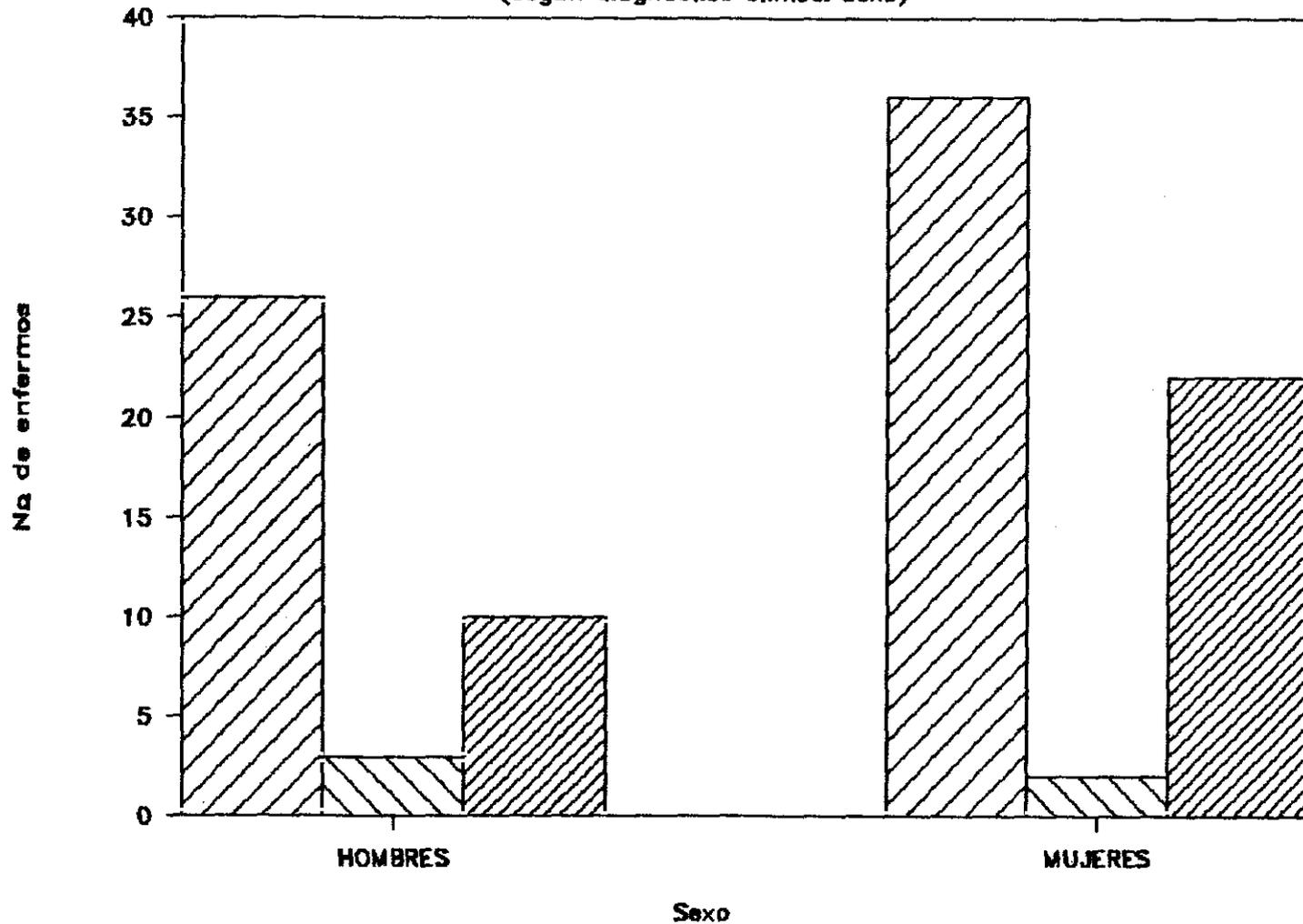
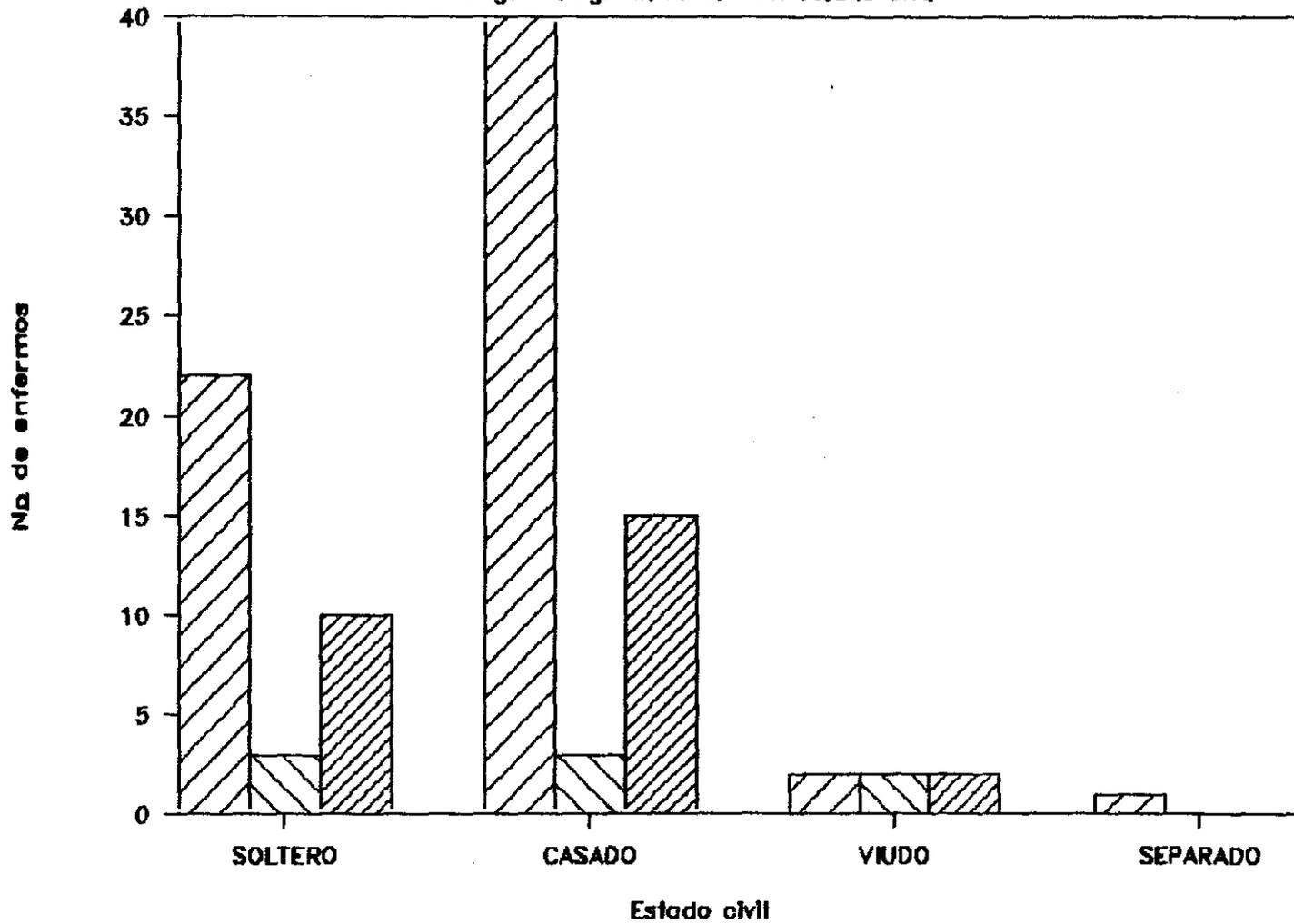


Figura 17.-

# Muestra de enfermos con ansiedad (N=99)

según diagnóstico clínico/estado civil



-  Enfermos con trastorno mixto ansiedad y depresión.
-  Enfermos con trastorno de pánico.
-  Enfermos con trastorno de ansiedad generalizada.

Figura 18.-

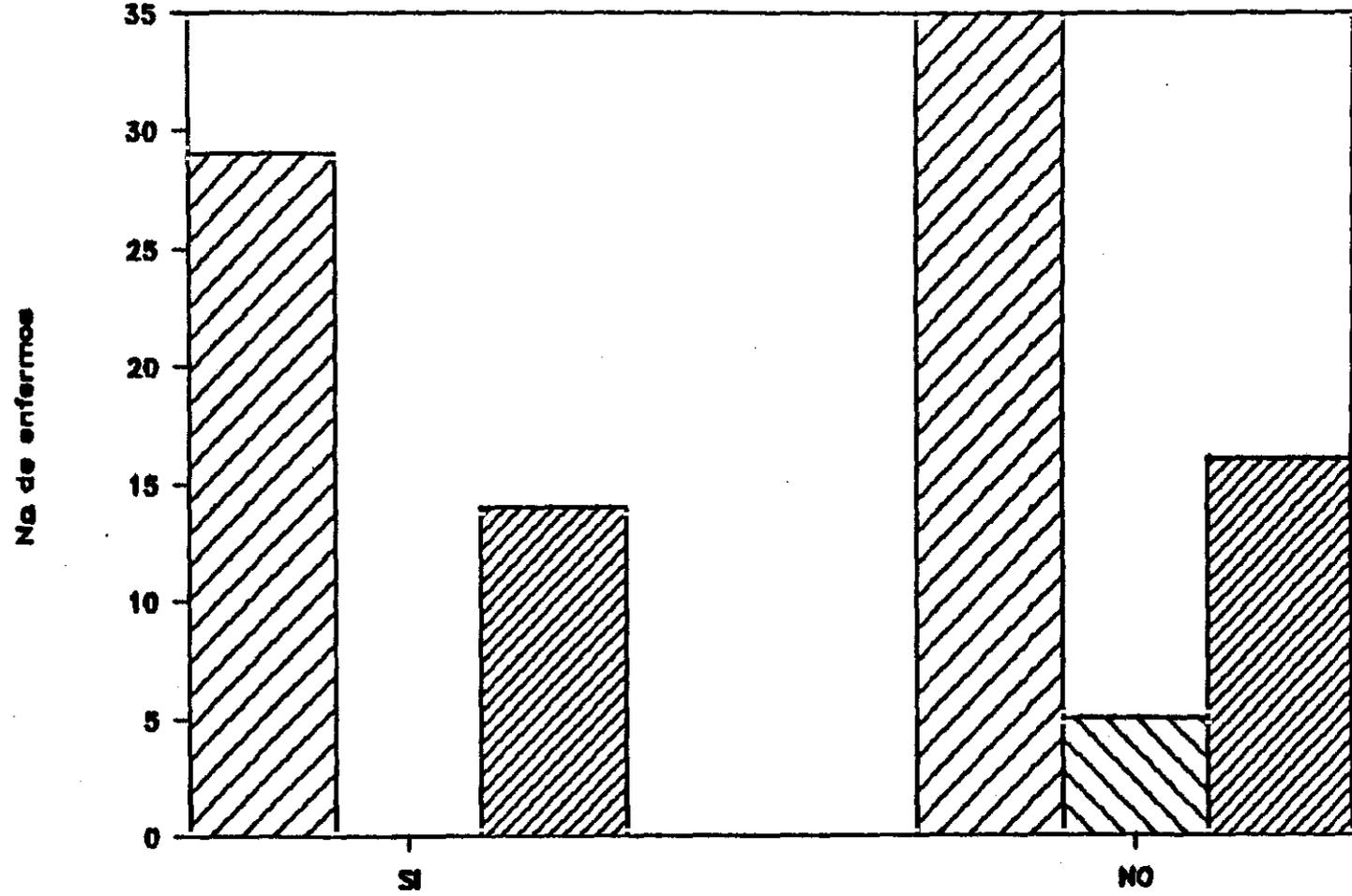
La existencia de antecedentes familiares es ligeramente inferior en los trastornos mixtos de ansiedad y depresión y en los pacientes afectados por ansiedad generalizada. Mientras que en nuestro estudio no presentan antecedentes familiares los sujetos con trastornos de pánico (Figura 19).

Como en la población total, predomina la vida semi monótona, en los enfermos con trastornos mixtos de ansiedad y depresión y en los pacientes con trastornos por ansiedad generalizada. Mientras que la distribución es semejante en los cuatro grupos respecto a los pacientes con trastorno (Figura nº 20).

# Muestra de enfermos con ansiedad(N=99)

exist o no de antecedentes familiares

Figura 19.-



-  Enfermos con trastorno mixto ansiedad y depresión.
-  Enfermos con trastorno de pánico.
-  Enfermos con trastorno de ansiedad generalizada.

# Muestra de enfermos con ansiedad (N=99)

diagnóstico clínico/hábito de vida

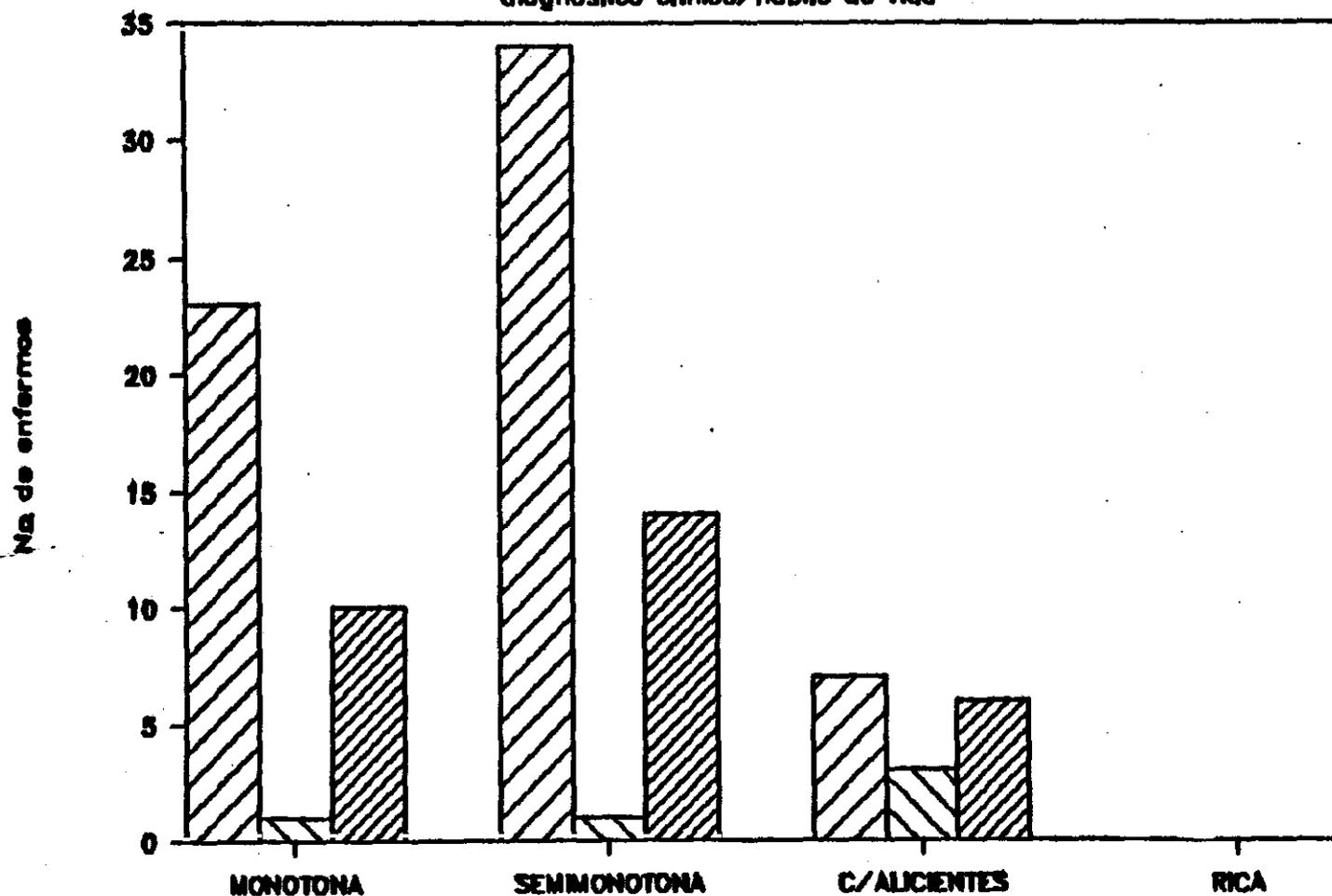


Figura 20.-

-  Enfermos con trastorno mixto ansiedad y depresión.
-  Enfermos con trastorno de pánico.
-  Enfermos con trastorno por ansiedad generalizada.

## 5.2.-Validación del contenido del CPAR.

Con objeto de llevar a cabo los estudios conducentes a realizar la validez del contenido se trabaja en la demostración de que todo aquello que forma parte del instrumento de medida es suficientemente frecuente en el trastorno-rasgo en valoración. Se ha calculado a través de la determinación de los parámetros de sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN).

Como señala Martín (1990) algunos autores señalan a la validez de contenido empírico como validez criterial, ya que este tipo de validación implica el estudio del instrumento frente a un "criterio externo"; en este caso se utiliza el diagnóstico CIE-10. Cuando el "criterio externo" es otro instrumento de medida se utiliza en ocasiones el término de validación concurrente.

El "criterio externo" establecido en esta tesis, ha sido la utilización de un criterio clínico, realizado por personal cualificado y experto. Aunque este sistema ha sido a veces discutido, por la dispersión que puede generar el empleo de diferentes técnicas (Fernández, 1983; Vázquez, 1984); en este caso se ha intentado paliarlo, realizando la valoración de cada paciente a través de la entrevista con dos psiquiatras, y ateniéndose en todos los casos a los criterios propuestos por la OMS en el borrador del CIE-10.

5.2.1.-Estudio de la validez del contenido de los 100  
items componentes del CPAR.

Sobre la muestra total de 299 sujetos, 99 de ellos enfermos de ansiedad, 100 enfermos psiquiátricos sin ansiedad y 100 como muestra control, no enfermos psíquicos, se analiza el comportamiento de los 100 items, que configuran el Cuestionario Pentadimensional de la ansiedad de Rojas (1986).

Dicho análisis se ha llevado a cabo a través del estudio de la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo, cuyos valores se han obtenido a través del tanto por ciento de las respuestas obtenidas para los diferentes items, considerando como negativas las respuestas valoradas como 0 ó 1.

Se han agrupado los resultados en función del nivel de sensibilidad de cada item (síntoma), considerado de forma aislada, como independiente en relación con el resto de los síntomas.

En la tabla nº 35, se han agrupado aquellos items de alta sensibilidad cuando se analizan a través de la muestra total, 299 sujetos integrados a su vez en las tres muestras parciales, enfermos con ansiedad, grupo control de enfermos psíquicos sin ansiedad y muestra o grupo control de enfermos no psíquicos. Se han obtenido 5 items de alta sensibilidad, definida como aquellos que aparecen en más del 80% de los enfermos afectados por ansiedad; tres de ellos corresponden a

síntomas psíquicos ( $P_1$ ,  $P_{12}$  y  $P_{19}$ ), uno a síntomas de conducta ( $Cd_2$ ) y otro a síntomas cognitivos ( $Cg_{10}$ ). Todos ellos muestran un elevado VPN, mientras que para los restantes muestran solamente valores medios, destacando  $P_{12}$ ,  $P_{19}$  y  $Cd_2$  que muestran una especificidad media-alta.

La tabla nº 36 muestra los items de baja sensibilidad, junto a los valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo. Se han considerado con baja sensibilidad aquellos items que no aparecen en el 30% de los enfermos con ansiedad. Se han detectado once items de baja sensibilidad, cinco de ellos pertenecientes a la dimensión física ( $F_6$ ,  $F_{10}$ ,  $F_{11}$ ,  $F_{17}$ ,  $F_{20}$ ), uno a la psíquica ( $P_7$ ), tres a la conductual ( $Cd_8$ ,  $Cd_{10}$ ,  $Cd_{11}$ ,  $Cd_{17}$ ) y finalmente uno a la dimensión cognitiva ( $Cg_4$ ). El valor predictivo negativo de estos items es bajo, excepto en  $F_6$  y  $F_{10}$ , situándose entre el 50-60%. Sin embargo la especificidad encontrada para todos los items mencionados es muy elevada, situándose por encima del 90%. Igualmente son elevadas las cifras correspondientes al valor predictivo positivo, aunque no alcanzan los valores mencionados para la especificidad; únicamente muestran valores medios  $F_{10}$  y  $F_{20}$ .

Cuando se analizan los items de alta sensibilidad dentro de los grupos control y enfermos con ansiedad. El valor predictivo negativo se situa con valores elevados, con la única excepción de  $Cg_{10}$  con un nivel medio. De forma general VPN decrece cuando se utilizan los dos grupos mencionados frente al

caso anterior, en el que se utiliza la muestra global. De forma contraria evoluciona el valor predictivo positivo, que alcanza en todos los items un nivel alto, salvo en  $P_1$  con un 75%. También se incrementan los valores de la especificidad, que se sitúa en niveles altos excepto  $P_1$  y  $Cg_{10}$ . Resultan destacables  $P_{12}$ ,  $P_{19}$  y  $Cd_2$  con altos valores para todos los índices.

En la tabla nº 38 se estudia los items de alta sensibilidad para el grupo de enfermos con ansiedad y la muestra de enfermos psíquicos sin ansiedad. Aunque en este caso, el valor predictivo mantiene valores altos o medio-altos, no ocurre lo mismo con la especificidad o el valor predictivo positivo, que muestran valores medios, o incluso bajos como es el caso de la especificidad de  $P_1$ .

En la tabla nº 39 se agrupan en una sola unidad todos los valores obtenidos para los items de alta sensibilidad, con objeto de facilitar su comparación.

En la tabla nº 40, se han analizado los items con una sensibilidad ( $\geq 70\%$ ), considerada aceptable por (Barker et Hall, 1991). Se han considerado con una buena sensibilidad aquellos items que aparecen en más del 70% de los enfermos con ansiedad. Dentro de los 12 items, cinco pertenecen a la dimensión psíquica, tres a la conductual y cuatro a la cognitiva.

Considerando la muestra total integrada por 299 sujetos, se han encontrado 31 items con sensibilidad media, definida como aquella que se sitúa dentro del intervalo  $> 60-70\%$

(tabla nº 41). En algunos casos el sistema de clasificación empleado, como cualquier otro medio de sistematización, hace que se engloben items en el grupo de sensibilidad media.

El Valor Predictivo Negativo resulta ser en este grupo elevado ( $\geq 80\%$ ) al igual que en el grupo de items con especificidad elevada, con la excepción de dos items, que solamente alcanzan un valor medio ( $C_{20}$  y  $A_{20}$ ). La especificidad es alta ( $\geq 70\%$ ) o media ( $\geq 60\%$ ) en todos los items considerados.

Se citan a continuación aquellos con especificidad alta:  $P_3$ ,  $P_5$ ,  $P_{11}$ ,  $Cd_{15}$ ,  $Cg_{11}$ ,  $Cg_{15}$ ,  $Cg_{20}$ ,  $A_{10}$  y  $A_{13}$ . No ocurre así para los valores correspondientes a VPP, entre los que se encuentran 13 con un nivel medio y otros 12 con medio-bajo.

Dentro de los 24 items con sensibilidad media, la mayoría corresponden a las dimensiones cognitiva (10), seguida de la psíquica (5) y asertiva (6), explicando entre estas tres dimensiones el 83 de la tabla nº 40.

Tabla nº 35.- Relación de los items que muestran alta sensibilidad ( $\geq 80\%$ ), indicando sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

Item	Concepto	S(%)	E(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
P <sub>1</sub>	Se nota inquieto, nervioso, desasosegado por dentro.	92	49	47	93	***
P <sub>12</sub>	Está triste, meditabundo, melancólico.	82	71	58	89	***
P <sub>19</sub>	Le cuesta mucho tomar una decisión.	87	75	63	92	***
Cd <sub>2</sub>	Está irritable, excitable, responde exageradamente a los estímulos externos.	83	72	60	90	***
Cg <sub>10</sub>	Le da muchas vueltas a las cosas.	90	51	48	93	***

S: Sensibilidad

E: Especificidad

VPP: Valor Predictivo Positivo

VPN: Valor Predictivo Negativo

SI: Significación; \*\*\*: nivel de significación  $p < 0,001$ .

Muestra total: 299 individuos (EA + GCEP + GCENP)

Tabla nº 36.- Relación de items que muestran baja sensibilidad (<30%), indicando sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

Item	Concepto	S(%)	E(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
F <sub>6</sub>	Tiene tics.	24	95	72	71	***
F <sub>10</sub>	Tiene náuseas o vómitos	21	93	60	70	***
F <sub>11</sub>	Tiene diarreas, descomposiciones intestinales	26	96	87	57	***
F <sub>17</sub>	Pasa temporadas sin apetito, ni querer comer casi nada.	29	92	78	56	***
F <sub>20</sub>	Ha notado un mayor interés por la sexualidad.	16	93	69	52	*
P <sub>7</sub>	A veces es preso de temores o tiene ataques de pánico.	29	98	93	58	***
Cd <sub>8</sub>	Le ha cambiado la voz o ha notado altibajos en sus tonos.	22	97	88	55	***
Cd <sub>10</sub>	Tiene más tensa la mandíbula.	27	93	79	56	***
Cd <sub>11</sub>	Tartamudea o cecea.	23	94	74	55	***
Cd <sub>17</sub>	Tiene los párpados contraidos o las cejas arqueadas hacia abajo.	20	95	80	54	**
Cg <sub>4</sub>	Los demás dicen que no justo en sus juicios y apreciaciones.	28	93	83	59	***

S: Sensibilidad  
E: Especificidad  
VPP: Valor Predictivo Positivo  
VPN: Valor Predictivo Negativo  
SI: Significación; \*\*\*: nivel de significación  $p < 0,001$ .  
\*\* : nivel de significación  $p < 0,01$   
\* : nivel de significación  $p < 0,05$

Muestra total: 299 individuos (EA + GCEP + GCENP)

Tabla nº 37.- Relación de items que muestran alta sensibilidad (>80%) para el grupo de enfermos con ansiedad y el grupo control de enfermos no psíquicos, indicando sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

Item	C o n c e p t o	S (%)	E (%)	VPP (%)	VPN (%)	SI
P <sub>1</sub>	Se nota inquieto, nervioso, desasosegado por dentro.	92	70	75	90	***
P <sub>12</sub>	Está triste, meditabundo, melancólico.	82	82	82	82	***
P <sub>19</sub>	Le cuesta mucho tomar una decisión.	87	82	82	87	***
Cd <sub>2</sub>	Está irritable, excitable, responde exageradamente a los estímulos externos.	83	84	83	84	***
Cg <sub>10</sub>	Le da muchas vueltas a las cosas.	92	65	90	72	***

S: Sensibilidad

E: Especificidad

VPP: Valor Predictivo Positivo

VPN: Valor Predictivo Negativo

SI: Significación; \*\*\*: nivel de significación  $p < 0,001$ .

\*\* : nivel de significación  $p < 0,01$

\* : nivel de significación  $p < 0,05$

Muestra total: 299 individuos (EA + GCENP)

Tabla nº 38 .- Relación de items que muestran alta sensibilidad (>80%), para la muestra de enfermos con ansiedad y la muestra de enfermos psíquicos sin ansiedad.

Item	Concepto	S(%)	E(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
P <sub>1</sub>	Se nota inquieto, nervioso, desasosegado por dentro.	91	29	56	80	***
P <sub>12</sub>	Está triste, meditabundo, melancólico.	82	60	67	77	***
P <sub>19</sub>	Le cuesta mucho tomar una decisión.	87	68	73	85	***
Cd <sub>2</sub>	Está irritable, excitable, responde exageradamente a los estímulos externos.	83	61	68	79	***
Cg <sub>10</sub>	Le da muchas vueltas a las cosas.	92	37	59	84	***

S: Sensibilidad

E: Especificidad

VPP: Valor Predictivo Positivo

VPN: Valor Predictivo Negativo

SI: Significación; \*\*\*: nivel de significación  $p < 0,001$ .

\*\* : nivel de significación  $p < 0,01$

\* : nivel de significación  $p < 0,05$

Muestra total: 299 individuos (EA + GCEP)

Tabla nº 39.- Estudio comparativo de los items de alta sensibilidad (>80%) para las tres agrupaciones muestrales efectuadas.

		1 er. Estudio (EA+EPSA+GC)			
Item	Concepto	S(%)	E(%)	VPP(%)	VPN(%)
P <sub>1</sub>	Se nota inquieto, nervioso, desasosegado por dentro.	92	49	47	93
P <sub>12</sub>	Está triste, meditabundo, melancólico.	82	71	58	89
P <sub>19</sub>	Le cuesta mucho tomar una decisión.	87	75	63	92
Cd <sub>2</sub>	Está irritable, excitable, responde exageradamente a los estímulos externos.	83	72	60	90
Cg <sub>10</sub>	Le da muchas vueltas a las cosas.	90	51	48	93

2 º. Estudio (EA+GC)

Item	C o n c e p t o	S(%)	E(%)	VPP(%)	VPN(%)
P <sub>1</sub>	Se nota inquieto, nervioso, desasosegado por dentro.	92	70	75	90
P <sub>12</sub>	Está triste, meditabundo, melancólico.	82	82	82	82
P <sub>19</sub>	Le cuesta mucho tomar una decisión.	87	82	82	87
Cd <sub>2</sub>	Está irritable, excitable, responde exageradamente a los estímulos externos.	83	84	83	84
Cg <sub>10</sub>	Le da muchas vueltas a las cosas.	92	37	59	84

3<sup>er</sup>. Estudio (EA+EPSA)

Item	Concepto	S(%)	E(%)	VPP(%)	VPN(%)
P <sub>1</sub>	Se nota inquieto, nervioso, desasosegado por dentro.	92	29	56	80
P <sub>12</sub>	Está triste, meditabundo, melancólico.	82	60	67	77
P <sub>19</sub>	Le cuesta mucho tomar una decisión.	87	68	73	85
Cd <sub>2</sub>	Está irritable, excitable, responde exageradamente a los estímulos externos.	83	61	68	79
Cg <sub>10</sub>	Le da muchas vueltas a las cosas.	92	65	90	72

S: Sensibilidad  
 E: Especificidad  
 VPP: Valor Predictivo Positivo  
 VPN: Valor Predictivo Negativo

EA: Muestra de enfermos con ansiedad (99).  
 GCEP: Muestra de enfermos psíquicos sin ansiedad (100).  
 GCENP: Muestra control de enfermos no psíquicos (100).

Tabla nº 40.- Relación de los items que muestran una sensibilidad ( $\geq 70\%$ ) indicando sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

Item	Concepto	S%	E%	VPP%	VPN%	Si
P <sub>1</sub>	Se nota inquieto, nervioso, desasosegado por dentro.	92	49	47	93	***
P <sub>2</sub>	Se nota muy inseguro de sí mismo.	75	79	64	86	***
P <sub>10</sub>	Nota una cierta sensación de vacío interior.	72	76	60	85	***
P <sub>12</sub>	Está triste, meditabundo, melancólico.	82	71	58	89	***
P <sub>15</sub>	Le cuesta mucho tomar una decisión.	87	75	63	92	***
Cd <sub>2</sub>	Está irritable, excitable, responde exageradamente a los estímulos externos.	83	72	60	90	***
Cd <sub>3</sub>	Rinde menos en sus actividades habituales.	79	77	63	88	***
Cd <sub>4</sub>	Le resulta difícil o penoso realizar sus actividades habituales.	79	78	64	88	***
Cg <sub>5</sub>	Se concentra mal, con dificultad.	76	70	56	85	***
Cg <sub>9</sub>	Tiene ideas o pensamientos de los que no se puede librar.	79	60	49	85	***
Cg <sub>10</sub>	Le da muchas vueltas a las cosas.	90	51	48	93	***
Cg <sub>12</sub>	Pensar en algo angustioso le conduce a pensamientos más angustiosos todavía.	75	77	62	87	***

S: Sensibilidad; E: Especificidad; VPP: Valor Predictivo Positivo; VPN: Valor Predictivo Negativo; Si: Significación; \*\*\*; nivel de significación  $p < 0,001$ .

Muestra total: 299 individuos (EA+GCEP+GCNP).

Tabla nº 41.- Relación de items que muestran sensibilidad media (60% ≤ s ≤ 70%), para la muestra global, indicando sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

Item	Concepto	S(%)	E(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
F <sub>7</sub>	Nota falta de aire, dificultad para respirar, opresión en la zona del pecho.	61	90	75	82	***
P <sub>3</sub>	Tiene la sensación de estar luchando continuamente sin saber contra qué.	62	83	65	81	***
P <sub>4</sub>	Tiene ganas de huir, de marcharse a otro lugar, de viajar a un sitio lejano.	65	74	56	81	***
P <sub>5</sub>	Tiene fobias.	61	81	62	81	***
P <sub>9</sub>	A veces se siente inferior a los demás.	68	75	58	82	***
P <sub>11</sub>	Se nota distinto, como si estuviese perdiendo su propia identidad.	62	89	74	82	***
Cd <sub>15</sub>	Le cuesta mucho o no está dispuesto a realizar una actividad intensa.	70	81	65	84	***

Item	Concepto	S(%)	E(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
Cd <sub>20</sub>	Le irritan mucho los ruidos intensos o inesperados.	69	61	46	77	***
Cg <sub>1</sub>	Le inquieta el futuro, lo ve todo negro, difícil, de forma pesimista.	66	71	53	81	***
Cg <sub>6</sub>	Nota como si le fallase la memoria, le cuesta recordar cosas recientes.	67	76	58	82	***
Cg <sub>7</sub>	Le cuesta recordar cosas que cree saber, haber aprendido hace tiempo.	67	78	60	83	***
Cg <sub>8</sub>	Está muy despistado.	60	82	62	80	***
Cg <sub>11</sub>	Todo le afecta negativamente, cualquier detalle o noticia.	61	88	72	82	***
Cg <sub>12</sub>	Utiliza términos extremos.	61	79	59	80	***
Cg <sub>14</sub>	Se acuerda más de lo negativo que de lo positivo	65	74	55	81	***
Cg <sub>15</sub>	Le cuesta pensar, nota un cierto bloqueo intelectual.	65	81	63	82	***
Cg <sub>19</sub>	Piensa en lo que haría en una situación difícil y cree que no podría superarla.	64	86	70	83	***

Item	Concepto	S(%)	E(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
Cg <sub>20</sub>	Cree que su única solución es un cambio verdaderamente profundo o que es inútil.	62	83	65	81	***
A <sub>2</sub>	A veces no sabe qué decir ante ciertas personas.	60	75	55	79	***
A <sub>8</sub>	Le resulta muy difícil hablar en público, formular y responder preguntas.	67	66	49	80	***
A <sub>10</sub>	Se nota muy pasivo o bloqueado en reuniones sociales.	64	80	62	82	***
A <sub>13</sub>	Está muy pendiente de lo que los demás puedan opinar de usted.	67	80	62	82	***
A <sub>18</sub>	Está muy pendiente de lo que hace en presencia de personas de poca confianza.	66	69	51	80	***
A <sub>20</sub>	Se avergüenza o incomoda por cosas que hacen los demás ("vergüenza ajena")	67	64	48	64	***

S: Sensibilidad

E: Especificidad

VPP: Valor Predictivo Positivo

VPN: Valor Predictivo Negativo

SI: Significación; \*\*\*: nivel de significación  $p < 0,001$ .

\*\* : nivel de significación  $p < 0,01$

\* : nivel de significación  $p < 0,05$

Muestra total: 299 individuos (EA + GCEP + GCENP).

Tabla nº 42.- Relación de items que muestran sensibilidad media-baja ( $30 \leq s < 60\%$ ), para la muestra global, indicando sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

Item	Concepto	S(%)	E(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
F <sub>1</sub>	Tiene palpitaciones o taquicardias.	57	89	64	80	***
F <sub>2</sub>	Se ruboriza o se pone pálido.	48	86	64	77	***
F <sub>3</sub>	Le tiemblan las manos, pies, piernas o el cuerpo en general.	53	88	68	77	***
F <sub>4</sub>	Suda mucho.	46	83	57	75	***
F <sub>5</sub>	Sequedad de boca.	49	83	57	76	***
F <sub>6</sub>	Tiene gases.	56	69	47	76	***
F <sub>9</sub>	Orina con mucha frecuencia o de forma imperiosa	58	76	54	78	***
F <sub>12</sub>	Se nota como un nudo en el estómago o en la garganta, le cuesta tragar.	32	92	66	73	***
F <sub>13</sub>	Tiene vértigos, sensación de inestabilidad, desmayo, de que puede caerse.	43	86	60	75	***
F <sub>14</sub>	Le cuesta quedarse dormido por las noches.	43	71	43	74	***
F <sub>15</sub>	Tiene pesadillas.	35	91	67	34	***
F <sub>16</sub>	Tiene sueño durante el día y se queda dormido sin darse cuenta de día.	33	87	56	72	***
F <sub>18</sub>	Tiene ratos en que come excesivamente o cosas extrañas, incluso sin apetito.	38	82	52	73	***

Item	C o n c e p t o	S(%)	E(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
F <sub>19</sub>	Ha notado un menor interés por la sexualidad.	40	81	51	73	***
P <sub>1</sub>	Se nota inquieto, nervioso, desasosegado por dentro.	56	89	72	80	***
P <sub>13</sub>	Teme perder el autocontrol de si mismo y hacer daño a otras personas.	50	90	71	78	***
P <sub>14</sub>	Teme no controlarse y llegar a suicidarse.	32	95	78	74	***
P <sub>15</sub>	Está asustado o le da mucho miedo la muerte.	41	82	53	73	***
P <sub>16</sub>	Está asustado pensando que se está volviendo loco o que se puede volver loco.	52	91	75	79	***
P <sub>17</sub>	Tiene la sensación de que ocurrirá alguna desgracia, como un presentimiento.	37	92	91	74	***
P <sub>20</sub>	Es una persona recelosa, desconfiada.	49	82	58	79	***
Cd <sub>1</sub>	Está siempre alerta, como vigilando o en guardia	47	85	61	77	***
Cd <sub>5</sub>	Se mueve de un lado para otro, como agitado, sin motivo.	53	79	72	79	***
Cd <sub>6</sub>	Cambia mucho de postura, por ejemplo, cuando está sentado.	57	76	54	78	***
Cd <sub>9</sub>	Se nota más torpe en sus movimientos o más rígido	52	88	69	79	***
Cd <sub>12</sub>	Se muerde las uñas o los "padrastrós", se chupa el dedo o se lo frota.	32	79	43	70	***

Item	Concepto	S(%)	E(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
Cd <sub>13</sub>	Juega mucho con objetos, necesita tener algo entre las manos (bolígrafos, etc.)	36	79	46	71	***
Cd <sub>14</sub>	A veces se queda bloqueado, sin saber qué hacer o decir.	58	85	66	80	***
Cd <sub>16</sub>	Muchas veces tiene la frente fruncida.	41	82	53	73	***
Cd <sub>18</sub>	Tiene expresión de perplejidad, desagrado, displacer o preocupación.	55	85	65	79	***
Cd <sub>19</sub>	Le dicen que está inexpresivo, como con la cara "congelada".	34	85	80	74	***
Cg <sub>2</sub>	Piensa que tiene mala suerte y siempre la tendrá.	42	88	63	75	***
Cg <sub>3</sub>	Cree que no sirve para nada, que no sabe hacer nada correctamente.	36	92	70	74	***
Cg <sub>13</sub>	Hace juicios de valor sobre los demás, rígidos e intolerantes: inútil, odioso.	46	85	60	76	***
Cg <sub>16</sub>	Le resulta difícil terminar una conversación difícil o comprometida.	45	92	75	77	***
Cg <sub>17</sub>	Tiene o utiliza poco el sentido del humor ante situaciones de cierta tensión.	36	94	75	74	***
A <sub>2</sub>	Le cuesta mucho iniciar una conversación.	39	82	52	73	***
A <sub>3</sub>	Le resulta difícil presentarse a sí mismo en una reunión social.	52	79	55	77	***

Item	Concepto	S(%)	E(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
A <sub>4</sub>	Le cuesta mucho decir "no" o mostrarse en desacuerdo con algo.	44	76	48	73	***
A <sub>5</sub>	Intenta agradar a todo el mundo y siempre sigue la corriente general.	56	72	50	77	***
A <sub>6</sub>	Le resulta muy difícil hablar de temas generales o intrascendentes.	36	87	59	73	***
A <sub>7</sub>	Se comporta con mucha rigidez, sin naturalidad, en las reuniones sociales.	44	87	62	75	***
A <sub>9</sub>	Prefiere claramente la soledad antes que estar con desconocidos.	56	75	53	77	***
A <sub>10</sub>	Se nota muy pasivo o bloqueado en reuniones sociales.	64	80	62	82	***
A <sub>11</sub>	Le cuesta expresar a los demás sus verdaderas opiniones y sentimientos.	50	79	54	76	***
A <sub>12</sub>	Intenta dar en público una imagen de sí mismo distinta de la real.	41	88	64	75	***
A <sub>14</sub>	Se siente a menudo avergonzado ante los demás.	38	91	67	74	***
A <sub>15</sub>	Prefiere pasar totalmente desapercibido en las reuniones sociales.	55	81	59	78	***
A <sub>16</sub>	Le resulta difícil terminar una conversación difícil o comprometida.	44	87	63	76	***
A <sub>17</sub>	Tiene o utiliza poco el sentido del humor ante situaciones de cierta tensión.	48	80	55	75	***

Item	Concepto	S(%)	E(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
A <sub>19</sub>	Prefiere no discutir ni quejarse a pesar de estar seguro de tener razón.	47	83	58	76	***

S: Sensibilidad

E: Especificidad

VPP: Valor Predictivo Positivo

VPN: Valor Predictivo Negativo

SI: Significación; \*\*\*: nivel de significación  $p < 0,001$ .

\*\* : nivel de significación  $p < 0,01$

\* : nivel de significación  $p < 0,05$

Muestra: 299 individuos (EA+GCEP+GCENP).

Tabla nº43.- Relación de items que muestran sensibilidad baja ( $S < 30\%$ ), para la muestra global, indicando sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

Item	Concepto	S(%)	E(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
F <sub>6</sub>	Tiene "tics" (guiños o contracturas musculares automáticas).	24	95	72	71	***
F <sub>10</sub>	Tiene náuseas o vómitos	21	93	60	70	***
F <sub>17</sub>	Pasa temporadas sin apetito, ni querer comer casi nada.	29	92	65	72	***
F <sub>20</sub>	Ha notado un mayor interés por la sexualidad.	16	89	42	68	***
P <sub>7</sub>	A veces es preso de temores o tiene ataques de pánico.	29	97	82	73	***
Cd <sub>7</sub>	Gesticula mucho.	21	68			
Cd <sub>8</sub>	Le ha cambiado la voz o ha notado altibajos en sus tonos.	22	95	70	71	***
Cd <sub>10</sub>	Tiene más tensa la mandíbula.	27	93	65	72	***
Cd <sub>11</sub>	Tartamudea o cecea.	23	95	69	71	***
Cd <sub>17</sub>	Tiene los párpados contraidos o las cejas arqueadas hacia abajo.	20	95	66	70	***
Cg <sub>4</sub>	Los demás dicen que no justo en sus juicios y apreciaciones.	28	90	59	71	***

S: Sensibilidad  
 E: Especificidad  
 VPP: Valor Predictivo Positivo  
 VPN: Valor Predictivo Negativo  
 SI: Significación; \*\*\*: nivel de significación  $p < 0,001$ .  
 \*\*: nivel de significación  $p < 0,01$   
 \*: nivel de significación  $p < 0,05$

Tabla nº 44.- Relación de items que muestran especificidad muy alta ( $E \geq 90\%$ ), para la muestra global, indicando especificidad, sensibilidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

Item	Concepto	E(%)	S(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
F <sub>6</sub>	Tiene "tics" (guiños o contracturas musculares automáticas).	95	24	72	71	***
F <sub>7</sub>	Nota falta de aire, dificultad para respirar, opresión en la zona del pecho.	90	61	75	82	***
F <sub>10</sub>	Tiene náuseas o vómitos	93	21	60	70	***
F <sub>11</sub>	Tiene diarreas, descomposiciones intestinales	93	29	67	72	***
F <sub>12</sub>	Se nota como un nudo en el estómago o en la garganta, le cuesta tragar.	92	32	66	73	***
F <sub>15</sub>	Tiene pesadillas.	91	35	67	74	***
F <sub>17</sub>	Pasa temporadas sin apetito, ni querer comer casi nada.	92	29	65	72	***
P <sub>7</sub>	A veces es preso de temores o tiene ataques de pánico.	97	29	82	73	***
P <sub>13</sub>	Teme perder el autocontrol de si mismo y hacer daño a otras personas.	90	50	71	78	***
P <sub>14</sub>	Teme no controlarse y llegar a suicidarse.	95	32	78	74	***
P <sub>16</sub>	Está asustado pensando que se está volviendo loco o que se puede volver loco.	91	52	75	79	***

Item	C o n c e p t o	E(%)	S(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
P <sub>17</sub>	Tiene la sensación de que ocurrirá alguna desgracia, como un presentimiento.	92	37	71	74	***
Cd <sub>8</sub>	Le ha cambiado la voz o ha notado altibajos en sus tonos.	95	22	70	71	***
Cd <sub>10</sub>	Tiene más tensa la mandíbula.	93	27	65	72	***
Cd <sub>11</sub>	Tartamudea o cecea.	95	23	69	71	***
Cd <sub>17</sub>	Tiene los párpados contraídos o las cejas arqueadas hacia abajo.	95	20	66	70	***
Cd <sub>19</sub>	Le dicen que está inexpressivo, como con la cara "congelada".	96	34	80	74	***
Cg <sub>3</sub>	Cree que no sirve para nada, que no sabe hacer nada correctamente.	92	36	70	74	***
Cg <sub>4</sub>	Los demás dicen que no justo en sus juicios y apreciaciones.	90	28	59	71	***
Cg <sub>16</sub>	Un pequeño detalle que sale mal le sirve para decir que todo es caótico.	92	45	75	77	***
Cg <sub>17</sub>	Piensa que su vida no merecido la pena, que todo ha sido injusticias o dolor.	94	36	75	74	***
A <sub>14</sub>	Se siente a menudo avergonzado ante los demás.	91	38	67	74	***

S: Sensibilidad  
 E: Especificidad  
 VPP: Valor Predictivo Positivo  
 VPN: Valor Predictivo Negativo  
 SI: Significación;   \*\*\*: nivel de significación  $p < 0,001$ .  
                           \*\*: nivel de significación  $p < 0,01$   
                           \*: nivel de significación  $p < 0,05$

Muestra: 299 individuos; (EA+GCEP+GCNP).

Tabla nº44.- Relación de items que muestran especificidad alta (80% ≤ E < 90%), para la muestra global, indicando especificidad, sensibilidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

Item	Concepto	E(%)	S(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
F <sub>1</sub>	Tiene palpitaciones o taquicardias.	84	57	64	80	***
F <sub>2</sub>	Se ruboriza o se pone pálido.	86	48	64	77	***
F <sub>3</sub>	Le tiemblan las manos, pies, piernas o el cuerpo en general.	88	53	68	77	***
F <sub>4</sub>	Suda mucho.	83	46	57	76	***
F <sub>5</sub>	Se le seca la boca.	83	49	59	77	***
F <sub>13</sub>	Tiene vértigos.	86	43	60	75	***
F <sub>16</sub>	Tiene sueño durante el día y se queda dormido sin darse cuenta de día.	87	33	56	72	***
F <sub>18</sub>	Tiene ratos en que come excesivamente o cosas extrañas, incluso sin apetito.	82	38	52	73	***
F <sub>19</sub>	Ha notado un menor interés por la sexualidad.	81	40	51	73	***
F <sub>20</sub>	Ha notado un mayor interés por la sexualidad.	89	16	42	68	***
P <sub>2</sub>	Se siente amenazado, incluso sin saber por qué.	89	49	47	93	***
P <sub>3</sub>	Tiene la sensación de estar luchando continuamente.	83	62	65	81	***
P <sub>5</sub>	Tiene fobias.	81	61	62	81	***

Item	Concepto	E(%)	S(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
P <sub>6</sub>	Tiene miedos difusos, es decir, sin saber bien a qué.	88	52	68	78	***
P <sub>11</sub>	Se nota distinto, como si estuviese perdiendo su propia identidad.	89	62	74	82	***
P <sub>15</sub>	Está asustado o le da mucho miedo la muerte.	82	41	53	73	***
P <sub>18</sub>	Se nota muy cansado, sin interés ni ganas de hacer nada.	82	78	69	88	***
P <sub>20</sub>	Es una persona recelosa, desconfiada.	82	49	58	79	***
Cd <sub>1</sub>	Está siempre alerta, como vigilando o en guardia	85	47	61	77	***
Cd <sub>9</sub>	Se nota más torpe en sus movimientos o más rígido	88	52	69	79	***
Cd <sub>14</sub>	A veces se queda bloqueado, sin saber qué hacer o decir.	85	58	66	80	***
Cd <sub>15</sub>	Le cuesta mucho o no está dispuesto a realizar una actividad intensa.	81	70	65	84	***
Cd <sub>16</sub>	Muchas veces tiene la frente fruncida.	82	41	53	73	***
Cd <sub>18</sub>	Tiene expresión de perplejidad, desagrado, displacer o preocupación.	85	55	65	79	***
Cg <sub>2</sub>	Piensa que tiene mala suerte y siempre la tendrá.	88	42	63	75	***
Cg <sub>11</sub>	Todo le afecta negativamente, cualquier detalle o noticia.	88	61	72	82	***

Item	Concepto	E(%)	S(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
Cg <sub>13</sub>	Hace juicios de valor sobre los demás, rígidos e intolerantes: inútil, odioso.	85	46	60	76	***
Cg <sub>15</sub>	Le cuesta pensar, nota un cierto bloqueo intelectual.	81	65	63	82	***
Cg <sub>19</sub>	Piensa en lo que haría en una situación difícil y cree que no podría superarla.	86	64	70	83	***
Cg <sub>20</sub>	Cree que su única solución es un cambio verdaderamente profundo o que es inútil.	83	62	65	81	***
A <sub>2</sub>	Le cuesta mucho iniciar una conversación.	82	39	52	73	***
A <sub>7</sub>	Se comporta con mucha rigidez, sin naturalidad, en las reuniones sociales.	87	44	62	75	***
A <sub>10</sub>	Se nota muy pasivo o bloqueado en reuniones sociales.	80	64	62	82	***
A <sub>12</sub>	Intenta dar en público una imagen de sí mismo distinta de la real.	88	41	64	75	***
A <sub>15</sub>	Prefiere pasar totalmente desapercibido en las reuniones sociales.	81	55	59	78	***
A <sub>16</sub>	Le resulta difícil terminar una conversación difícil o comprometida.	87	44	63	76	***
A <sub>17</sub>	Tiene o utiliza poco el sentido del humor ante situaciones de cierta tensión.	80	48	55	75	***

Item	Concepto	E(%)	S(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
A <sub>19</sub>	Prefiere no discutir ni quejarse a pesar de estar seguro de tener razón.	83	47	58	76	***

S: Sensibilidad

E: Especificidad

VPP: Valor Predictivo Positivo

VPN: Valor Predictivo Negativo

Muestra: 299 individuos; (EA+GCEP+GCNP).

Tabla nº 45.- Relación de items que muestran especificidad muy alta ( $\geq 90\%$ ) para el grupo de enfermos con ansiedad y el grupo control de enfermos no psíquicos, indicando sensibilidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

Item	C o n c e p t o	E(%)	S(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
F <sub>3</sub>	Le tiemblan las manos, pies, piernas o el cuerpo en general.	95	53	91	67	***
F <sub>6</sub>	Tiene "tics".	98	24	92	56	***
F <sub>7</sub>	Nota falta de aire, dificultad para respirar, opresión en la zona del pecho.	92	61	88	70	***
F <sub>10</sub>	Tiene náuseas o vómitos	97	21	87	55	***
F <sub>11</sub>	Tiene diarreas, descomposiciones intestinales	96	26	87	57	***
F <sub>12</sub>	Se nota como un nudo en el estómago o en la garganta, le cuesta tragar.	92	32	80	57	***
F <sub>15</sub>	Tiene pesadillas.	92	35	81	58	***
F <sub>16</sub>	Tiene sueño durante el día y se queda dormido sin darse cuenta de día.	90	33	76	57	***
F <sub>17</sub>	Pasa temporadas sin apetito, ni querer comer casi nada.	92	29	78	56	***
F <sub>20</sub>	Ha notado un mayor interés por la sexualidad.	93	16	69	52	***
P <sub>2</sub>	Se siente amenazado, incluso sin saber por qué.	93	56	88	68	***
P <sub>3</sub>	Tiene la sensación de estar luchando continuamente.	95	62	92	71	***

Item	Concepto	E(%)	S(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
P <sub>6</sub>	Tiene miedos difusos, es decir, sin saber bien a qué.	94	52	89	66	***
P <sub>7</sub>	A veces es preso de temores o tiene ataques de pánico.	98	29	93	58	***
P <sub>8</sub>	Se nota muy inseguro de sí mismo.	90	75	88	78	***
P <sub>10</sub>	Nota una cierta sensación de vacío interior.	93	72	91	77	***
P <sub>11</sub>	Se nota distinto, como si estuviese perdiendo su propia identidad.	97	62	95	72	***
P <sub>13</sub>	Teme perder el autocontrol de sí mismo y hacer daño a otras personas.	95	50	90	65	***
P <sub>14</sub>	Teme no controlarse y llegar a suicidarse.	99	32	96	59	***
P <sub>16</sub>	Está asustado pensando que se está volviendo loco o que se puede volver loco.	98	52	96	67	***
P <sub>17</sub>	Tiene la sensación de que ocurrirá alguna desgracia, como un presentimiento.	90	37	78	59	***
P <sub>18</sub>	Se nota muy cansado, sin interés ni ganas de hacer nada.	93	78	91	81	***
Cd <sub>3</sub>	Rinde menos en sus actividades habituales.	92	79	90	82	***
Cd <sub>4</sub>	Le resulta difícil o penoso realizar sus actividades habituales.	90	79	88	81	***
Cd <sub>5</sub>	Cambia mucho de postura, por ejemplo, cuando está sentado.	96	53	92	67	***

Item	C o n c e p t o	E(%)	S(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
Cd <sub>8</sub>	Le ha cambiado la voz o ha notado altibajos en sus tonos.	97	22	88	55	***
Cd <sub>10</sub>	Tiene más tensa la mandíbula.	93	27	79	56	***
Cd <sub>11</sub>	Tartamudea o cecea.	94	23	74	55	***
Cd <sub>17</sub>	Tiene los párpados contraidos o las cejas arqueadas hacia abajo.	95	20	80	54	***
Cd <sub>18</sub>	Tiene expresión de perplejidad, desagrado, displacer o preocupación.	93	55	88	67	***
Cd <sub>19</sub>	Le dicen que está inexpressivo, como con la cara "congelada".	99	34	97	60	***
Cg <sub>2</sub>	Piensa que tiene mala suerte y siempre la tendrá.	91	42	82	61	***
Cg <sub>3</sub>	Cree que no sirve para nada, que no sabe hacer nada correctamente.	93	36	83	59	***
Cg <sub>4</sub>	Los demás dicen que no justo en sus juicios y apreciaciones.	95	28	84	57	***
Cg <sub>11</sub>	Todo le afecta negativamente, cualquier detalle o noticia.	94	61	91	71	***
Cg <sub>13</sub>	Hace juicios de valor sobre los demás, rígidos e intolerantes: inútil, odioso.	92	46	85	63	***
Cg <sub>16</sub>	Un pequeño detalle que sale mal le sirve para decir que todo es caótico.	92	45	84	63	***
Cg <sub>17</sub>	Piensa que su vida no ha merecido la pena.	93	36	85	59	***

Item	Concepto	E(%)	S(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
Cg <sub>20</sub>	Cree que su única solución es un cambio verdaderamente profundo o que es inútil.	92	62	88	71	***
A <sub>6</sub>	Le resulta muy difícil hablar de temas generales o intrascendentes.	90	36	78	58	***
A <sub>7</sub>	Se comporta con mucha rigidez, sin naturalidad, en las reuniones sociales.	92	44	84	62	***
A <sub>12</sub>	Intenta dar en público una imagen de sí mismo distinta de la real.	91	41	82	61	***
A <sub>14</sub>	Se siente a menudo avergonzado ante los demás.	92	38	82	60	***

S: Sensibilidad

E: Especificidad

VPP: Valor Predictivo Positivo

VPN: Valor Predictivo Negativo

SI: Significación; \*\*\*: nivel de significación  $p < 0,001$ .

\*\* : nivel de significación  $p < 0,01$

Muestra: 199 individuos; (EA+CGNP).

Tabla nº 46.- Relación de items que muestran especificidad alta (80% ≤ E < 90%), para el grupo de enfermos con ansiedad y el grupo control de enfermos no psíquicos, indicando especificidad, sensibilidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

Item	Concepto	E(%)	S(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
F <sub>1</sub>	Tiene palpitaciones o taquicardias.	89	57	83	67	***
F <sub>2</sub>	Se ruboriza o se pone pálido.	89	48	81	63	***
F <sub>4</sub>	Suda mucho.	86	46	76	61	***
F <sub>5</sub>	Se le seca la boca.	98	49	80	63	***
F <sub>13</sub>	Tiene vértigos, sensación de inestabilidad, desmayo, de que puede caerse.	87	43	76	60	***
F <sub>18</sub>	Tiene ratos en que come excesivamente o cosas extrañas, incluso sin apetito.	86	38	73	58	**
F <sub>19</sub>	Ha notado un menor interés por la sexualidad.	89	40	78	60	***
P <sub>4</sub>	Tiene ganas de huir, de marcharse a otro lugar, de viajar a un sitio lejano.	89	61	84	70	***
P <sub>9</sub>	A veces se siente inferior a los demás.	81	68	78	72	***
P <sub>15</sub>	Está asustado o le da mucho miedo la muerte.	83	41	70	58	***
P <sub>19</sub>	Le cuesta mucho tomar una decisión.	82	87	82	87	***
P <sub>20</sub>	Es una persona recelosa, desconfiada.	89	49	81	64	***

Item	Concepto	E(%)	S(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
Cd <sub>1</sub>	Está siempre como vigilando o en guardia.	88	47	79	63	***
Cd <sub>2</sub>	Está irritable, excitable, responde exageradamente a los estímulos externos.	84	83	83	84	***
Cd <sub>7</sub>	Gesticula mucho.	86	31	68	55	***
Cd <sub>9</sub>	Se nota más torpe en sus movimientos o más rígido	88	52	81	65	***
Cd <sub>14</sub>	A veces se queda bloqueado, sin saber qué hacer o decir.	87	58	81	67	***
Cd <sub>15</sub>	Le cuesta mucho o no está dispuesto a realizar una actividad intensa.	88	70	85	75	***
Cd <sub>16</sub>	Muchas veces tiene la frente fruncida.	82	41	69	58	***
Cg <sub>1</sub>	Le inquieta el futuro, lo ve todo negro, difícil, de forma pesimista.	82	66	78	71	***
Cg <sub>6</sub>	Nota como si le fallase la memoria, le cuesta recordar cosas recientes.	81	67	77	71	***
Cg <sub>8</sub>	Está muy despistado.	83	60	77	68	***
Cg <sub>12</sub>	Utiliza términos extremos: inútil, imposible, nunca, jamás, siempre, etc	84	61	79	68	***
Cg <sub>14</sub>	Se acuerda más de lo negativo que de lo positivo	80	65	76	70	***
Cg <sub>15</sub>	Le cuesta pensar, nota un cierto bloqueo intelectual.	88	65	84	72	***
Cg <sub>19</sub>	Piensa en lo que haría en una situación difícil y cree que no podría superarla.	89	64	85	71	***

Item	Concepto	E(%)	S(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
A <sub>3</sub>	Le resulta difícil presentarse a sí mismo en una reunión social.	81	52	73	63	***
A <sub>10</sub>	Se nota muy pasivo o bloqueado en reuniones sociales.	83	64	79	70	***
A <sub>11</sub>	Le cuesta expresar a los demás sus verdaderas opiniones y sentimientos.	81	50	72	62	***
A <sub>13</sub>	Está muy pendiente de lo que los demás puedan opinar de usted.	80	67	77	71	***
A <sub>15</sub>	Prefiere pasar totalmente desapercibido en las reuniones sociales.	83	55	76	65	***
A <sub>16</sub>	Le resulta difícil terminar una conversación difícil o comprometida.	88	44	78	61	***
A <sub>17</sub>	Tiene o utiliza poco el sentido del humor ante situaciones de cierta tensión.	86	48	77	62	***
A <sub>19</sub>	Prefiere no discutir ni quejarse a pesar de estar seguro de tener razón.	80	47	70	60	***

S: Sensibilidad

E: Especificidad

VPP: Valor Predictivo Positivo

VPN: Valor Predictivo Negativo

SI: Significación; \*\*\*: nivel de significación  $p < 0,001$ .

\*\* : nivel de significación  $p < 0,01$

Muestra: 199 individuos; (EA+CGNP).

Tabla nº 47.- Relación de items que muestran conjuntamente elevada ( $\leq 70\%$ ) la sensibilidad, la especificidad, y los valores predictivos positivo y negativo, para el grupo de enfermos con ansiedad y el grupo control.

Item	Concepto	E(%)	S(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
P <sub>1</sub>	Se nota inquieto, nervioso, desasosegado por dentro.	92	70	75	90	***
P <sub>2</sub>	Se nota muy inseguro de sí mismo.	75	90	88	78	***
P <sub>10</sub>	Nota una cierta sensación de vacío interior.	72	93	91	77	***
P <sub>12</sub>	Está triste, meditabundo, melancólico.	82	82	82	82	***
P <sub>18</sub>	Se nota muy cansado, sin interés ni ganas de hacer nada.	93	78	91	81	***
P <sub>19</sub>	Le cuesta mucho tomar una decisión.	87	82	82	87	***
Cd → C <sub>2</sub>	Está irritable, excitable, responde exageradamente a los estímulos externos.	83	84	83	84	***
Cd <sub>3</sub>	Rinde menos en sus actividades habituales.	79	92	90	82	***
Cd <sub>4</sub>	Le resulta difícil o penoso realizar sus actividades habituales.	79	90	88	81	
Cd <sub>15</sub>	Le cuesta mucho o no está dispuesto a realizar una actividad intensa.	70	88	85	75	
Cg <sub>18</sub>	Pensar en algo angustioso le conduce a pensamientos más angustiosos todavía.	86	76	84	78	***

S: Sensibilidad

E: Especificidad

VPP: Valor Predictivo Positivo

VPN: Valor Predictivo Negativo

SI: Significación; \*\*\*: nivel de significación  $p < 0,001$ .

Muestra: 199 individuos (EA+GCNEP).

Tabla nº 48 .- Relación de items que muestran especificidad muy alta ( $E \geq 90\%$ ), para el grupo de enfermos con ansiedad y el grupo de enfermos psíquicos sin ansiedad, indicando especificidad, sensibilidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

Item	Concepto	E(%)	S(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
F <sub>6</sub>	Tiene "tics".	93	24	55	77	***
F <sub>11</sub>	Tiene diarreas, descomposiciones intestinales	90	29	74	56	***
F <sub>12</sub>	Se nota como un nudo en el estómago o en la garganta, le cuesta tragar.	92	32	80	57	***
F <sub>15</sub>	Tiene pesadillas.	92	35	79	58	***
F <sub>17</sub>	Pasa temporadas sin apetito, ni querer comer casi nada.	93	29	80	57	***
P <sub>7</sub>	A veces es preso de temores o tiene ataques de pánico.	96	29	87	57	***
P <sub>14</sub>	Teme no controlarse y llegar a suicidarse.	92	32	80	57	***
P <sub>17</sub>	Tiene la sensación de que ocurrirá alguna desgracia, como un presentimiento.	95	37	88	60	***
Cd <sub>a</sub>	Le ha cambiado la voz o ha notado altibajos en sus tonos.	94	22	78	54	**
Cd <sub>10</sub>	Tiene más tensa la mandíbula.	93	27	79	56	***
Cd <sub>11</sub>	Tartamudea o cecea.	96	23	85	55	***
Cd <sub>17</sub>	Tiene los párpados contraídos o las cejas arqueadas hacia abajo.	95	20	80	54	***

Item	Concepto	E(%)	S(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
Cd <sub>19</sub>	Le dicen que está inexpressivo, como con la cara "congelada".	93	34	82	58	***
Cg <sub>3</sub>	Cree que no sirve para nada, que no sabe hacer nada correctamente.	92	36	81	59	***

S: Sensibilidad.

E: Especificidad.

VPP: Valor Predictivo Positivo.

VPN: Valor Predictivo Negativo.

SI: Significación; \*\*\*: nivel de significación  $p \leq 0,001$ .

\*\* : nivel de significación  $p \leq 0,01$ .

\* : nivel de significación  $p \leq 0,05$ .

N.S.: no significativo.

Muestra: 199 individuos (EA+GCEP).

Tabla nº49 .- Relación de items que muestran especificidad alta ( $80 \leq E < 90$ ), para el grupo de enfermos con ansiedad y el grupo de enfermos psíquicos sin ansiedad, indicando especificidad, sensibilidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

Item	Concepto	E(%)	S(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
F <sub>2</sub>	Se ruboriza o se pone pálido.	84	48	75	62	***
F <sub>3</sub>	Le tiemblan las manos, pies, piernas o el cuerpo en general.	81	53	63	73	***
F <sub>5</sub>	Se le seca la boca.	80	46	69	60	***
F <sub>7</sub>	Nota falta de aire, dificultad para respirar, opresión en la zona del pecho.	88	61	83	69	***
F <sub>10</sub>	Tiene náuseas o vómitos	89	21	65	53	0,04
F <sub>13</sub>	Tiene vértigos, sensación de inestabilidad, desmayo, de que puede caerse.	85	43	74	60	***
F <sub>16</sub>	Tiene sueño durante el día y se queda dormido sin darse cuenta de día.	85	33	68	56	**
F <sub>20</sub>	Ha notado un mayor interés por la sexualidad.	85	16	51	50	NS
P <sub>1</sub>	Se nota inquieto, nervioso, desasosegado por dentro.	86	56	80	66	***
P <sub>6</sub>	Tiene miedos difusos, es decir, sin saber bien a qué.	82	52	74	63	***
P <sub>11</sub>	Se nota distinto, como si estuviese perdiendo su propia identidad.	82	62	77	67	***

Item	Concepto	E(%)	S(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
P <sub>13</sub>	Teme perder el autocontrol de si mismo y hacer daño a otras personas.	85	50	76	63	***
P <sub>15</sub>	Está asustado o le da mucho miedo la muerte.	81	41	68	58	***
P <sub>16</sub>	Está asustado pensando que se está volviendo loco o que se puede volver loco.	85	52	77	64	***
Cd <sub>1</sub>	Está siempre como vigilando o en guardia.	83	47	73	61	***
Cd <sub>5</sub>	Se mueve de un lado para otro, como agitado, sin motivo.	84	53	76	64	***
Cd <sub>7</sub>	Gesticula mucho.	89	31	73	56	***
Cd <sub>9</sub>	Se nota más torpe en sus movimientos o más rígido	89	52	82	62	***
Cd <sub>12</sub>	Se muerde las uñas o los "padrastrós", se chupa el dedo o se lo frota.	84	32	66	55	**
Cd <sub>13</sub>	Juega mucho con objetos, necesita tener algo entre las manos.	81	36	65	56	**
Cd <sub>14</sub>	A veces se queda bloqueado, sin saber qué hacer o decir.	84	58	78	67	***
Cd <sub>16</sub>	Muchas veces tiene la frente fruncida.	82	41	69	58	***
Cg <sub>2</sub>	Piensa que tiene mala suerte y siempre la tendrá.	85	42	73	59	***

Item	Concepto	E(%)	S(%)	VPP(%)	VPN(%)	SI
Cg <sub>4</sub>	Los demás dicen que no justo en sus juicios y apreciaciones.	86	28	66	54	***

S: Sensibilidad

E: Especificidad

PVP: Valor Predictivo Positivo

PVN: Valor Predictivo Negativo

SI: Significación; \*\*\*: nivel de significación  $p \leq 0,001$ .

\*\* : nivel de significación  $p \leq 0,01$

\* : nivel de significación  $p \leq 0,05$

N.S.: no significativo.

Muestra: 199 individuos (EA+GCEP).

En las tablas nº 42 y nº 43 se agrupan aquellos que muestran una sensibilidad media-baja ( $30\% \leq S < 60\%$ ) y baja ( $S < 30\%$ ) respectivamente cuando se considera la muestra global. Respecto a los 53 items encuadrados en sensibilidad media-baja, el mayor número de ellos pertenecen a la dimensión asertiva, con 15 casos, seguida de la dimensión física con catorce items. Un menor número de items figuran dentro del grupo de baja sensibilidad ( $S < 30\%$ ), con únicamente once casos, que en su mayoría corresponde a la dimensión conductual (5) o a la física (4).

Para el análisis de la especificidad se han confeccionado asimismo, diversas tablas que consideran la muestra total y también la muestra de enfermos con ansiedad con las otras dos muestras parciales.

La tabla nº 44 agrupa los items de especificidad muy alta ( $E > 90\%$ ) para la muestra global, algunos de los cuales se muestran de manera especialmente elevada ( $E > 95\%$ ), este es el caso de  $F_6$  (tiene tics),  $P_7$  (presa de temores o ataques de pánico),  $Cd_{19}$  (inexpresivo, con la cara "congelada"). De los 22 items incluidos aquí, la mayoría pertenecen a la dimensión Física (7), mientras que la dimensión asertiva sólo está incluida con un item ( $A_{14}$ ).

Los items con especificidad alta ( $80\% \leq E < 90\%$ ) son numerosos (38), siendo la dimensión física (8) y asertiva (8) las incluidas en mayor proporción, aunque todas las dimensiones se encuentran bien representadas. De forma general se

corresponde con valores relativamente altos para el valor predictivo negativo, aunque en ciertos casos también muestra un valor elevado para el valor predictivo positivo, como en el caso de  $P_{11}$ ,  $Cg_{11}$  y  $Cg_{19}$ .

En la tabla nº 45 se recogen los items de especificidad muy alta, considerando el grupo de enfermos con ansiedad y el grupo control, encontrándose 43 items dentro de esta relación, algunos de ellos con valores muy elevados como ocurre con  $P_7$  (98%),  $P_{11}$  (97%),  $P_{14}$  (99%),  $Cd_8$  (97%) y  $Cd_{18}$  (99%). Asimismo en la tabla nº 46 se agrupan aquellos items de especificidad alta ( $80\% \leq E < 90\%$ ).

Un grupo de 11 items muestra paralelamente una elevada especificidad y una alta sensibilidad (tabla nº 47), perteneciendo fundamentalmente a la dimensión psíquica (6 casos) y a la dimensión conductual (cuatro casos). Adicionalmente poseen también valores altos para VPP y VPN.

Cuando se analiza la especificidad para el grupo de enfermos con ansiedad y el de enfermos psíquicos sin ansiedad (tablas nº 48 y nº 49) se encuentran catorce items con valores muy elevados y veinticuatro con valores altos. En ambos casos pertenecen fundamentalmente a la dimensión física y conductual.

### 5.2.1.B.-Análisis de las medias.

La comparación de un conjunto de muestras independientes, en bloque, se realiza mediante la aplicación del test de Kruskal-Vallis. La prueba determina si las muestras difieren de una manera estadísticamente significativa. En cuyo caso no se acepta la hipótesis nula de homogeneidad, por lo cual las muestras serían diferentes con una seguridad conocida (Carrasco, 1989).

Se establecen tres niveles de discriminación. En el primero se sitúan los ítems significativos, pero que no discriminan entre la submuestra de Enfermos con ansiedad, el grupo control de enfermos psíquicos y el grupo control de enfermos no psíquicos, para un nivel de confianza  $P < 0,05$ . Los otros dos niveles corresponden por un lado a los ítems significativos, con un nivel de significación  $P \leq 0,01$ , estos ítems discriminan entre los pacientes con ansiedad y entre los pacientes no ansiosos, pero sin embargo son poco discriminativos entre los dos grupos controles. Por otro lado definimos los ítems muy significativos, con un nivel de significación  $P \leq 0,001$ , los cuales discriminan entre los tres grupos de pacientes.

En la tabla nº 50 presentamos los ítems agrupados en función a la dimensión a la que pertenecen. La gran mayoría tienen un alto poder discriminativo entre los tres grupos de pacientes estudiados, Enfermos con ansiedad, Enfermos psiquiátricos no ansiosos y enfermos no psiquiátricos.

Tabla nº 50.- Análisis de los medios de los rangos para cada uno de los items.

Dimensión I, (Síntomas Físicos).

Media de rangos.

Item	EA nº 1 99	GCEP nº 2 100	GCNP nº 3 100	P	Valoración
F <sub>1</sub>	191,68	140,01	117,14	***	S
F <sub>2</sub>	194,18	133,53	122,73	***	S
F <sub>3</sub>	200,78	136,13	113,60	***	S
F <sub>4</sub>	184,67	136,18	129,49	***	S
F <sub>5</sub>	191,60	136,95	121,86	***	S
F <sub>6</sub>	175,56	143,07	131,62	**	SVC
F <sub>7</sub>	211,99	125,98	112,64	***	S
F <sub>8</sub>	183,19	143,39	123,75	***	S
F <sub>9</sub>	187,70	134,13	128,55	***	S
F <sub>10</sub>	169,22	147,77	133,21	*	SVC
F <sub>11</sub>	171,53	144,96	133,73	**	SVC
F <sub>12</sub>	185,96	135,81	128,59	***	S
F <sub>13</sub>	193,35	129,35	127,72	***	S
F <sub>14</sub>	167,69	147,62	134,87	*	SVC
F <sub>15</sub>	176,59	142,27	131,40	***	S
F <sub>16</sub>	176,36	141,16	132,74	***	S
F <sub>17</sub>	174,91	139,59	135,75	**	SVC
F <sub>18</sub>	173,37	141,38	135,48	**	SVC
F <sub>19</sub>	175,35	149,83	125,07	***	S
F <sub>20</sub>	156,55	152,60	140,91	NS	N

Dimensión II (Síntomas Psíquicos).

Media de rangos.

Item	EA nº 1 99	GCEP nº 2 100	GCNP nº 3 100	P	Valoración
P <sub>1</sub>	215,92	152,24	82,50	***	S
P <sub>2</sub>	195,24	133,96	121,26	***	S
P <sub>3</sub>	201,82	141,55	107,14	***	S
P <sub>4</sub>	196,60	128,99	124,88	***	S
P <sub>5</sub>	201,20	133,37	115,94	***	S
P <sub>6</sub>	198,72	131,93	119,83	***	S
P <sub>7</sub>	179,35	139,03	131,72	***	S
P <sub>8</sub>	217,58	135,91	97,18	***	S
P <sub>9</sub>	201,66	131,59	117,27	***	S
P <sub>10</sub>	204,56	147,80	98,18	***	S
P <sub>11</sub>	211,59	132,47	106,56	***	S
P <sub>12</sub>	215,34	136,18	99,13	***	S
P <sub>13</sub>	195,06	138,07	117,32	***	S
P <sub>14</sub>	185,27	139,58	125,50	***	S
P <sub>15</sub>	171,49	145,01	133,71	**	SVC
P <sub>16</sub>	201,26	135,44	113,82	***	S
P <sub>17</sub>	185,85	128,48	136,03	***	S
P <sub>18</sub>	219,37	132,05	99,27	***	S
P <sub>19</sub>	220,47	124,98	105,25	***	S
P <sub>20</sub>	190,27	138,96	121,17	***	S

Dimensión III (Síntomas Conductuales).

Media de rangos.

Item	EA nº 1 99	GCEP nº 2 100	GCNP nº 3 100	P	Valoración
Cd <sub>1</sub>	196,35	136,60	117,51	***	S
Cd <sub>2</sub>	214,48	139,15	97,01	***	S
Cd <sub>3</sub>	214,72	140,83	95,10	***	S
Cd <sub>4</sub>	215,04	141,97	93,64	***	S
Cd <sub>5</sub>	196,20	135,39	118,87	***	S
Cd <sub>6</sub>	188,95	132,01	129,43	***	S
Cd <sub>7</sub>	167,61	136,01	146,55	*	SVC
Cd <sub>8</sub>	179,89	137,90	132,51	**	SVC
Cd <sub>9</sub>	197,93	123,49	129,06	***	S
Cd <sub>10</sub>	174,11	139,43	136,70	**	SVC
Cd <sub>11</sub>	174,47	133,65	142,13	**	SVC
Cd <sub>12</sub>	164,27	135,23	150,65	*	SVC
Cd <sub>13</sub>	167,25	132,63	150,29	*	SVC
Cd <sub>14</sub>	204,29	122,13	124,13	***	S
Cd <sub>15</sub>	207,24	129,57	113,77	***	S
Cd <sub>16</sub>	176,62	132,80	140,85	**	SVC
Cd <sub>17</sub>	172,39	137,08	140,75	**	SVC
Cd <sub>18</sub>	203,48	135,31	111,75	***	S
Cd <sub>19</sub>	193,70	134,35	122,38	***	S
Cd <sub>20</sub>	186,02	134,76	129,58	***	S

Dimensión IV (Síntomas Cognitivos).

Media de rangos.

Item	EA nº 1 99	GCEP nº 2 100	GCNP nº 3 100	P	Valoración
Cg <sub>1</sub>	99,04	141,57	109,88	***	S
Cg <sub>2</sub>	150,44	139,71	130,15	**	SVC
Cg <sub>3</sub>	187,09	132,20	131,08	***	S
Cg <sub>4</sub>	183,49	144,09	122,75	***	S
Cg <sub>5</sub>	209,16	134,34	107,10	***	S
Cg <sub>6</sub>	203,42	122,85	124,26	***	S
Cg <sub>7</sub>	199,98	117,44	133,08	***	S
Cg <sub>8</sub>	201,65	120,40	128,46	***	S
Cg <sub>9</sub>	206,63	131,50	112,43	***	S
Cg <sub>10</sub>	214,99	139,16	96,50	***	S
Cg <sub>11</sub>	212,29	127,90	110,43	***	S
Cg <sub>12</sub>	195,23	130,79	124,44	***	S
Cg <sub>13</sub>	183,57	137,13	129,63	***	S
Cg <sub>14</sub>	199,12	138,35	113,02	***	S
Cg <sub>15</sub>	204,21	128,21	118,12	***	S
Cg <sub>16</sub>	206,14	120,89	123,54	***	S
Cg <sub>17</sub>	188,67	128,76	132,95	***	S
Cg <sub>18</sub>	213,35	131,87	105,41	***	S
Cg <sub>19</sub>	204,06	131,33	115,15	***	S
Cg <sub>20</sub>	199,75	139,57	109,58	***	S

Dimensión V (Síntomas Asertivos).

Media de rangos.

Item	EA nº 1 99	GCEP nº 2 100	GCNP nº 3 100	P	Valoración
A <sub>1</sub>	190,42	124,23	135,75	***	S
A <sub>2</sub>	179,87	134,76	135,67	**	SVC
A <sub>3</sub>	188,41	129,38	132,58	***	S
A <sub>4</sub>	182,66	136,16	131,51	***	S
A <sub>5</sub>	179,55	132,50	138,24	**	SVC
A <sub>6</sub>	182,66	134,16	133,32	***	S
A <sub>7</sub>	184,76	140,52	125,06	***	S
A <sub>8</sub>	194,95	126,38	129,12	***	S
A <sub>9</sub>	189,96	127,74	132,70	***	S
A <sub>10</sub>	200,27	125,54	124,69	***	S
A <sub>11</sub>	179,49	134,14	136,66	**	SVC
A <sub>12</sub>	190,08	135,96	124,37	***	S
A <sub>13</sub>	201,41	130,63	118,47	***	S
A <sub>14</sub>	189,23	134,04	127,13	***	S
A <sub>15</sub>	193,06	128,18	129,19	***	S
A <sub>16</sub>	191,66	122,61	136,14	***	S
A <sub>17</sub>	182,32	140,24	127,77	***	S
A <sub>18</sub>	197,71	131,03	121,74	***	S
A <sub>19</sub>	184,94	127,63	137,78	***	S
A <sub>20</sub>	190,23	126,51	131,94	***	S

S: Significativo  $P \leq 0,001$ . Con valor clínico.

SVC: Sin valor clínico.

Tan sólo un ítem, de los cien analizados, el número veinte de la dimensión física (ha notado un mayor interés por la sexualidad) no muestra diferencias significativas y por tanto resulta ser homogéneo.

Adicionalmente, existe un grupo de cinco ítems, que discriminan poco entre las tres submuestras, aunque resultaron con diferencias significativas entre las medias de los rangos al nivel de  $P \leq 0,05$ . Como consecuencia de ello, se valoran como ítem sin valor clínico. Se trata de los siguientes ítems:  $F_{10}$ ,  $F_{14}$ ,  $Cd_7$ ,  $Cd_{12}$  y  $Cd_{13}$ .

También es preciso indicar aquellos ítems que aunque alcanzan el nivel de significación  $P \leq 0,01$ , únicamente discriminan entre la muestra de enfermos con ansiedad y el grupo control de enfermos psíquicos sin ansiedad así como entre los enfermos con ansiedad y el grupo control de enfermos no psíquicos; sin embargo no discriminan entre ambos grupos controles. Nos referimos a los siguientes ítems: En la dimensión Física,  $F_6$ ,  $F_{11}$ ,  $F_{17}$  y  $F_{18}$ . En la Psíquica,  $P_{15}$ . En la Conductual,  $Cd_8$ ,  $Cd_{10}$ ,  $Cd_{11}$ ,  $Cd_{16}$  y  $Cd_{17}$ . En la Cognitiva,  $Cg_2$  y en la Asertiva,  $A_2$ ,  $A_3$  y  $A_{11}$ .

Desde el punto de vista del análisis de la validez del contenido, existen 19 ítems que no discriminan entre las tres submuestras utilizadas, es decir un 19%. De los cuales 14 (14%) sí resultan capaces de discriminar entre EA y GC o entre EA y GCEP. A continuación se indican aquellos ítems que no muestran validez clínica.

### Item no discriminativo

F<sub>20</sub>: Ha notado un mayor interés por la sexualidad.

### Items poco discriminativos

F<sub>10</sub>: Tiene náuseas o vómitos.

F<sub>14</sub>: Le cuesta quedarse dormido por las noches.

Cd<sub>7</sub>: Gesticula mucho.

Cd<sub>12</sub>: Se muerde las uñas o los padrastrós, se chupa el dedo o se lo frota.

Cd<sub>13</sub>: Juega mucho con objetos, necesita tener algo entre las manos.

Por otro lado existen 81 items, que poseen alta significación  $P \leq 0,001$  y son capaces de discriminar entre las distintas submuestras utilizadas. Se trata de los siguientes:

En la dimensión Física, F<sub>1</sub>, F<sub>2</sub>, F<sub>3</sub>, F<sub>4</sub>, F<sub>5</sub>, F<sub>7</sub>, F<sub>8</sub>, F<sub>9</sub>, F<sub>12</sub>, F<sub>13</sub>, F<sub>15</sub>, F<sub>16</sub> y F<sub>19</sub>.

En la dimensión Psíquica, P<sub>1</sub>, P<sub>3</sub>, P<sub>4</sub>, P<sub>5</sub>, P<sub>6</sub>, P<sub>7</sub>, P<sub>8</sub>, P<sub>9</sub>, P<sub>10</sub>, P<sub>11</sub>, P<sub>12</sub>, P<sub>13</sub>, P<sub>14</sub>, P<sub>16</sub>, P<sub>17</sub>, P<sub>18</sub>, P<sub>19</sub> y P<sub>20</sub>.

En la dimensión Conductual, Cd<sub>1</sub>, Cd<sub>2</sub>, Cd<sub>3</sub>, Cd<sub>4</sub>, Cd<sub>5</sub>, Cd<sub>6</sub>, Cd<sub>9</sub>, Cd<sub>14</sub>, Cd<sub>15</sub>, Cd<sub>18</sub>, Cd<sub>19</sub> y Cd<sub>20</sub>.

En la dimensión Cognitiva, Cg<sub>1</sub>, Cg<sub>3</sub>, Cg<sub>4</sub>, Cg<sub>5</sub>, Cg<sub>6</sub>, Cg<sub>7</sub>, Cg<sub>8</sub>, Cg<sub>9</sub>, Cg<sub>10</sub>, Cg<sub>11</sub>, Cg<sub>12</sub>, Cd<sub>13</sub>, Cg<sub>14</sub>, Cg<sub>15</sub>, Cg<sub>16</sub>, Cg<sub>17</sub>, Cg<sub>18</sub>, Cg<sub>19</sub> y Cg<sub>20</sub>.

En la dimensión Asertiva, A<sub>1</sub>, A<sub>3</sub>, A<sub>4</sub>, A<sub>6</sub>, A<sub>7</sub>, A<sub>8</sub>, A<sub>9</sub>, A<sub>10</sub>, A<sub>12</sub>, A<sub>13</sub>, A<sub>14</sub>, A<sub>15</sub>, A<sub>16</sub>, A<sub>17</sub>, A<sub>18</sub>, A<sub>19</sub> y A<sub>20</sub>.

### 5.2.1.3.-Resumen.

El análisis simple de los 100 items componentes del CPAR, nos lleva a clasificarlos en cuatro grupos:

a) Items válidos y discriminantes, respecto a los pacientes no ansiosos. Son los items que presentan una alta sensibilidad y la diferencia de medias es significativa.

Tabla nº 51.- Items válidos y discriminantes (total 10 items).

Item	Concepto
P <sub>1</sub>	Se nota inquieto, nervioso, desasogado por dentro.
P <sub>8</sub>	Se encuentra inseguro de sí mismo.
P <sub>10</sub>	Nota sensación de vacío interior.
P <sub>12</sub>	Está triste, meditabundo, melancólico.
P <sub>18</sub>	Se nota cansado, sin interés, ni ganas de hacer nada
P <sub>19</sub>	Le cuesta mucho tomar una decisión.
Cd <sub>2</sub>	Está irritable, excitable, responde exageradamente a los estímulos externos.
Cd <sub>3</sub>	Rinde menos en sus actividades habituales.
Cd <sub>4</sub>	Le resulta difícil o penoso realizar sus actividades habituales.
Cg <sub>5</sub>	Se concentra mal, con dificultad.
Muestra total:	299 individuos - 99 (EA)
	100 (GCEP)
	100 (GCNP)

b) Items discriminativos.- Son aquellos que están en el grupo de diferencia de medias significativos y mayores o igual a un punto, eliminados los que pertenecen al anterior apartado.

Tabla 52.- Items discriminativos (total 79 items).

Item	Concepto
F <sub>1</sub>	Tiene palpitaciones o taquicardias.
F <sub>2</sub>	Se ruboriza o se pone pálido.
F <sub>3</sub>	Le tiemblan las manos, los pies.
F <sub>4</sub>	Suda mucho.
F <sub>5</sub>	Se le seca la boca.
F <sub>7</sub>	Nota falta de aire, dificultad para respirar.
F <sub>8</sub>	Tiene gases.
F <sub>9</sub>	Orina con frecuencia.
F <sub>12</sub>	Se nota un nudo en el estómago, en la garganta.
F <sub>13</sub>	Tiene vértigos, sensación de inestabilidad, desmayo.
F <sub>15</sub>	Tiene pesadillas.
F <sub>16</sub>	Tiene sueño durante el día y se queda dormido sin darse cuenta de día.
F <sub>19</sub>	Ha notado menos interés por la sexualidad.
P <sub>2</sub>	Se siente como amenazado, incluso sin saber por qué.
P <sub>3</sub>	Tiene sensación de estar luchando continuamente, sin saber contra qué.
P <sub>4</sub>	Tiene ganas de huir.

Item	Concepto
P <sub>5</sub>	Tiene temores exagerados a algún objeto o situación.
P <sub>6</sub>	Tiene miedos difusos.
P <sub>7</sub>	A veces es preso de terrores.
P <sub>9</sub>	A veces se siente inferior a los demás.
P <sub>11</sub>	Se nota distinto, como si estuviese perdiendo su identidad.
P <sub>13</sub>	Teme perder el autocontrol
P <sub>14</sub>	Teme no controlarse y llegar a suicidarse.
P <sub>16</sub>	Está asustado, pensando que se está volviendo o puede volverse loco.
P <sub>17</sub>	Tiene la sensación de que ocurrirá alguna desgracia, como un presentimiento.
P <sub>20</sub>	Es una persona recelosa, desconfiada.
Cd <sub>1</sub>	Está siempre alerta, como vigilando o en guardia.
Cd <sub>5</sub>	Se mueve de un lado para otro, como agitado, sin motivo.
Cd <sub>6</sub>	Cambia mucho de postura, por ejemplo, cuando está sentado.
Cd <sub>9</sub>	Se nota más torpe en sus movimientos o más rígido.
Cd <sub>14</sub>	A veces se queda bloqueado, sin saber qué hacer o decir.
Cd <sub>15</sub>	Le cuesta mucho o no está dispuesto a realizar una actividad intensa.

Item	Concepto
Cd <sub>18</sub>	Tiene expresión de perplejidad, desagrado, displacer o preocupación.
Cd <sub>19</sub>	Le dicen que está inexpresivo, como con la cara "congelada".
Cd <sub>20</sub>	Le irritan mucho los ruidos intensos o inesperados.
Cg <sub>1</sub>	Le inquieta el futuro, lo ve todo negro.
Cg <sub>3</sub>	Cree que no sirve para nada, que no hace nada correctamente.
Cg <sub>4</sub>	Los demás dicen que no es justo en sus juicios y apreciaciones.
Cg <sub>6</sub>	Nota como si le fallase la memoria, le cuesta recordar cosas recientes.
Cg <sub>7</sub>	Le cuesta recordar cosas que cree saber, haber aprendido hace tiempo.
Cg <sub>8</sub>	Está muy despistado.
Cg <sub>9</sub>	Tiene ideas o pensamientos de los que no puede librarse.
Cg <sub>10</sub>	Le da vueltas a las cosas.
Cg <sub>11</sub>	Todo le afecta negativamente, cualquier detalle o noticia.
Cg <sub>12</sub>	Utiliza términos extremos, inútil, imposible.
Cg <sub>13</sub>	Hace juicios de valor sobre los demás, rígidos e intolerantes.

Item	Concepto
Cg <sub>14</sub>	Se acuerda más de lo negativo que de lo positivo.
Cg <sub>15</sub>	Le cuesta pensar, nota un cierto bloqueo intelectual.
Cg <sub>16</sub>	Si un pequeño detalle le sale mal, le sirve para decir que todo es caótico.
Cg <sub>17</sub>	Piensa que su vida no ha merecido la pena, que todo han sido injusticias o dolor.
Cg <sub>18</sub>	Pensar en algo angustioso le conduce a pensamientos más angustiosos todavía.
Cg <sub>19</sub>	Piensa qué haría en una situación difícil y cree que no podría superarla.
Cg <sub>20</sub>	Cree que la única solución es un cambio verdaderamente profundo o que es inútil.
A <sub>1</sub>	A veces no sabe qué decir ante ciertas personas.
A <sub>3</sub>	Le resulta difícil presentarse a sí mismo en una reunión social.
A <sub>4</sub>	Le cuesta mucho decir "no" o mostrarse en desacuerdo con algo.
A <sub>6</sub>	Le resulta muy difícil hablar de temas generales.
A <sub>7</sub>	Se comporta con mucha rigidez, sin naturalidad en reuniones sociales.
A <sub>8</sub>	Le resulta difícil hablar en público, formular o responder preguntas.
A <sub>9</sub>	Prefiere la soledad antes que estar con desconocidos.

Item	Concepto
A <sub>10</sub>	Se nota muy pasivo o bloqueado en reuniones sociales.
A <sub>12</sub>	Intenta dar en público una imagen de sí mismo distinta a la real.
A <sub>13</sub>	Está pendiente de lo que los demás opinan de usted.
A <sub>14</sub>	Se siente a menudo avergonzado ante los demás.
A <sub>15</sub>	Prefiere pasar totalmente desapercibido en las reuniones sociales.
A <sub>16</sub>	Le resulta difícil terminar una conversación difícil o comprometida.
A <sub>17</sub>	Tiene o utiliza poco el sentido del humor ante situaciones de cierta tensión.
A <sub>18</sub>	Está muy pendiente de lo que hace en presencia de personas de poca confianza.
A <sub>19</sub>	Prefiere no discutir ni quejarse, a pesar de estar seguro de llevar razón.
A <sub>20</sub>	Se avergüenza o incomoda por cosas que hacen los demás ("vergüenza ajena").
Muestra total	299 individuos - 99 (EA) 100 (GCEP) 100 (GCNP)

c) Items no discriminantes entre las tres submuestras.

Items que discriminan entre enfermos ansiosos y los no ansiosos. Es decir únicamente discriminan entre los enfermos con ansiedad y el grupo control de enfermos psiquiátricos y entre los enfermos con ansiedad y el grupo control de enfermos no psiquiátricos. Tabla nº 53.

Tabla 53.- Items no discriminantes para las tres submuestras (total 14 items).

Item	Concepto
F <sub>6</sub>	Tiene "tics" (guiños o contracturas musculares automáticas).
F <sub>11</sub>	Tiene diarreas, descomposiciones intestinales.
F <sub>17</sub>	Pasa temporadas sin apetito, sin querer comer nada.
F <sub>18</sub>	Tiene ratos en que come excesivamente o cosas extrañas, incluso sin apetito.
P <sub>15</sub>	Está asustado, le da mucho miedo la muerte.
Cd <sub>8</sub>	Le cambia la voz o ha notado altibajos en sus tonos.
Cd <sub>10</sub>	Tiene la mandíbula tensa.
Cd <sub>11</sub>	Tartamudea o cecea.
Cd <sub>16</sub>	Muchas veces tiene la frente fruncida.
Cd <sub>17</sub>	Tiene los párpados contraídos o las cejas arqueadas hacia abajo.
Cg <sub>2</sub>	Piensa que tiene mala suerte y siempre la tendrá.

Item	Concepto
A <sub>2</sub>	Le cuesta iniciar una conversación.
A <sub>5</sub>	Intenta agradar a todo el mundo y siempre sigue la corriente general.
A <sub>11</sub>	Le cuesta expresar a los demás sus verdaderas opiniones y sentimientos.
Muestra total	299 individuos - 99 (EA)
	100 (GCEP)
	100 (GCNP)

d) Items con una sensibilidad baja y poco discriminantes para las tres muestras. Estos items se pueden considerar sin valor clínico. Tabla nº 54 .

Tabla 54.- Items sin valor clínico (total 5 items).

Item	Concepto
F <sub>10</sub>	Tiene náuseas y vómitos.
F <sub>14</sub>	Le cuesta quedarse dormido por la noche.
Cd <sub>7</sub>	Gesticula mucho.
Cd <sub>12</sub>	Se muerde las uñas o los padrastrós, se chupa el dedo o se lo frota.
Cd <sub>13</sub>	Juega mucho con objetos, necesita tener algo entre las manos.
Muestra total	299 individuos - 99 (EA)
	100 (GCEP)
	100 (GCNP)

e) Items no válidos ni discriminantes. Son aquellos que presentan una baja sensibilidad y la diferencia de medias no es significativa.

Item	Concepto
F <sub>20</sub>	Ha notado un mayor interés por la sexualidad.

Muestra total 299 individuos - 99 (EA)  
100 (GCEP)  
100 (GCNP)

### 5.3.-Validación de constructo del CPAR.

La validación del constructo lo abordaremos desde diversas vías matemáticas.

En primer lugar realizamos el estudio de las correlaciones simples que nos permitirá por un lado conocer la relación de cada uno de los items con la dimensión de la que forma parte, así como la relación entre si de las dimensiones del CPAR y su correlación con el test de Hamilton y el test de Zung.

En segundo lugar presentamos los estudios de correlación múltiple, para conocer los items que se encuentran en la dimensión, con menos significación en la consistencia de la misma.

En tercer lugar, realizaremos los estudios que permiten determinar los coeficientes alfa de consistencia interna de Cronbach de cada dimensión, y por tanto tener una valoración en un índice global de la cohesión interitem en la dimensión.

Además el coeficiente alfa aporta el valor acerca de la discriminación que posibilita cada elemento y de la representatividad del conjunto de elementos que configuran el instrumento.

En cuarto y último lugar, abordamos la validación de constructo con los estudios de análisis factoriales

exploratorios. Se intenta descubrir por esta vía cuantos factores y dimensiones diferentes pertenecientes al objeto del estudio contiene la prueba en su estructura interna. (o sea la construcción interna de la prueba).

5.3.1.-Estudio de correlaciones.

5.3.1.1.-Relaciones estadísticas que guarda cada item con su dimensión.

5.3.1.1.A.-Estudio de los items de la Dimensión I (Síntomas Físicos).

Presentamos en la tabla nº 55 las correlaciones simples de cada item perteneciente a la I Dimensión, (Síntomas Físicos), con la puntuación total de la misma dimensión. Esta puntuación total se realiza exceptuando la que aporta el item en estudio en cada caso.

Tabla nº 55.

Estudio de la correlación entre los items de la I Dimensión (Síntomas Físicos) y la puntuación total para el resto de la dimensión.

Items.	Concepto	Dimensión (Sínt. físicos)	
		$r \geq 0,4$	$r < 0,4$
F <sub>1</sub>	Tiene palpitaciones o taquicardias.	0,50	---
F <sub>2</sub>	Se ruboriza o se pone pálido	0,48	---
F <sub>3</sub>	Le tiemblan manos, pies o el cuerpo.	0,61	---
F <sub>4</sub>	Suda mucho.	0,43	---
F <sub>5</sub>	Se le seca la boca.	0,48	---
F <sub>6</sub>	Tiene tics.	---	0,30
F <sub>7</sub>	Nota falta de aire u opresión en el pecho.	0,62	---
F <sub>8</sub>	Tiene gases.	---	0,38
F <sub>9</sub>	Orina con frecuencia.	0,44	---
F <sub>10</sub>	Tiene náuseas o vómitos.	---	0,38
F <sub>11</sub>	Tiene diarreas.	---	0,31
F <sub>12</sub>	Nota un nudo en el estómago, o en la garganta.	0,50	---
F <sub>13</sub>	Tiene vértigos, sensación de inestabilidad.	0,50	---
F <sub>14</sub>	Le cuesta quedarse dormido por la noche.	0,40	---
F <sub>15</sub>	Tiene pesadillas.	0,44	---
F <sub>16</sub>	Tiene sueño durante el día.	---	0,38
F <sub>17</sub>	Pasa temporadas sin apetito.	0,46	---
F <sub>18</sub>	Tiene ratos que come excesivamente.	---	0,28
F <sub>19</sub>	Ha notado menor interés por la sexualidad.	---	0,28
F <sub>20</sub>	Ha notado mayor interés por la sexualidad.	---	0,05

Muestra total: 299 individuos:

99 (EA)

100 (GCEP)

100 (GCNP)

En la tabla nº 55 hemos considerado los items en dos grupos, según que sus correlaciones fueran mayores o iguales a 0,4 y menores de 0,4.

En la anterior tabla podemos señalar que los items con coeficiente de correlación más elevados en relación con su dimensión: F<sub>1</sub> (taquicardias y palpitaciones); F<sub>3</sub> (temblor de piernas y brazos); F<sub>7</sub> (falta de aire, opresión en el pecho); F<sub>12</sub> (nudo en el estómago) y F<sub>13</sub> (vértigos, sensación de inestabilidad). También destacaremos el item F<sub>20</sub> que no guarda relación con el resto de los items de la dimensión I.

5.3.1.1.B.-Estudio de items de la Dimensión II  
(Síntomas Psíquicos).

En la tabla nº 56, se presentan las correlaciones simples de cada item de los 20 items que componen la II Dimensión correspondiente a los síntomas psíquicos de la ansiedad. La puntuación total se calcula exceptuando en cada ocasión la que aporta el item en estudio.

Tabla nº 56.-

Estudio de la correlación entre los items de la II Dimensión (Síntomas Psíquicos) y la puntuación total para el resto de la dimensión.

Items.	Concepto	r ≥ 0,4	r < 0,4
P <sub>1</sub>	Está inquieto, nervioso, desasosegado por dentro.	0,69	---
P <sub>2</sub>	Se siente amenazado, incluso sin saber por qué.	0,60	---
P <sub>3</sub>	Tiene sensación de luchar continuamente sin saber contra qué.	0,58	---
P <sub>4</sub>	Tiene ganas de huir.	0,54	---
P <sub>5</sub>	Tiene temores exagerados a algún objeto.	0,52	---
P <sub>6</sub>	Tiene miedos difusos sin saber a qué.	0,58	---
P <sub>7</sub>	A veces es preso de terrores	0,45	---
P <sub>8</sub>	Se nota muy inseguro.	0,71	---
P <sub>9</sub>	A veces se siente inferior a los demás.	0,62	---
P <sub>10</sub>	Nota cierta sensación de vacío interior.	0,64	---
P <sub>11</sub>	Se nota distinto, como si perdiera su identidad.	0,73	---
P <sub>12</sub>	Está triste, meditabundo, melancólico.	0,68	---
P <sub>13</sub>	Teme perder el autocontrol, o hacer daño a otra persona.	0,59	---
P <sub>14</sub>	Teme no controlarse y llegar a suicidarse.	0,54	---
P <sub>15</sub>	Está asustado, o le da miedo la muerte.	---	0,36
P <sub>16</sub>	Está asustado, pensando que está volviéndose o que puede volverse loco.	0,67	---
P <sub>17</sub>	Tiene la sensación de que ocurrirá alguna desgracia, presentimiento.	0,55	---
P <sub>18</sub>	Se nota cansado, sin interés o ganas de hacer nada.	0,65	---
P <sub>19</sub>	Le cuesta mucho tomar una decisión.	0,67	---
P <sub>20</sub>	Es una persona recelosa o desconfiada.	---	0,36

Muestra total: 299 individuos:

99 (EA)  
 100 (GCEP)  
 100 (GCNP)

Al estudiar la II Dimensión, correspondiente a los síntomas psíquicos, observamos que los valores que alcanzan el total de los items en la correlación item-dimensión son: 0,7 (2 items), 0,6 (8 items), 0,5 (7 items), 0,4 (1 item) y 0,3 (2 items).

El coeficiente de correlación mayor, de 0,7, corresponde a los siguientes items: P<sub>8</sub>, (se nota muy inseguro) y P<sub>11</sub> (se nota distinto, como si hubiese perdido su identidad). Este hecho puede venir determinado por la alta frecuencia con que se presenta en la sintomatología ansiosa, al igual que los items, P<sub>1</sub> (está inquieto, nervioso, desasosegado por dentro), el item P<sub>2</sub> (se siente amenazado, incluso sin saber por qué), el item P<sub>9</sub> (a veces se siente inferior a los demás), el item P<sub>10</sub> (nota cierta sensación de vacío interior), el item P<sub>12</sub> (está triste, meditabundo, melancólico), el item P<sub>16</sub> (está asustado, pensando que se está volviendo o puede volverse loco), el item P<sub>18</sub> (se nota cansado, sin interés o ganas de hacer nada) y el item P<sub>19</sub> (le cuesta mucho tomar una decisión).

Siendo el coeficiente de correlación, menos 0,4 en los items, P<sub>15</sub> (está asustado o le da mucho miedo la muerte) y el item P<sub>20</sub> (es una persona recelosa, desconfiada), ambos con una baja frecuencia en la sintomatología ansiosa.

5.3.1.1.C.-Estudio de items de la Dimensión III  
(Síntomas Conductuales).

En la tabla nº 57, se recogen las correlaciones simples de cada item de los 20 items que componen la III Dimensión correspondiente a los síntomas conductuales de la ansiedad. La puntuación total se calcula exceptuando el item en estudio, como en los casos anteriores.



De modo global en la tabla nº 57, podemos observar que los coeficientes de correlación inter item-dimensión, son menores que para los items de la II Dimensión.

Sin embargo, existen también varios casos que presentan correlaciones elevadas como el item Cd<sub>4</sub> (le resulta difícil o penoso realizar sus actividades habituales), el item Cd<sub>5</sub> (se mueve de un lado a otro, como agitado sin motivo) y el item Cd<sub>14</sub> (a veces se queda bloqueado sin saber qué hacer o decir), que presentan un coeficiente de correlación mayor de 0,6. Estos tres items son los fácilmente objetivables por el sujeto.

Los items Cd<sub>7</sub> (gesticula mucho), Cd<sub>16</sub> (muchas veces tiene la frente fruncida) y Cd<sub>17</sub> (tiene los párpados contraídos o las cejas arqueadas hacia abajo), poseen un coeficiente de correlación menos de 0,4; estos items se encuadran dentro de los síntomas conductuales más fácilmente observables por un observador externo, dato a destacar al tratarse este de un cuestionario autoaplicado.

El item Cd<sub>12</sub> (se muerde las uñas o padrastrós, se chupa el dedo, se lo frota) y el item Cd<sub>13</sub> (juega con los objetos, necesita tener algo entre las manos) que alcanzan coeficientes de correlación bajos (< 0,4), esta circunstancia podría ser explicada por procedimientos automáticos, de los cuales el paciente no es totalmente consciente.

Por último destacaremos el ítem Cd<sub>20</sub> (le irritan mucho los ruidos intensos e inesperados), que posee un bajo coeficiente de correlación, cuya explicación podría basarse en el aumento de irritabilidad generalmente que padece el sujeto afectado por la ansiedad.

5.3.1.1.D.- Estudio de ítems de la IV Dimensión  
(Síntomas Cognitivos).

Las correlaciones simples de cada ítem de los 20 ítems que componen la IV Dimensión correspondiente a los síntomas cognitivos de la ansiedad se agrupan en la tabla nº 58. La puntuación total se calcula exceptuando en cada ocasión la que aporta el ítem en estudio.

Tabla nº 58.

Estudio de la correlación entre los items de la IV Dimensión (Síntomas Cognitivos) y la puntuación total para el resto de los items de la IV dimensión.

Items.	Concepto	$r \leq 0,4$	$r \geq 0,4$
Cg <sub>1</sub>	Le inquieta el futuro, lo ve todo negro, de forma pesimista	0,70	---
Cg <sub>2</sub>	Piensa que tiene mala suerte y siempre la tendrá.	0,56	---
Cg <sub>3</sub>	Cree que no sirve para nada, no hace nada correctamente	0,59	---
Cg <sub>4</sub>	Los demás dicen que no es justo en sus juicios.	0,45	---
Cg <sub>5</sub>	Se concentra mal, con dificultad.	0,63	---
Cg <sub>6</sub>	Nota como si le fallase la memoria, le cuesta recordar cosas recientes.	0,61	---
Cg <sub>7</sub>	Le cuesta recordar cosas que cree saber.	0,56	---
Cg <sub>8</sub>	Está muy despistado.	0,59	---
Cg <sub>9</sub>	Tiene ideas o pensamientos de los que no se puede librar	0,65	---
Cg <sub>10</sub>	Le da muchas vueltas a todo.	0,67	---
Cg <sub>11</sub>	Todo le afecta negativamente cualquier detalle o noticia.	0,65	---
Cg <sub>12</sub>	Utiliza términos de inútil, imposible, nunca, jamás.	0,59	---
Cg <sub>13</sub>	Hace juicios de valor sobre los demás, rígidos o intolerantes.	---	0,30
Cg <sub>14</sub>	Se acuerda más de lo negativo que de lo positivo.	0,65	---
Cg <sub>15</sub>	Le cuesta pensar, nota un cierto bloqueo intelectual.	0,64	---
Cg <sub>16</sub>	Un pequeño detalle que sale mal, le sirve para decir que todo es caótico.	0,69	---
Cg <sub>17</sub>	Piensa que su vida, no ha merecido la pena, que todo ha sido injusticias o dolor.	0,62	---
Cg <sub>18</sub>	Piensa que algo angustioso le conduce a pensamientos más angustiosos todavía.	0,68	---
Cg <sub>19</sub>	Piensa en lo que haría en una situación difícil y cree que no podría superarla.	0,64	---
Cg <sub>20</sub>	Piensa que la única solución es un cambio verdaderamente profundo o que es inútil.	0,64	---
Muestra total:	299 individuos:	99 (EA)	
		100 (GCEP)	
		100 (GCNP)	

En la tabla nº 58, correspondiente a la IV dimensión de los síntomas cognitivos de la ansiedad se aprecia que 19 items presentan un coeficiente de correlación alto: con 0,7 un item, con 0,6 doce items, con 0,5 cinco items, con menos de 0,4 un item.

La importancia de la correlación de numerosos items de esta dimensión, señala la importancia del lenguaje cognitivo, ya que cuando este es procesado incorrectamente por el sujeto genera un incremento de la ansiedad.

El item Cg<sub>1</sub> (le inquieta el futuro, lo ve todo negro, difícil, de forma pesimista), el item Cg<sub>9</sub> (tiene ideas o pensamientos de los que no se puede librar), el item Cg<sub>10</sub> (le da muchas vueltas a todo), el item Cg<sub>11</sub> (todo le afecta negativamente), el item Cg<sub>14</sub> (se acuerda más de lo negativo que de lo positivo), el item Cg<sub>15</sub> (un pequeño detalle que sale mal, le sirve para decir que todo es caótico), el item Cg<sub>18</sub> (piensa que algo angustioso le conduce a pensamientos más angustiosos todavía) y el item Cg<sub>19</sub> (piensa lo que haría en una situación difícil y cree que no podría superarla).

El item Cg<sub>13</sub> (hace juicios de valor sobre los demás, rígidos o intolerantes) presenta un coeficiente de correlación inferior a 0,4, aunque quizás podría explicarse esta baja correlación por la mayor tendencia a la auto-observación de los sujetos con síndrome de ansiedad.

5.3.1.1.E.-Estudio de items de la Dimensión V

(Síntomas Asertivos)

En la tabla nº 59, se presentan las correlaciones de cada uno de los 20 items de la V dimensión, correspondientes a los síntomas asertivos de la dimensión. La puntuación total se calcula exceptuando la que aporta el item en estudio.

Tabla nº59. Estudio de la correlación entre los items de la V Dimensión (Síntomas Asertivos) y la puntuación total para el resto de los items de la V dimensión.

<u>Items.</u>	<u>Concepto</u>	<u>r ≥ 0,4</u>	<u>r &lt; 0,4</u>
A <sub>1</sub>	A veces no sabe que decir ante ciertas personas.	0,69	---
A <sub>2</sub>	Le cuesta mucho iniciar una conversación.	0,68	---
A <sub>3</sub>	Le resulta difícil presentarse a si mismo, en una reunión	0,71	---
A <sub>4</sub>	Le cuesta mucho decir "no" o mostrarse en desacuerdo con algo.	0,58	---
A <sub>5</sub>	Intenta agradar a todo el mundo y siempre sigue la corriente general.	0,48	---
A <sub>6</sub>	Le resulta difícil hablar de temas generales.	0,60	---
A <sub>7</sub>	Se comporta con mucha rigidez sin naturalidad, en las reuniones sociales.	0,69	---
A <sub>8</sub>	Le resulta difícil hablar en público, formular y responder preguntas.	0,61	---
A <sub>9</sub>	Prefiere claramente la soledad, a estar con desconocidos	0,58	---
A <sub>10</sub>	Se nota pasivo o bloqueado en las reuniones sociales.	0,73	---
A <sub>11</sub>	Le cuesta expresar a los demás sus verdaderas opiniones	0,64	---
A <sub>12</sub>	Intenta dar en público una imagen de si mismo distinta a la real.	0,56	---
A <sub>13</sub>	Está muy pendiente de lo que los demás opinen de usted.	0,54	---
A <sub>14</sub>	Se siente a menudo avergonzado ante los demás.	0,61	---
A <sub>15</sub>	Prefiere pasar totalmente desapercibido en las reuniones sociales.	0,60	---
A <sub>16</sub>	Le resulta difícil terminar una conversación.	0,62	---
A <sub>17</sub>	Tiende a utilizar poco el sentido del humor ante situaciones de alta tensión.	0,51	---
A <sub>18</sub>	Está muy pendiente de lo que hace en presencia de personas de poca confianza.	0,53	---
A <sub>19</sub>	Prefiere no discutir ni quejarse a pesar de estar seguro de llevar razón.	0,51	---
A <sub>20</sub>	Se avergüenza o incomoda por cosas que hacen los demás.	---	0,38
Muestra total: 299 individuos: 99 (EA), 100 (GCEP), 100 (GCNP)			

Como observamos en la tabla nº 59, el coeficiente de correlación inter item-dimensión correspondiente a los síntomas asertivos de la ansiedad es por lo general alto.

Concretamente muestran coeficientes de correlación elevada los siguientes: El item A<sub>1</sub> (a veces no sabe que decir ante ciertas personas), el item A<sub>2</sub> (le cuesta mucho iniciar una conversación), el item A<sub>6</sub> (le resulta difícil hablar de temas generales), el item A<sub>8</sub> (le resulta difícil hablar en público, formular o responder preguntas), el item A<sub>11</sub> (le cuesta expresar a los demás sus verdaderas opiniones o sentimientos) y el item A<sub>16</sub> (le resulta difícil terminar una conversación difícil o comprometida), pertenecientes todos ellos a las habilidades comunicativas, con un coeficiente de correlación mayor de 0,6.

Los items A<sub>4</sub> (le cuesta mucho decir "no" o mostrarse en desacuerdo con algo) y el item A<sub>19</sub> (prefiere no discutir ni quejarse a pesar de estar seguro de llevar la razón), corresponden a las habilidades de defensa de los propios derechos y muestran niveles de correlación relativamente elevados.

Los items con un coeficiente de correlación mayor, son como sigue: El item A<sub>10</sub> (se nota pasivo o bloqueado en las reuniones sociales), el item A<sub>3</sub> (le resulta difícil presentarse a sí mismo, en una reunión social), el item A<sub>2</sub> (le cuesta mucho iniciar una conversación), el item A<sub>1</sub> (a veces no sabe que decir ante ciertas personas), el item A<sub>7</sub> (se comporta con mucha rigidez, sin naturalidad en las reuniones sociales), el item A<sub>11</sub>

(le cuesta expresar a los demás sus verdaderas opiniones y sentimientos), el ítem A<sub>15</sub> (le resulta difícil terminar una conversación difícil o comprometida) y el ítem A<sub>14</sub> (se siente a menudo avergonzado ante los demás). Todos ellos con un coeficiente de correlación mayor de 0,6, están relacionados con una falta de habilidad social.

El ítem A<sub>20</sub> destaca por ser el único en la V dimensión con un coeficiente de correlación menor 0,4.

En la tabla nº 60, se incluyen los ítems con un mayor coeficiente de correlación ( $r \geq 0,7$ ).

Tabla nº 60.

Relación de items con un coeficiente de correlación mayor o igual a 0,7.

Item	Concepto	r ≥ 0,7
P <sub>8</sub>	Se nota inseguro en sí mismo.	0,71
F <sub>11</sub>	Se nota distinto, como si estuviese perdiendo su identidad.	0,73
Cg <sub>1</sub>	Le inquieta el futuro, lo ve todo negro, difícil, pesimista.	0,70
A <sub>3</sub>	Le resulta difícil presentarse a sí mismo en una reunión social.	0,71
A <sub>10</sub>	Se nota pasivo o bloqueado en reuniones sociales.	0,73

De manera global solamente presentan un coeficiente de correlación con los items de su dimensión menos 0,3 los items F<sub>18</sub> (tiene ratos en que come excesivamente), el item F<sub>19</sub> (ha notado un menor interés por la sexualidad), el item F<sub>20</sub> (ha notado un mayor interés por la sexualidad) y el item Cd<sub>12</sub> (se muerde las uñas o los padrastrós, se chupa el dedo o lo frota).

Destaca el item F<sub>20</sub> con una correlación inferior a 0,05.

5.3.1.2.-Estudio estadístico de la correlación de las dimensiones entre sí.

En la tabla nº 61, se presentan las correlaciones de cada una de las cinco dimensiones, con las restantes. La dimensión Física correlaciona en forma elevada con todas las restantes, a excepción de la Asertiva, con la que se establece como coeficiente de correlación de tipo medio. La dimensión Psíquica posee una correlación alta con las demás dimensiones, siendo especialmente elevada con la dimensión Cognitiva con  $r = 0,8517$ , mientras que la Asertiva muestra un valor  $r = 0,6237$  que aún siendo alto se sitúa en última posición en cuanto a la dimensión Psíquica se refiere. Las dimensiones Conductual y Cognitiva muestran asimismo valores elevados, correspondiendo en todos los casos los menores coeficientes de correlación a la dimensión Asertiva. Dentro de estas variaciones todas las correlaciones resultan ser altamente significativas ( $p \leq 0,001$ ).

Tabla nº 61.

Correlación de las cinco dimensiones entre sí.

	DIMENSIONES				
	Física	Psíquica	Conductual	Cognitiva	Asertiva
Física	1.0000	.7060***	.7010***	.6429**	.4039***
Psíquica	.7060***	1.0000	.8216**	.8517***	.6237***
Conductual	.7010***	.8216**	1.0000	.7837**	.6448***
Cognitiva	.6429**	.8517***	.7837**	1.0000	.6719***
Asertiva	.4039***	.6237***	.6448***	.6719***	1.0000

Nivel de significación: Muy significativo \*\*\*  $p \leq 0,001$   
 Significativo \*\*  $p \leq 0,01$ . 296 pacientes.

5.3.1.3.-Estudio estadístico de la correlación de las cinco dimensiones del CPAR con los cuestionarios de Hamilton y Zung.

En la tabla nº 62, se recogen los coeficientes de correlación de las cinco dimensiones con el test de Hamilton y el test de Zung.

Tabla nº 62.

Coeficientes de correlación entre las dimensiones del CPAR con el test de Hamilton y el test de Zung.

	HAMILTON	ZUNG
Físico	.7595 ***	.7458 ***
Psíquico	.7664 ***	.7314 ***
Conductual	.7174 ***	.6805 ***
Cognitivo	.7143 ***	.6793 ***
Asertivo	.5341 ***	.4909 ***
Hamilton	1.0000	.7911 ***
Zung	.7911 ***	1.0000

Nivel de significación \*\*\*  $p \leq 0,001$

296 sujetos:

98 (EA)  
99 (GCEP)  
100 (GCNP)

Los coeficientes de correlación entre las cinco dimensiones del cuestionario CPAR y el test de Hamilton son claramente más elevados que los obtenidos entre aquellos y el test de Zung (tabla nº 62). La elevada correlación encontrada entre las diversas dimensiones del CPAR y el test de Hamilton resulta ser altamente positivo, ya que dicho test resulta ser el aplicado con mayor frecuencia en España y otros países para establecer diagnósticos de ansiedad. Las correlaciones entre las dimensiones del CPAR y el test de Hamilton, resultan ser más elevadas que las encontradas entre dicho test y el debido a Zung. Sobrepasan un coeficiente de correlación de 0,74 tanto la dimensión física, alcanzando un valor de  $r = 0,7174$ , como la conductual y cognitiva, mientras que la dimensión asertiva muestra un coeficiente menor ( $r = 0,5341$ ), si bien es preciso considerar en este último caso la ausencia de items de asertividad tanto en el test de Hamilton, como en la generalidad de los cuestionarios de ansiedad, lo que sin duda debe estar influyendo en el valor alcanzado.

En cualquier caso los coeficientes de correlaciones determinadas entre el test de Zung y las cinco dimensiones del CPAR, responden de forma equivalente a lo ya mostrado para el de Hamilton, mostrando los síntomas asertivos los valores más bajos, aunque puede repetirse aquí la consideración de que el test de Zung no incluye ese tipo de sintomatología.

Los valores mostrados resultan ser en todos los casos altamente significativos.

5.3.1.4.-Estudio estadístico de la correlación de la puntuación global del CPAR con los cuestionarios de Hamilton y de Zung.

En la tabla nº 63, se recogen los coeficientes de correlación del CPAR con el test de Hamilton y el test de Zung.

Tabla nº 63. Coeficientes de correlación entre la valoración global del CPAR y los cuestionarios de Hamilton y Zung.

	HAMILTON	ZUNG
CPAR (total)	.7983 ***	.7593 ***

Muestra total: 299 sujetos - 98 (EA)  
100 (GCEP)  
100 (GCNP)

Nivel de significación: \*\*\*  $p \leq 0,001$

Los coeficientes de correlación entre el Cuestionario Pentadimensional de la Ansiedad de Rojas (CPAR) y el test Hamilton, son elevados con un valor  $r = 0,7983$ , obteniéndose igualmente un nivel alto cuando se compara con el test de Zung que alcanza un coeficiente de correlación de  $0,7593$ .

### 5.3.2.-Estudios de correlación múltiple.

Los estudios de correlación múltiple es otra forma utilizada para valorar la asociación interna de los items. Con ello exploramos en que medida está explicada la varianza de un item por la covariación conjunta de otro grupo de items. Al coeficiente de correlación múltiple, también se le denomina coeficiente de determinación.

Hemos obtenido el coeficiente de determinación para cada item tomando como variables dependientes el resto de los items de la dimensión.

En la tabla nº 64, podemos observar los coeficientes de correlación múltiples, para cada una de las cinco dimensiones del CPAR.

Tabla nº 64.- Coeficiente de determinación para cada uno de los items de las cinco dimensiones del CPAR.

Dimensión I (Síntomas Físicos).

Item	Coeficiente de determinación $r^2$
F <sub>1</sub>	.3621
F <sub>2</sub>	.3206
F <sub>3</sub>	.4935
F <sub>4</sub>	.3103
F <sub>5</sub>	.3551
F <sub>6</sub>	.2474
F <sub>7</sub>	.5253
F <sub>8</sub>	.3026
F <sub>9</sub>	.2893
F <sub>10</sub>	.3285
F <sub>11</sub>	.1904
F <sub>12</sub>	.3589
F <sub>13</sub>	.3617
F <sub>14</sub>	.2710
F <sub>15</sub>	.2946
F <sub>16</sub>	.2654
F <sub>17</sub>	.4015
F <sub>18</sub>	.1754
F <sub>19</sub>	.1653
F <sub>20</sub>	.1133

En la Dimensión I (Síntomas Físicos) observamos que los items  $F_{20}$ ,  $F_{19}$ ,  $F_{18}$  y  $F_{11}$ , presentan un coeficiente de determinación menor a 0,25: significa que menos de las varianzas del 25% de cada uno de estos items es explicada por el resto de los items de la Dimensión I. Los items  $F_6$ ,  $F_{16}$  y  $F_{14}$  son explicados entre un 25 y un 29% de sus varianzas por el resto de los items de la Dimensión I. Tenemos pues 7 items que aportan un bajo significado a la consistencia de la dimensión. El item  $F_{20}$  con un coeficiente de determinación 0,11, es el que ofrece un menor valor de todos los items de esta dimensión; es pues el item con menos significado en la consistencia interna de la Dimensión I.

Dimens. II (SÍnt. Físicos).

Dimens. III (SÍnt. Conductuales).

Item	Coefic. de determinación $r^2$	Item	Coefic. de determinación $r^2$
-----		-----	
P <sub>1</sub>	.5482	Cd <sub>1</sub>	.3843
P <sub>2</sub>	.5826	Cd <sub>2</sub>	.4170
P <sub>3</sub>	.4909	Cd <sub>3</sub>	.6393
P <sub>4</sub>	.4073	Cd <sub>4</sub>	.6846
P <sub>5</sub>	.4364	Cd <sub>5</sub>	.4779
P <sub>6</sub>	.5423	Cd <sub>6</sub>	.3669
P <sub>7</sub>	.4129	Cd <sub>7</sub>	.2410
P <sub>8</sub>	.6302	Cd <sub>8</sub>	.4395
P <sub>9</sub>	.5302	Cd <sub>9</sub>	.4372
P <sub>10</sub>	.5268	Cd <sub>10</sub>	.3129
P <sub>11</sub>	.5954	Cd <sub>11</sub>	.4013
P <sub>12</sub>	.6372	Cd <sub>12</sub>	.2954
P <sub>13</sub>	.5100	Cd <sub>13</sub>	.3230
P <sub>14</sub>	.5433	Cd <sub>14</sub>	.4659
P <sub>15</sub>	.3262	Cd <sub>15</sub>	.5262
P <sub>16</sub>	.6287	Cd <sub>16</sub>	.2995
P <sub>17</sub>	.4084	Cd <sub>17</sub>	.2902
P <sub>18</sub>	.6187	Cd <sub>18</sub>	.4431
P <sub>19</sub>	.5473	Cd <sub>19</sub>	.3290
P <sub>20</sub>	.2699	Cd <sub>20</sub>	.2777

Dimens. IV (SÍnt. Cognitivos).

Dimens. V (SÍnt. Asertivos).

Item	Coefic. de determinación $r^2$	Item	Coefic. de determinación $r^2$
-----	-----	-----	-----
Cg <sub>1</sub>	.5793	A <sub>1</sub>	.6537
Cg <sub>2</sub>	.4957	A <sub>2</sub>	.7422
Cg <sub>3</sub>	.4375	A <sub>3</sub>	.7322
Cg <sub>4</sub>	.3144	A <sub>4</sub>	.4122
Cg <sub>5</sub>	.6125	A <sub>5</sub>	.3667
Cg <sub>6</sub>	.6656	A <sub>6</sub>	.5014
Cg <sub>7</sub>	.5942	A <sub>7</sub>	.6208
Cg <sub>8</sub>	.4532	A <sub>8</sub>	.5094
Cg <sub>9</sub>	.5646	A <sub>9</sub>	.3946
Cg <sub>10</sub>	.5645	A <sub>10</sub>	.6754
Cg <sub>11</sub>	.5044	A <sub>11</sub>	.4648
Cg <sub>12</sub>	.5220	A <sub>12</sub>	.4564
Cg <sub>13</sub>	.3028	A <sub>13</sub>	.4596
Cg <sub>14</sub>	.5231	A <sub>14</sub>	.4659
Cg <sub>15</sub>	.6083	A <sub>15</sub>	.4836
Cg <sub>16</sub>	.5421	A <sub>16</sub>	.5277
Cg <sub>17</sub>	.5424	A <sub>17</sub>	.3305
Cg <sub>18</sub>	.5406	A <sub>18</sub>	.3856
Cg <sub>19</sub>	.5190	A <sub>19</sub>	.4097
Cg <sub>20</sub>	.4883	A <sub>20</sub>	.2324

En la Dimensión II (Síntomas Psíquicos), solamente observamos el ítem P<sub>20</sub> con un coeficiente de determinación menor 0,29, esto es, menos del 29% de la varianza de este ítem es explicada por el resto de ítems de la Dimensión II. Este ítem es el de menor significado en la consistencia interna de la Dimensión II.

En la Dimensión III (Síntomas Conductuales) vemos que el ítem Cd<sub>7</sub> con un coeficiente de determinación menor 0,25; y el ítem Cd<sub>20</sub>, su varianza es explicada en menos del 27% por el resto de los ítems de la Dimensión III. Es pues el ítem Cd<sub>7</sub> de menor significado en la consistencia interna de la Dimensión III.

En la Dimensión IV (Síntomas Cognitivos) no hay ningún ítem con un coeficiente de determinación menor 0,29. El ítem con menor coeficiente de determinación es el Cg<sub>13</sub>, con un 30% de la varianza explicada por la covariación conjunta del resto de los ítems de esta Dimensión.

En la Dimensión V (Síntomas Asertivos), el ítem A<sub>20</sub> posee un coeficiente de determinación menor 0,25, es pues el de menor significado en la consistencia interna de la Dimensión V.

En forma de resumen se han agrupado aquellos ítems, incluidos en las cinco Dimensiones del CPAR, con menor significación en la consistencia interna de este instrumento, tal y como queda establecido a través del análisis de los coeficientes de correlación múltiple.

Tabla nº 65.- Relación de ítems de menor significación en la consistencia interna del CPAR. (ordenados de menor a mayor en cada dimensión).

Dimensión I

Item	Concepto	Coefic. de determinación (r <sup>2</sup> )
F <sub>20</sub>	Ha notado un mayor interés por la sexualidad.	.1133
F <sub>19</sub>	Ha notado un menor interés por la sexualidad.	.1653
F <sub>18</sub>	Tiene ratos en que come excesivamente o cosas extrañas, incluso sin apetito.	.1704
F <sub>11</sub>	Tiene diarreas, descomposiciones intestinales.	.1904
F <sub>6</sub>	Tiene "tics".	.2479
F <sub>16</sub>	Tiene sueño durante el día y se queda dormido sin darse cuenta de día.	.2654
F <sub>14</sub>	Le cuesta quedarse dormido por las noches.	.2710

Dimensión II

P <sub>20</sub>	Es una persona recelosa o desconfiada.	.2699
-----------------	--	-------

Dimensión III

Cd <sub>20</sub>	Le irritan mucho los ruidos intensos o inesperados.	.2777
Cd <sub>7</sub>	Gesticula mucho	.2410

Dimensión V

A <sub>20</sub>	Se avergüenza o incomoda por cosas que hacen los demás.	.2324
-----------------	---	-------

Igualmente ha sido estudiado el coeficiente de determinación para cada uno de los 14 items que integran el cuestionario autoaplicado de Hamilton para la ansiedad (tabla nº 66).

En dicho cuestionario se han detectado dos items con un coeficiente de correlación múltiple con valores bajos. Concretamente se trata del item H-14 (Me he sentido incómodo, inquieto, tenso e impaciente, contraído con temblores, dificultad de respirar, necesidad de tragar saliva, sudoración de manos y pulso acelerado al contestar estas preguntas), que posee un coeficiente de correlación menor de 0,22 y el item H-3 (Tengo miedo a la oscuridad, de quedarme solo, de gente desconocida, de los animales, del tráfico, de la multitud), que no alcanza el valor de 0,20, y por tanto menos del 28% de la varianza de este item es explicada por el resto de los items.

En función de estos resultados, los dos items mencionados poseen una baja aportación a la consistencia del cuestionario autoaplicado de Hamilton.

Tabla nº 66.- Coeficiente de determinación para cada uno de los items del cuestionario de Hamilton para la ansiedad.

Item	$r^2$
-----	-----
H-1	.4781
H-2	.5622
H-3	.2751
H-4	.3550
H-5	.4121
H-6	.5403
H-7	.4641
H-8	.5651
H-9	.4971
H-10	.4719
H-11	.3801
H-12	.3530
H-13	.4440
H-14	.2117

### 5.3.3.-Estudios del coeficiente de consistencia interna.

El mecanismo para cuantificar la heterogeneidad del contenido, se realiza mediante la determinación del coeficiente alfa de Cronbach, este método es capaz de medir la consistencia interna entre los elementos del test.

Hemos calculado el coeficiente alfa de Cronbach, tanto para el cuestionario en conjunto, como para la agrupación de items en cada una de sus dimensiones correspondientes, como podemos observar en la tabla nº 67.

Tabla nº 67. Estudio del coeficiente alfa de Cronbach.

Global	$\alpha = 0,9730$	
I Dimensión (Síntomas Físicos)	$\alpha = 0,8399$	(20 items)
II Dimensión (Síntomas Psíquicos)	$\alpha = 0,9243$	(20 items)
III Dimensión (Síntomas Conductuales)	$\alpha = 0,8787$	(20 items)
IV Dimensión (Síntomas Cognitivos)	$\alpha = 0,9315$	(20 items)
V Dimensión (Síntomas Asertivos)	$\alpha = 0,9251$	(20 items)
Hamilton	$\alpha = 0,8878$	(14 items)

La valoración de la consistencia interna a través de un método como el coeficiente alfa de Cronbach, nos indica en una cifra el grado en el cual los items covarían dentro de la composición del instrumento y están relacionados con la puntuación total de la agrupación.

Al observar estos coeficientes, podemos afirmar que la consistencia interna de cada dimensión es muy alta. Al compararla con el test de Hamilton se aprecia que el coeficiente alfa de Cronbach de forma global, aún siendo elevado, es inferior al del CPAR, así como a las Dimensiones II, III y IV.

#### 5.4.-Estudios de Análisis Factorial.

Se han realizado diversos análisis factoriales exploratorios, intentando analizar el comportamiento de los distintos ítems del CPAR para analizar la forma de agrupación en factores. Se trata pues de sustituir toda una colección de variables por un reducido número de factores o grupos de variables relacionadas entre sí que los definen (Carrasco, 1989).

Los factores vienen definidos por las distintas cargas de saturación o pesos en el factor de las variables empíricas (100 ítems), en función de los datos obtenidos al realizar el proceso de medida de tales variables (Martin, 1989).

El estudio se ha realizado a través del estadístico Noharn del BMDP (Fraser et McDonald, 1988) o análisis factorial no lineal confirmatorio.

Los estudios se realizaron sobre la muestra total de 299 sujetos, en el cual se incluían 99 enfermos con ansiedad, 100 grupo control de enfermos psíquicos y 100 grupo control de enfermos no psíquicos.

En este estudio factorial, los 100 ítems que constituyen el CPAR, se han agrupado en un total de 5 factores, tal como se puede apreciar en la tabla nº 68.

Para realizar la composición de los factores, hemos acudido a la matriz de correlación de los items con los factores, evaluando en cada uno de los items la saturación del item con el factor y también si el item saturaba en un único factor o en varios. Inicialmente hemos adjudicado cada item al factor en el que saturaba. Los factores se han compuesto, atendiendo en primer lugar al criterio matemático pero realizando determinadas variaciones de acuerdo al criterio clínico.

En la tabla nº 68, se presenta, el análisis factorial de los 100 items del Cuestionario Pentadimensional de la Ansiedad en una muestra de 299 pacientes, que está integrada por tres grupos: Enfermos con ansiedad, Grupo Control de Enfermos Psíquicos y Grupo Control de Enfermos no psíquicos.

Tabla nº 68.

Análisis factorial de los 100 items del cuestionario CPAR. En

una muestra total de 299 pacientes: 99 (EA)  
 100 (GCEP)  
 100 (GCNP)

Item	Situación "a priori"	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5
1	F	0,714	-	-	-	-
2	F	0,555	-	-	-	-
3	F	0,709	-	-	-	-
4	F	0,577	-	-	-	-
5	F	0,558	-	0,332	-	-
6	F	0,505	-	-	-	-
7	F	0,681	-	-	-	-
8	F	0,442	-	-	-	-
9	F	0,384	-	-	-	-
10	F	0,602	-	-	-	-
11	F	0,342	-	-	-	-
12	F	0,691	-	-	-	-
13	F	0,695	-	-	-	-
14	F	0,425	-	-	-	-
15	F	0,498	-	0,351	-	-
16	F	0,390	-	-	-	-
17	F	0,617	-	-	0,412	-
18	F	-	-	-	0,470	-
19	F	-	0,366	-	-	-
20	F	-	-	-	0,441	-

F = Dimensión I (Síntomas Físicos).

1 = Item P<sub>1</sub> y 20 = Item P<sub>20</sub>.

Item	Situación "a priori"	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5
21	P	0,437	-	0,391	0,384	-
22	P	0,456	-	0,442	0,369	-
23	P	0,358	-	0,493	0,414	-
24	P	-	-	-	0,434	-
25	P	0,618	-	-	-	-
26	P	0,508	-	0,462	-	-
27	P	0,780	-	-	-	-
28	P	-	0,432	0,439	-	0,492
29	P	-	0,351	0,398	-	0,488
30	P	-	0,374	0,552	-	-
31	P	0,356	0,481	0,608	-	-
32	P	-	0,446	0,503	-	-
33	P	-	-	0,657	0,495	-
34	P	-	-	0,637	-	-
35	P	-	-	0,312	-	-
36	P	0,454	-	0,542	-	-
37	P	0,514	0,323	0,375	-	-
38	P	0,365	0,627	0,349	-	-
39	P	-	0,539	-	-	0,460
40	P	-	-	-	0,451	-

P = Dimensión II (Síntomas Psíquicos).

21 = Item P<sub>1</sub> y 40 = Item P<sub>20</sub>.

Item	Situación "a priori"	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5
41	Cd	0,350	-	0,322	0,484	-
42	Cd	-	0,352	0,539	-	-
43	Cd	-	0,754	0,350	-	-
44	Cd	0,334	0,676	0,344	-	-
45	Cd	0,441	0,351	-	0,473	-
46	Cd	-	-	-	0,412	0,350
47	Cd	-	-	-	0,490	-
48	Cd	0,639	-	-	-	-
49	Cd	0,571	0,420	-	-	0,349
50	Cd	0,614	-	-	-	-
51	Cd	0,602	-	-	-	0,361
52	Cd	-	-	-	0,646	-
53	Cd	-	-	-	0,748	0,378
54	Cd	0,478	0,360	-	-	0,555
55	Cd	-	0,556	0,312	-	0,335
56	Cd	-	-	-	0,381	-
57	Cd	-	-	0,393	0,542	-
58	Cd	0,378	-	0,441	-	0,336
59	Cd	0,500	-	-	0,329	-
60	Cd	-	-	0,448	-	-

Cd = Dimensión III (Síntomas Conductuales).

41 = Item<sub>1</sub> y 60 = Item Cd<sub>20</sub>.

Item	Situación "a priori"	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5
61	Cg	-	0,349	0,525	-	0,371
62	Cg	-	-	0,578	-	0,387
63	Cg	0,390	0,367	0,424	-	-
64	Cg	-	0,380	0,510	-	-
65	Cg	0,355	0,743	-	-	-
66	Cg	0,141	0,796	0,356	-	-
67	Cg	-	0,704	0,358	-	0,323
68	Cg	0,353	0,434	-	-	-
69	Cg	0,374	-	0,548	0,352	-
70	Cg	0,450	-	0,462	0,50	0,375
71	Cg	0,358	-	0,540	-	0,325
72	Cg	-	-	0,661	-	-
73	Cg	-	-	0,565	-	-
74	Cg	-	-	0,652	-	-
75	Cg	-	0,722	-	-	-
76	Cg	-	-	0,649	-	0,377
77	Cg	0,382	-	0,641	-	-
78	Cg	0,426	-	0,602	-	-
79	Cg	0,383	-	0,640	-	0,382
80	Cg	-	0,310	0,545	-	0,370

Cg = Dimensión IV (Síntomas Cognitivos).

61 = Item Cg<sub>1</sub> y 80 = Item Cg<sub>20</sub>.

Item	Situación "a priori"	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5
81	A	-	-	-	-	0,845
82	A	-	-	-	-	0,922
83	A	-	-	-	-	0,913
84	A	-	-	-	-	0,637
85	A	-	-	-	-	0,486
86	A	-	-	-	-	0,635
87	A	-	-	0,314	-	0,788
88	A	-	-	-	-	0,765
89	A	-	-	-	-	0,566
90	A	-	-	-	-	0,829
91	A	-	-	-	-	0,769
92	A	-	-	0,547	-	0,522
93	A	-	-	0,350	0,345	0,529
94	A	-	-	-	-	0,638
95	A	-	-	-	-	0,654
96	A	-	-	-	-	0,733
97	A	-	-	-	-	0,532
98	A	-	-	0,357	-	0,420
99	A	-	-	-	-	0,535
100	A	-	-	0,446	-	-

A = Dimensión V (Síntomas Asertivos).

81 = Item A<sub>1</sub> y 100 = Item A<sub>20</sub>.

#### 5.4.1.-Descripción de los factores.

En las tablas 69, 70, 71, 72 y 73, describimos los cinco factores, con los items que los componen según su carga de saturación. En la tabla nº 69, analizamos la composición del factor 1.

Tabla nº 69.

Análisis de los Componentes Principales con rotación oblicua, composición del 1er. factor. Items ordenados en el factor por su saturación.

Factor	Item	Contenido	Situación "a priori" en el cuestionario pentadimensional.
1	F <sub>1</sub>	Tiene palpitaciones o taquicardias.	F
1	F <sub>2</sub>	Se ruboriza o se pone pálido.	F
1	F <sub>3</sub>	Le tiemblan las manos, los pies, o el cuerpo en general	F
1	F <sub>4</sub>	Suda mucho.	F
1	F <sub>5</sub>	Se le seca la boca.	F
1	F <sub>6</sub>	Tiene "tics" (guiños, o contracturas musculares automáticas.	F
1	F <sub>7</sub>	Nota falta de aire, dificultad para respirar, opresión en el pecho.	F
1	F <sub>8</sub>	Tiene gases.	F
1	F <sub>9</sub>	Orina con mucha frecuencia o de forma imperiosa.	F
1	F <sub>10</sub>	Tiene náuseas o vómitos.	F
1	F <sub>11</sub>	Tiene diarreas.	F

Factor	Item	Contenido	Situacion "a priori" en el cuestionario pentadimensional.
1	F <sub>12</sub>	Se nota con un nudo en la garganta, tiene dificultad para tragar.	F
1	F <sub>13</sub>	Tiene vértigos, sensación de inestabilidad, desmayo, de que puede caerse.	F
1	F <sub>14</sub>	Le cuesta quedarse dormido por las noches.	F
1	F <sub>15</sub>	Tiene pesadillas.	F
1	F <sub>16</sub>	Tiene sueño durante el día y se queda dormido sin darse cuenta.	F
1	F <sub>17</sub>	Pasa temporadas sin apetito, sin querer comer nada.	F
1	Cd <sub>8</sub>	Le ha cambiado la voz.	Cd
1	Cd <sub>9</sub>	Se nota más torpe en sus movimientos o más rígido.	Cd
1	Cd <sub>10</sub>	Tiene más tensa la mandíbula	Cd
1	Cd <sub>11</sub>	Tartamudea o cecea.	Cd
1	Cd <sub>19</sub>	Le dicen que está inexpresivo, como con la cara "congelada".	Cd

F = Síntomas Físicos.

Cd = Síntomas Conductuales.

El factor 1 está formado por los items de origen somático: F<sub>1</sub> (palpitaciones y taquicardias), síntomas del sistema cardiovascular, F<sub>2</sub> (rubor y palidez), F<sub>4</sub> (sudoración), F<sub>5</sub> (sequedad de boca); síntomas del sistema nervioso autónomo: F<sub>7</sub> (falta de aire, dificultad para respirar, opresión en el pecho), síntomas del sistema respiratorio, F<sub>8</sub> (gases), F<sub>10</sub> (náuseas y vómitos), F<sub>11</sub> (diarreas), F<sub>17</sub> (anorexia), F<sub>12</sub> (nudo estomago, garganta, dificultad para tragar), síntomas del sistema gastrointestinal, F<sub>9</sub> (micción frecuente o imperiosa), síntomas del sistema urinario. F<sub>13</sub> (vértigos, sensación de inestabilidad, desmayo), Cd<sub>8</sub> (le cambia la voz, ha notado altibajos), Cd<sub>9</sub> (se nota más torpe en los movimientos, más rígido), Cd<sub>10</sub> (mandíbula tensa), Cd<sub>11</sub> (tartamudea, cecea), síntomas somáticos generales (musculares), F<sub>14</sub> (dificultad de conciliar el sueño), F<sub>15</sub> (pesadillas), F<sub>16</sub> (sueño diurno).

Lo denominamos la expresividad de los síntomas físicos de la ansiedad.

En la tabla nº 70, analizamos los items que componen el factor 2, denominado expresividad de los síntomas intelectuales y anímicos de la ansiedad.

Tabla nº 70.

Análisis de los Componentes Principales que componen el segundo factor, los items ordenados en el factor por su saturación.

Factor	Item	Contenido	Situación "a priori" en el cuestionario pentadimensional.
2	F <sub>19</sub>	Ha notado un menor interés por la sexualidad.	F
2	P <sub>10</sub>	Tiene sensación de vacío.	P
2	P <sub>12</sub>	Está triste, meditabundo, melancólico.	P
2	P <sub>18</sub>	Se nota cansado, sin interés ni ganas de hacer nada.	P
2	P <sub>19</sub>	Le cuesta mucho tomar una decisión.	P
2	Cd <sub>3</sub>	Rinde menos en sus actividades habituales.	Cd
2	Cd <sub>4</sub>	Le resulta difícil o penoso realizar sus actividades habituales.	Cd
2	Cd <sub>9</sub>	Se encuentra más torpe en sus movimientos o más rígido.	Cd
2	Cd <sub>14</sub>	A veces se queda bloqueado, sinsaber que hacer o decir.	Cd
2	Cd <sub>15</sub>	Le cuesta mucho o no está dispuesto a realizar una actividad intensa.	Cd
2	Cg <sub>5</sub>	Se concentra mal, con dificultad.	Cg
2	Cg <sub>6</sub>	Nota como si le fallase la memoria, le cuesta recordar cosas recientes.	Cg

Factor	Item	Contenido	Situacion "a priori" en el cuestionario pentadimensional.
2	Cg <sub>7</sub>	Le cuesta recordar cosas que cree saber, que ha aprendido hace tiempo.	Cg
2	Cg <sub>8</sub>	Está muy despistado.	Cg
2	Cg <sub>15</sub>	Le cuesta pensar, nota un cierto bloqueo intelectual.	Cg

F = Síntomas Físicos.

P = Síntomas Psíquicos.

Cd = Síntomas Conductuales.

Cg = Síntomas Cognitivos.

El factor 2 está formado por los items: P<sub>10</sub> (tiene sensación de vacío), P<sub>12</sub> (está triste, meditabundo, melancólico), P<sub>18</sub> (se nota cansado, sin interés), P<sub>19</sub> (le cuesta mucho tomar una decisión), Cd<sub>9</sub> (se encuentra más torpe en sus movimientos, más rígido), Cd<sub>10</sub> (le dicen que está inexpresivo, como con la cara congelada). Todos ellos correspondientes al humor depresivo. El item Cd<sub>3</sub> (rinde menos en sus actividades), Cd<sub>4</sub> (le resulta difícil realizar una actividad habitual), Cd<sub>14</sub> (se queda bloqueado, sin saber que decir o hacer), Cd<sub>15</sub> (le cuesta mucho o no está dispuesto a realizar una actividad intensa), Cg<sub>5</sub> (se concentra mal, con dificultad), Cg<sub>6</sub> (nota como si le fallase la memoria, le cuesta recordar cosas recientes), Cg<sub>7</sub> (le cuesta recordar cosas que ha aprendido recientemente), Cg<sub>8</sub> (está muy despistado), Cg<sub>15</sub> (le cuesta pensar, nota un cierto bloqueo intelectual). Lo denominamos expresividad intelectual y anímico de la ansiedad.

En la tabla nº 71, estudiaremos los items que corresponden al factor 3, denominado expresividad de los síntomas psíquicos de la ansiedad.

Tabla nº 71.

Análisis de los Componentes Principales que constituyen el tercer factor, los items están ordenados en el factor por su saturación.

Factor	Item	Contenido	Situación "a priori" en el cuestionario pentadimensional.
3	P <sub>1</sub>	Se nota inquieto, nervioso, desasogado por dentro	P
3	P <sub>2</sub>	Se siente amenazado, incluso sin saber por qué.	P
3	P <sub>3</sub>	Tiene sensación de estar luchando continuamente sin saber contra qué.	P
3	P <sub>6</sub>	Tiene miedos difusos, sin saber bien a qué	P
3	P <sub>8</sub>	Se encuentra muy inseguro de sí mismo.	P
3	P <sub>9</sub>	A veces se siente inferior a los demás.	P
3	P <sub>11</sub>	Se nota distinto, como si hubiera perdido su identidad.	P
3	P <sub>13</sub>	Teme perder el control de sí mismo y hacer daño a otras personas.	P
3	P <sub>14</sub>	Teme no controlarse y llegar a suicidarse.	P
3	P <sub>15</sub>	Está asustado o le da mucho miedo la muerte.	P
3	P <sub>16</sub>	Está asustado pensando que se está volviendo loco o que pueda volverse loco.	P
3	P <sub>17</sub>	Tiene la sensación de que ocurrirá alguna desgracia.	P

Factor	Item	Contenido	Situación "a priori" en el cuestionario pentadimensional.
3	Cd <sub>1</sub>	Está siempre alerta, como vigilando o en guardia.	Cd
3	Cd <sub>18</sub>	Tiene expresión de perplejidad, desagradable, displacer o preocupación.	Cd
3	Cd <sub>20</sub>	Le irritan los ruidos intensos.	Cd
3	Cg <sub>1</sub>	Le inquieta el futuro, lo ve todo negro, difícil de forma pesimista.	Cg
3	Cg <sub>2</sub>	Piensa que tiene mala suerte y siempre la tendrá.	Cg
3	Cg <sub>3</sub>	Cree que no sirve para nada, y no sabe hacer nada.	Cg
3	Cg <sub>4</sub>	Los demás dicen que no es justo en sus juicios y apreciaciones.	Cg
3	Cg <sub>9</sub>	Tiene ideas o pensamientos de los que no puede librarse.	Cg
3	Cg <sub>10</sub>	Le da vueltas a las cosas.	Cg
3	Cg <sub>11</sub>	Todo le afecta negativamente cualquier detalle, noticia.	Cg
3	Cg <sub>12</sub>	Utiliza términos extremos: inútil, imposible, nunca, jamás.	Cg
3	Cg <sub>13</sub>	Hace juicios de valores sobre los demás.	Cg
3	Cg <sub>14</sub>	Se acuerda más de lo negativo que de lo positivo.	Cg
3	Cg <sub>16</sub>	Un pequeño detalle que sale mal le sirve para decir que todo es caótico.	Cg

Factor	Item	Contenido	Situacion "a priori" en el cuestionario pentadimensional.
3	Cg <sub>17</sub>	Piensa que la vida no ha merecido la pena, que todo han sido injusticias o dolor.	Cg
3	Cg <sub>18</sub>	Pensar algo angustioso le conduce a pensamientos más angustiosos todavía.	Cg
3	Cg <sub>19</sub>	Piensa lo que haría en una situación difícil y cree que no podría superarla.	Cg
3	Cg <sub>20</sub>	Cree que la única solución es un cambio verdaderamente profundo o que es inútil.	Cg
3	A <sub>20</sub>	Se avergüenza o incomoda por cosas que hacen los demás.	A

P = Síntomas Psíquicos.

Cd = Síntomas Conductuales.

Cg = Síntomas Cognitivos.

A = Síntomas Asertivos.

El factor 3, está compuesto por los items: P<sub>1</sub> (se nota inquieto, nervioso, desasosegado por dentro), P<sub>2</sub> (se siente amenazado, sin saber por qué), P<sub>3</sub> (tiene sensación de lucha continua sin saber contra qué), P<sub>6</sub> (tiene miedos difusos), P<sub>8</sub> (se encuentra inseguro de sí mismo), P<sub>9</sub> (a veces se siente inferior a los demás), P<sub>11</sub> (se nota distinto como si hubiera perdido su identidad), P<sub>13</sub> (teme perder el control de sí mismo y hacer daño a otras personas), P<sub>14</sub> (teme no controlarse y llegar a suicidarse), P<sub>15</sub> (está asustado o le da miedo la muerte), P<sub>16</sub> (está asustado pensando que se está volviendo o puede volverse loco), P<sub>17</sub> (tiene la sensación de que ocurrirá alguna desgracia), todos ellos pertenecientes a la vertiente psíquica de la ansiedad.

Los items Cd<sub>1</sub>, Cd<sub>2</sub>, Cd<sub>18</sub>, Cd<sub>20</sub>, aún siendo de la Dimensión IV su contenido conceptual está en la línea de los de la Dimensión III.

Los otros items Cg<sub>1</sub>, Cg<sub>2</sub>, Cg<sub>3</sub>, Cg<sub>4</sub>, Cg<sub>9</sub>, Cg<sub>10</sub>, Cg<sub>11</sub>, Cg<sub>12</sub>, Cg<sub>13</sub>, Cg<sub>14</sub>, Cg<sub>16</sub>, Ch<sub>17</sub>, Cg<sub>18</sub>, Cg<sub>19</sub> y Cg<sub>20</sub> también contribuyen a este factor.

En la tabla nº 72, analizamos los items que conforman el factor 4.

Tabla nº 72. Análisis de los Componentes Principales que componen el factor 4, los items están ordenados en el factor por su saturación.

Factor	Item	Contenido	Situación "a priori" en el cuestionario pentadimensional.
4	F <sub>18</sub>	Tiene ratos en que come come cosas extrañas incluso sin apetito.	F
4	F <sub>20</sub>	Ha notado mayor interés por la sexualidad.	F
4	P <sub>20</sub>	Es una persona recelosa o desconfiada.	P
4	Cd <sub>1</sub>	Está siempre alerta como vigilando o en guardia.	Cd
4	Cd <sub>5</sub>	Se mueve de un lado para otro, como agitado, sin motivo.	Cd
4	Cd <sub>6</sub>	Cambia mucho de postura, por ejemplo cuando está sentado.	Cd
4	Cd <sub>7</sub>	Gesticula mucho.	Cd
4	Cd <sub>12</sub>	Se muerde las uñas, "padrastros", se chupa el dedo o se lo frota.	Cd
4	Cd <sub>13</sub>	Juega mucho con objetos, necesita tener algo entre las manos.	Cd
4	Cd <sub>16</sub>	Muchas veces tiene la frente fruncida.	Cd
4	Cd <sub>17</sub>	Tiene los párpados contraindos o las cejas hacia abajo.	Cd
4	Cd <sub>19</sub>	Dicen que está inexpresivo, como con la cara "congelada".	Cd

F = Síntomas Físicos.

P = Síntomas Psíquicos.

Cd = Síntomas Conductuales.

Como observamos en la tabla 72, el factor 4 incluye, los items correspondientes a la hipervigilancia: el item Cd<sub>1</sub> (está siempre alerta, como vigilando o en guardia), los items de la inquietud motora: el item Cd<sub>5</sub> (se mueve de un lado para otro), Cd<sub>6</sub> (cambia mucho de postura, por ejemplo, cuando está sentado), Cd<sub>7</sub> (gesticula mucho), Cd<sub>12</sub> (se muerde las uñas, "padrastrós", se chupa el dedo o se lo frota), Cd<sub>13</sub> (juega mucho con objetos, necesita tener algo en las manos), los items correspondientes a los trastornos del lenguaje no verbal: Cd<sub>16</sub> (muchas veces, tiene la frente fruncida), Cd<sub>17</sub> (tiene los párpados contraídos, o las cejas hacia abajo), Cd<sub>19</sub> (dicen que está inexpresivo, como con la cara "congelada"), y los items F<sub>18</sub> (tiene ratos en que come cosas extrañas, incluso sin apetito), F<sub>20</sub> (ha notado mayor interés por la sexualidad) y P<sub>20</sub> (es una persona recelosa, desconfiada). Al que denominamos nucleo conductual.

En la tabla nº 73, describimos los items que constituyen el factor 5, el que denominaremos núcleo de la asertividad.

Tabla nº 73. Análisis de los Componentes Principales del factor 5, los items están ordenados en el factor por su saturación.

Factor	Item	Contenido	Situación "a priori" en el cuestionario pentadimensional.
5	A <sub>1</sub>	A veces no sabe qué decir ante ciertas personas.	A
5	A <sub>2</sub>	Le cuesta mucho iniciar una conversación.	A
5	A <sub>3</sub>	Le resulta difícil presentarse a sí mismo en una reunión social.	A
5	A <sub>4</sub>	Le cuesta mucho decir "no" o mostrarse en desacuerdo con algo.	A
5	A <sub>5</sub>	Intenta agradar a todo el mundo y siempre sigue la corriente general.	A
5	A <sub>6</sub>	Le resulta muy difícil hablar de temas generales e intrascendentes.	A
5	A <sub>7</sub>	Se comporta con mucha rigidez, sin naturalidad en las reuniones sociales.	A
5	A <sub>8</sub>	Le resulta muy difícil hablar en público, formular o reponder preguntas.	A
5	A <sub>9</sub>	Prefiere claramente la soledad antes que estar con desconocidos.	A
5	A <sub>10</sub>	Se nota muy pasivo o bloqueado en las reuniones sociales.	A
5	A <sub>11</sub>	Le cuesta expresar a los demás sus verdaderas opiniones o sentimientos.	A

Factor	Item	Contenido	Situacion "a priori" en el cuestionario pentadimensional.
5	A <sub>12</sub>	Intenta dar en público una imagen de sí mismo, distinta a la real.	A
5	A <sub>13</sub>	Está muy pendiente de lo que los demás opinen de usted.	A
5	A <sub>14</sub>	Se siente a menudo avergonzado ante los demás.	A
5	A <sub>15</sub>	Prefiere pasar totalmente desapercibido en las reuniones sociales.	A
5	A <sub>16</sub>	Le resulta difícil terminar una conversación difícil o comprometida.	A
5	A <sub>17</sub>	Tiene o utiliza poco el sentido del humor ante situaciones de cierta tensión.	A
5	A <sub>18</sub>	Está muy pendiente de lo que hace en presencia de personas de poca confianza.	A
5	A <sub>19</sub>	Prefiere no discutir ni quejarse a pesar de estar seguro de llevar la razón.	A

El factor 5, está formado por los items correspondientes a un descenso en las diversas habilidades sociales. Tenemos el item A<sub>1</sub> (no saber qué decir ante ciertas personas), A<sub>2</sub> (no saber iniciar una conversación), A<sub>6</sub> (dificultad para hablar de temas generales), A<sub>8</sub> (dificultad para hablar en público), A<sub>15</sub> (dificultad para terminar una conversación difícil), todos ellos pertenecientes a las habilidades de comunicación. El item A<sub>3</sub> (dificultad para presentarse en una reunión social), A<sub>7</sub> (se comporta con rigidez en las reuniones sociales), A<sub>12</sub> (intenta dar en público una imagen de sí mismo distinta a la real), A<sub>13</sub> (está pendiente de lo que los demás opinan de usted), A<sub>14</sub> (se siente avergonzado ante los demás), A<sub>15</sub> (prefiere pasar desapercibido en las reuniones sociales), A<sub>16</sub> (está pendiente de lo que hace en presencia de personas de poca confianza), A<sub>17</sub> (tiene o utiliza poco el sentido del humor ante situaciones de cierta tensión), A<sub>18</sub> (se nota bloqueado o pasivo en las reuniones sociales), todos ellos pertenecen al bloqueo de las relaciones interpersonales. El item A<sub>4</sub> (no sabe decir "no" o mostrarse en desacuerdo), A<sub>5</sub> (intenta agradar a todo el mundo y seguir la corriente general), A<sub>11</sub> (le cuesta expresar a los demás sus verdaderas opiniones o sentimientos) y A<sub>19</sub> (prefiere no discutir ni quejarse a pesar de estar seguro de llevar la razón), pertenecientes a la falta de defensa de los derechos propios.

En la tabla nº 74, analizamos los factores que componen las dimensiones, detallando los items que se agrupan y a cuál dimensión "a priori" corresponden.

Tabla nº 74.

Descripción de los factores.

Dimensión	Factor	nº total de items que se agrupan de la dimensión	nº total de items de otras dimensiones	Total
Física	I = A: Manifes- tación somática.	16	Cd 5	21
	II = B: Expresi- vidad intelectual y anímica.	5	F 1 P 4 Cd 5	15
Psíquica	III = C: Manifes- tación psíquica	12	F 1 Cd 4 Cg 15 A 1	33
Conductual	IV = D: Manifes- tación conductual	9	F 2 P 1	12
Asertiva	V = E: Manifes- tación asertiva	19	--	19
				----- 100 -----

Realizaremos a continuación un análisis detallado de lo expuesto anteriormente.

La Dimensión I, comprende el factor 1, que está formado por los items de la expresividad somática, tanto los que evalúan síntomas cardiovasculares (item F<sub>1</sub>) como los que valoran síntomas del sistema nervioso autónomo (items, F<sub>2</sub>, F<sub>4</sub>, F<sub>5</sub>). También el que evalúa los síntomas respiratorios (item F<sub>7</sub>) como los pertenecientes al sistema gastrointestinal (items F<sub>8</sub>, F<sub>10</sub>, F<sub>11</sub>, F<sub>12</sub>, F<sub>17</sub>), al igual el item de valoración de los síntomas urinarios (item F<sub>9</sub>), así como los del sistema somático general (items F<sub>13</sub>, Cd<sub>8</sub>, Cd<sub>9</sub>, Cd<sub>10</sub>, Cd<sub>11</sub>) y por último los correspondientes al insomnio (items F<sub>14</sub>, F<sub>15</sub>, F<sub>16</sub>).

Es lógica la reunión de los items Cd<sub>8</sub>, Cd<sub>9</sub>, Cd<sub>10</sub>, Cd<sub>11</sub>, es pues la vertiente física de la dimensión conductual.

La suma de los items del factor 1 es de 21 items de la Dimensión I.

El factor 2, expresividad intelectual y anímica de la ansiedad, produce una asociación de los contenidos conceptuales de los items P<sub>10</sub>, P<sub>12</sub>, P<sub>19</sub>, correspondientes al humor depresivo, y por otro los items, Cd<sub>3</sub>, Cd<sub>4</sub>, Cd<sub>14</sub>, Cd<sub>15</sub>, Cg<sub>5</sub>, Cg<sub>6</sub>, Cg<sub>7</sub>, Cg<sub>8</sub>, Cg<sub>15</sub>, todos ellos al descenso de las funciones intelectuales.

El factor 3, presenta los items P<sub>1</sub>, P<sub>2</sub>, P<sub>3</sub>, P<sub>6</sub>, P<sub>8</sub>, P<sub>9</sub>, P<sub>11</sub>, P<sub>13</sub>, P<sub>14</sub>, P<sub>15</sub>, P<sub>16</sub>, P<sub>17</sub>, los cuales son componentes psíquicos de la ansiedad. También se reúnen en este factor cuatro items conductuales, el Cd<sub>1</sub>, Cd<sub>2</sub>, Cd<sub>18</sub>, Cd<sub>20</sub>.

A estos se añaden 15 items de la dimensión cognitiva, Cg<sub>1</sub>, Cg<sub>2</sub>, Cg<sub>3</sub>, Cg<sub>4</sub>, Cg<sub>9</sub>, Cg<sub>10</sub>, Cg<sub>11</sub>, Cg<sub>12</sub>, Cg<sub>13</sub>, Cg<sub>14</sub>, Cg<sub>16</sub>, Cg<sub>17</sub>, Cg<sub>18</sub>, Cg<sub>19</sub>, Cg<sub>20</sub>, pertenecientes a la dimensión cognitiva.

Este factor configura la expresividad psíquica-cognitiva de la ansiedad.

El factor 4 es el núcleo conductual, presenta los items Cd<sub>1</sub>, Cd<sub>5</sub>, Cd<sub>6</sub>, Cd<sub>7</sub>, Cd<sub>12</sub>, Cd<sub>13</sub>, Cd<sub>16</sub>, Cd<sub>17</sub>, Cd<sub>19</sub>. Los cuales son componentes conductuales de la ansiedad.

El item A<sub>20</sub>, pertenece a la dimensión V.

El factor 5, es el núcleo de la asertividad, está constituido por los 19 items primeros de la dimensión asertiva. De ellos el A<sub>1</sub>, A<sub>2</sub>, A<sub>6</sub>, A<sub>8</sub>, y A<sub>15</sub> pertenecen a las habilidades de la comunicación. Los items A<sub>3</sub>, A<sub>7</sub>, A<sub>9</sub>, A<sub>10</sub>, A<sub>12</sub>, A<sub>13</sub>, A<sub>14</sub>, A<sub>15</sub>, A<sub>17</sub>, A<sub>18</sub>, corresponden al bloqueo de las relaciones interpersonales y finalmente los items A<sub>4</sub>, A<sub>5</sub>, A<sub>11</sub>, y A<sub>19</sub>, a la falta de defensa de los propios derechos.

El análisis factorial, en cierta medida permite ratificar la orientación Pentadimensional propuesta por Rojas. Sin embargo, es conveniente la realización de análisis factoriales confirmatorios para intentar el ajuste exacto del modelo matemático al modelo teórico.

### 5.5.- Efecto modulador del sexo.

Realizamos una primera aproximación del efecto modulador del sexo, en la evaluación del Cuestionario Pentadimensional de la Ansiedad de Rojas para la sintomatología ansiosa, con el objeto de conocer la posible existencia de peculiaridades sintomatológicas, en alguno de los grupos.

El estudio analiza la muestra global de 299 individuos, dividida en tres grupos, integrados por los enfermos aniosos, grupo 1, con 99 sujetos, el grupo 2, o grupo control de enfermos psíquicos con 98 sujetos y el tercer grupo con 100 sujetos. Todos ellos divididos en dos subgrupos según el sexo.

En las tablas 75 y 76 , analizaremos las diferencias encontradas en la aparición de la sintomatología en los tres grupos y en relación con el sexo.

Tabla nº 75.

Frecuencia de aparición de la sintomatología física en los tres grupos en función del sexo.

Grupo	<u>SINTOMAS FISICOS</u>				Nº de casos.
	1		2		
	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	
1	22,85%	(39)	27,48%	(60)	= 99
2	11,19%	(53)	11,87%	(45)	= 98
3	5,20%	(25)	8,52%	(75)	= 100

Sexo 1 = varón                      2 = mujer

Grupo 1 = Enfermos con ansiedad (EA)

2 = Grupo control de enfermos psíquicos (GCEP)

3 = Grupo control de enfermos no psíquicos (GCNP)

En el análisis de la varianza, observamos diferencias significativas, con  $p \leq 0,001$  entre los tres grupos, pero no resultando significativa en función del sexo.

En la tabla nº 75, se aprecia que el primer grupo es el más afectado por los síntomas físicos, encontrándose en los varones un porcentaje del 22,85% y en las mujeres ligeramente superior con 27,48%, mientras que el grupo 3, enfermos no psíquicos, presenta una frecuencia de la sintomatología física en los varones del 5,20% y del 8,52% entre las mujeres.

Tabla nº 76.

Frecuencia de aparición de la sintomatología psíquica en los tres grupos analizados, según el sexo.

Grupo	1		2		Nº de casos.
	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	
1	36,13%	(39)	38,02%	(60)	= 99
2	15,28%	(53)	15,49%	(45)	= 98
3	3,96%	(25)	8,89%	(75)	= 100

Sexo 1 = varón                      2 = mujer

Grupo 1 = Enfermos con ansiedad (EA)

2 = Grupo control de enfermos psíquicos (GCEP)

3 = Grupo control de enfermos no psíquicos (GCNP)

Las diferencias son significativas con  $p \geq 0,001$ , respecto a los tres grupos descritos.

Los síntomas psíquicos aparecen según la tabla nº 76, en un 36,13% en los varones de grupo de enfermos con ansiedad y en un 38,02% en el mismo grupo en las mujeres. Mientras que en el caso de las mujeres del grupo de los enfermos no psiquiátricos alcanza únicamente el 8,89% al 15,49% en mujeres del grupo de enfermos psíquicos sin ansiedad.

Tabla nº 77.

Frecuencia de los síntomas cognitivos en los tres grupos analizados, según el sexo.

Grupo	<u>SINTOMAS DE CONDUCTA</u>				Nº de casos.
	1		2		
	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	
1	38,00%	(39)	37,17%	(60)	= 99
2	14,32%	(53)	15,78%	(45)	= 98
3	7,84%	(25)	13,29%	(75)	= 100

Sexo 1 = varón                      2 = mujer

Grupo 1 = Enfermos con ansiedad (EA)

2 = Grupo control de enfermos psíquicos (GCEP)

3 = Grupo control de enfermos no psíquicos (GCNP)

En el análisis de la varianza, observamos diferencias significativas con  $p \geq 0,001$  entre los tres grupos, pero no resultando significativa en función del sexo.

La tabla nº 77, se aprecia que el primer grupo es el más afectado por los síntomas cognitivos, encontrando en las mujeres un porcentaje del 37,17% y en los varones ligeramente superior el 38,17%, mientras que el tercer grupo de pacientes no psíquicos, presenta una frecuencia de la sintomatología cognitiva en los varones del 7,84 y del 11,29 en las mujeres.

Tabla nº 78.

Frecuencia de los síntomas cognitivos en los tres grupos analizados, según el sexo.

Grupo	<u>SINTOMAS ASERTIVOS</u>				Nº de casos.
	1		2		
	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	
1	35,72%	(39)	29,70%	(60)	= 99
2	14,38%	(53)	12,22%	(45)	= 98
3	11,20%	(25)	13,60%	(75)	= 100

Sexo 1 = varón                      2 = mujer

Grupo 1 = Enfermos con ansiedad (EA)

2 = Grupo control de enfermos psíquicos (GCEP)

3 = Grupo control de enfermos no psíquicos (GCNP)

Las diferencias son significativas con  $p \geq 0,001$ , respecto a los tres grupos descritos.

Los síntomas asertivos aparecen según la tabla nº 78, en un 35,72% en los varones del primer grupo y en un 29,70% en las mujeres del mismo grupo. Siendo el porcentaje similar en las mujeres de los dos grupos control, con un 12,22% en mujeres del segundo grupo y con un 13,60% en las mujeres del tercer grupo.

En la tabla nº 79, analizaremos las diferencias encontradas en la aparición de la sintomatología en los tres grupos y en relación con el sexo, al aplicar a la muestra total el test de Hamilton.

Tabla nº 79.

Frecuencia de aparición de la sintomatología ansiosa en los tres grupos en función al sexo, al aplicar el test Hamilton.

Grupo	1		2		Nº de casos.
	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	
1	20,49%	(39)	22,52%	(60)	= 99
2	9,91%	(53)	10,49%	(45)	= 98
3	5,17%	(25)	8,13%	(75)	= 100

Sexo 1 = varón            2 = mujer

Grupo 1 = Enfermos con ansiedad (EA)

2 = Grupo control de enfermos psíquicos (GCEP)

3 = Grupo control de enfermos no psíquicos (GCNP)

En el análisis de la varianza, observamos diferencias significativas, con  $p \geq 0,001$  entre los tres grupos, no resultando significativa en función del sexo.

En la tabla nº 79, se aprecia que el primer grupo es el más afectado encontrando en los varones un porcentaje 20,49% y ligeramente superior en las mujeres 22,52%. Mientras que en el tercer grupo presentan los varones un porcentaje del 5,17%.

### 5.6.-Análisis Discriminante.

El análisis discriminante definido de acuerdo con el criterio propuesto por Klecka en 1982, es la técnica estadística que analiza las diferencias entre dos o más grupos, con respecto a un conjunto de variables simultáneamente y clasifica individuos en el grupo que les es más próximo (Rivas, Rius y Martínez-Arias, 1990).

Según estos autores, el análisis discriminante, se utiliza bajo dos propósitos.

1.- Definir las diferencias entre dos grupos, mediante la interpretación y el significado de las funciones discriminantes. El análisis discriminante descriptivo (ADD).

2.- Clasificar a los sujetos en grupos. El análisis discriminante predictivo (ADP).

En el primer objetivo, consiste en describir gráfica o algebraicamente las características diferenciales de observaciones que provienen de varias poblaciones conocidas.

Los estadísticos apropiadas, son las funciones discriminantes lineales y la Lambda de Wilks.

En este estudio el número de funciones discriminantes son 2 funciones, al tratarse de 3 grupos (siendo 3 grupos - 1).

El porcentaje relativo, informa si las funciones aportan información a la diferencia entre grupos. El coeficiente de correlación canónica indica el grado de relación entre los grupos y la función discriminante.

El Lambda de Wilks, realiza la medida de discriminación residual, indica la capacidad de las variables para discriminar entre grupos, una vez extraída la información de las funciones hallada previamente.

En la tabla nº 80, se indican el porcentaje relativo y la correlación canónica de las dos funciones.

Tabla nº 80. Funciones discriminantes.

Funciones	Autovalor	Porcentaje relativo		Correlación canónica.
1 *	1.6542	96.74	96.74	.7895
2 *	.0557	3.26	100.00	.2298

Función	Wilks Lambda	chi cuadrado	DF	Sig.
0	.3569	298.814	14	.0000
1	.9472	15.732	6	.0153

Los anteriores resultados mostrados en la tabla nº 80, muestran que el mayor porcentaje relativo, lo aporta la primera función discriminante lineal (96,74%) que corresponde al autovalor 1.6542, mientras que la segunda solo aporta 3,26%. De las dos posibles funciones, la primera es más potente, o sea, que aporta mayor separación entre grupos.

El coeficiente Lambda de Wilks indica que la primera función es estadísticamente significativa.

La interpretación de las funciones discriminantes lineales, la obtenemos mediante los coeficientes no estandarizados. El interés de estos coeficientes es localizar la posición de los centroides de cada grupo y determinar la posición de los individuos en el espacio generado por las funciones discriminantes.

Para calcular la puntuación de un sujeto cuando las variables están estandarizadas se utiliza el denominado coeficiente estandarizado, este determina la variable que contribuye en mayor medida para determinar los puntos sobre la función.

En la tabla nº 81, se presentan los coeficientes estandarizados de la función determinante canónica.

Tabla nº 81.

Coeficientes Estandarizados de la Función  
Discriminante Canónica.

	Función 1	Función 2
Físico	.23612	.16072
Psíquico	.45631	1.25440
Conductual	.18627	.39318
Cognitivo	.07383	.51782
Asertivo	.14152	.60958
Hamilton	.20551	.08360
Zung	.02135	.55241

Podemos observar que la mayor importancia en la primera función discriminante la tienen las variables Psíquica y Física; en tanto que en la segunda función el mayor peso es para las variables Psíquica y Asertiva.

En la tabla nº 82, estudiamos los coeficientes de las funciones discriminantes lineales no estandarizadas.

Tabla nº 82.

Coeficientes no estandarizados de las funciones discriminantes lineales.

	Función 1	Función 2
Físico	.2791534E-01	.1900128E-01
Psíquico	.4155306E-01	.11422800
Conductual	.2097662E-01	.4427748E-01
Cognitivo	.6265850E-02	.4394424E-01
Asertivo	.1083926E-01	.4668901E-01
Hamilton	.3212751E-01	.1306866E-01
Zung	.3951148E-02	.1022093
(constant)	2.222271	3.612541

El interés fundamental de estos coeficientes, es localizar la posición de los centroides en cada grupo y determinar la posición de los individuos en el espacio generado por las funciones discriminantes (se obtiene la representación gráfica de la figura nº 20).

Es preciso tener en cuenta que el centroide es un punto imaginario, cuyas coordenadas son las medias en ese grupo sobre cada una de las variables y representa la posición tipo del grupo considerado.

Tabla nº 83.

Función discriminante canónica, en la evaluación media de grupos (grupos centroides).

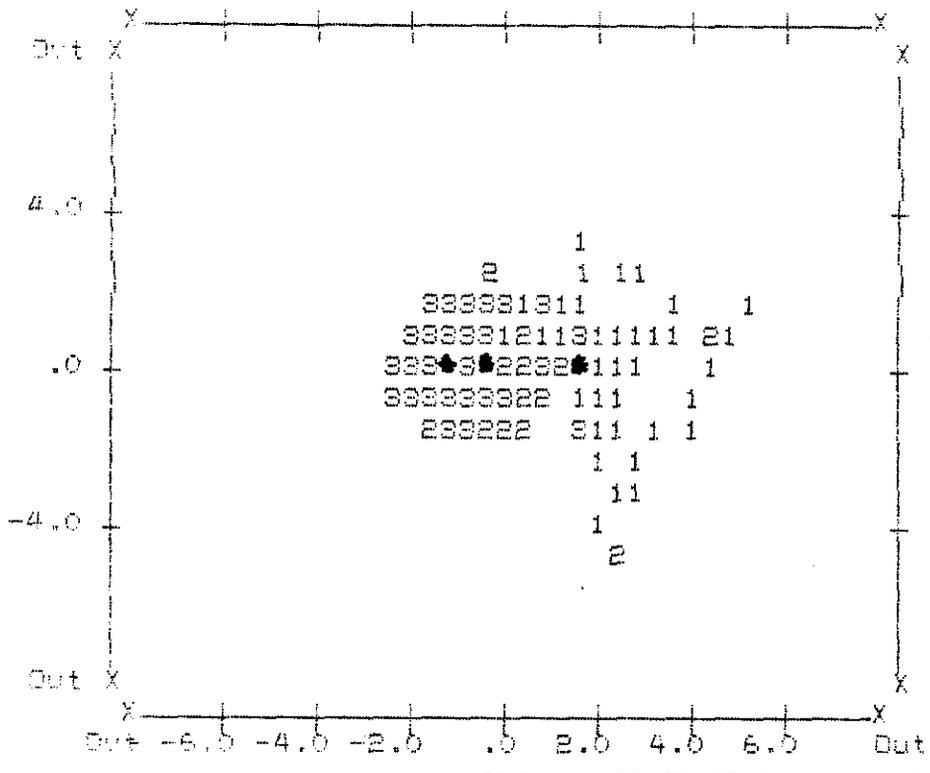
Grupo	Función 1	Función 2
1	1.77202	.06314
2	.59012	.31584
3	1.18786	.24951

La función 1 diferencia entre el grupo 1 y el grupo 3 y la función 2 entre el grupo 2 y el 3.

En la figura nº 20, se muestra la representación de las puntuaciones de cada uno de los sujetos en las dos funciones discriminantes (ej. x e y), lo cual permite visualizar las diferencias de cada uno de los individuos respecto a los centroides y las distancias entre los individuos

Figura nº 21.

Distribución de los individuos de la muestra total respecto a sus centroides.

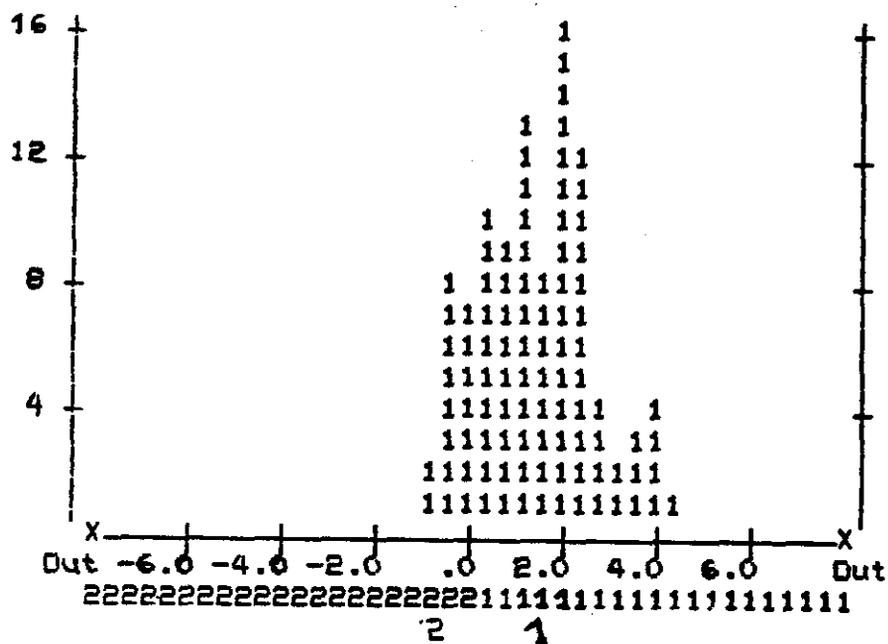


Across: Función 1  
 Down : Función 2  
 \* : Grupos centroides.

En la figura 21 podemos observar que la discriminación es débil, al ser analizados conjuntamente los tres grupos, lo cual nos lleva a realizar el análisis en dos grupos, llevándose a cabo primero con el grupo 1 y grupo 3 y posteriormente, con el grupo 1 (EA) y el grupo 2 (GCNA).

Figura nº 22.

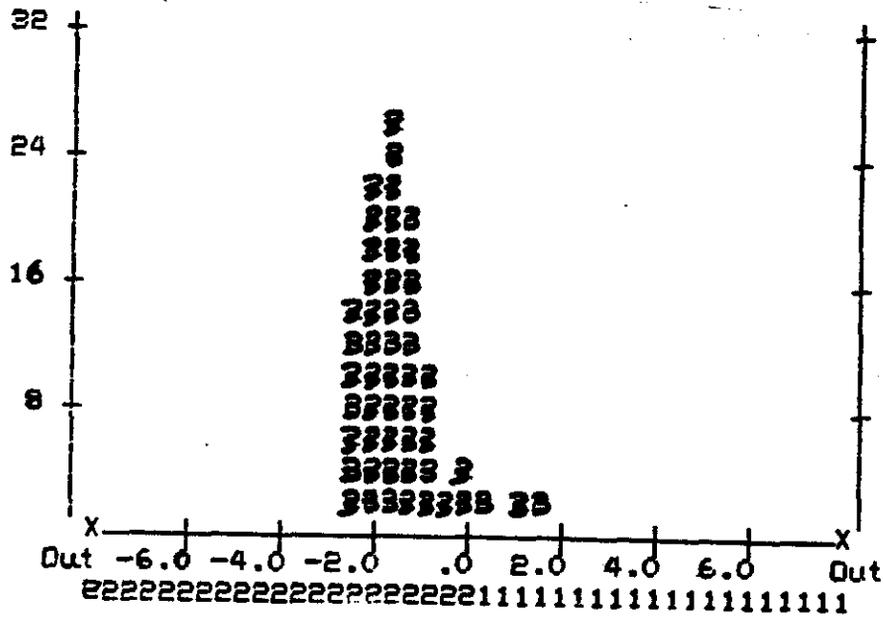
Histograma correspondiente al grupo 1 de enfermos con ansiedad.



Grupo 1: 99 sujetos. Enfermos con ansiedad.

Figura nº 23.

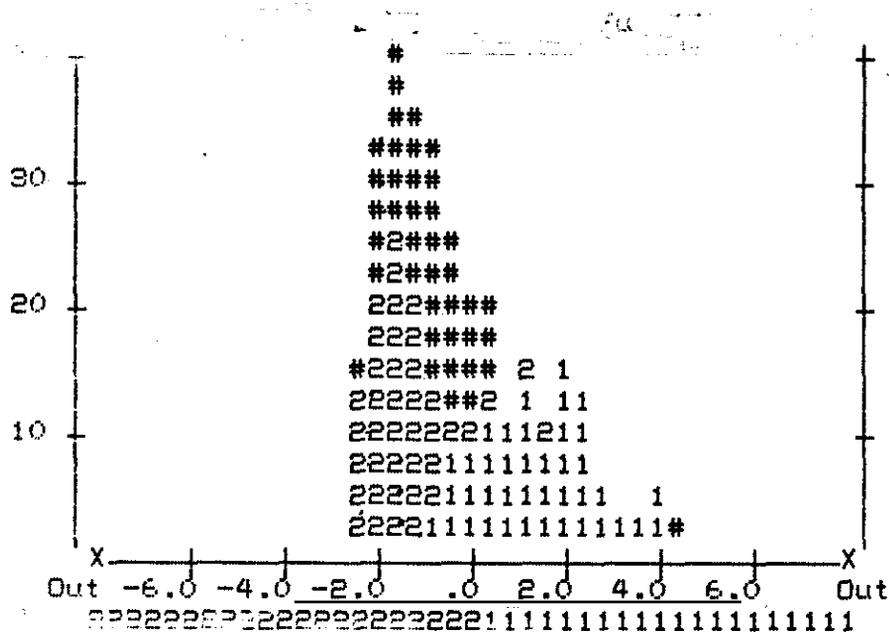
Histograma correspondiente al grupo 3 (Grupo control no enfermos psíquicos).



Grupo 3: 100 sujetos. Grupo Control no enfermos psíquicos.

Figura nº 24.

Histograma de los Grupos 1 (EA) y Grupo 2 (ENA), cuando son éstos los dos únicos grupos analizados.



Muestra: 199 sujetos.

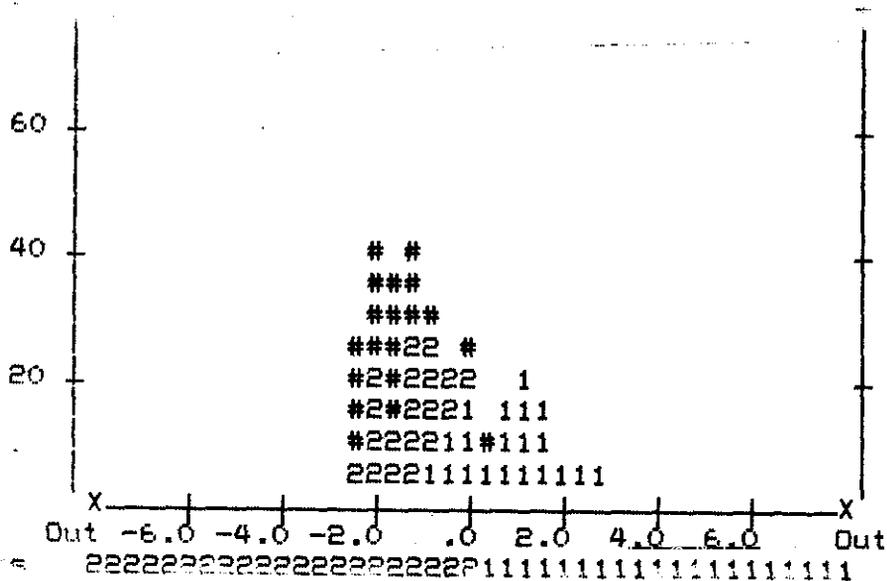
99 sujetos Enfermos con ansiedad (EA)

100 sujetos Grupo control enfermos psíquicos no ansiosos (ENA)

En la figura nº 25, finalmente analizaremos el histograma correspondiente al grupo 1 y grupo 2. (3).

Figura nº 25.

Histograma correspondiente al grupo 1 (enfermos con ansiedad) y el grupo 2 (grupo control de enfermos no psíquicos).



Muestra: 199 sujetos.

99 sujetos Enfermos con ansiedad (EA)

100 sujetos Grupo control no enfermos psíquicos (GCNP)

El segundo objetivo del análisis discriminante es la clasificación de los individuos.

El mapa territorial, es la representación gráfica de como se han clasificado los individuos, sobre un sistema de ejes de coordenadas en el que se trazan líneas que separan los grupos y en el plano que define aquellos, se sitúan los individuos y los centroides de los grupos.

Estas líneas marcan los territorios en los cuales un individuo debe situarse si se ha clasificado en un grupo (si la discriminación es débil, muchos caen fuera del territorio de su grupo. Estos estarán mal clasificados).

Para la determinación de estas líneas es necesario que las matrices de covarianza sean idénticas.

Nosotros hemos utilizado el test M. de Box para probar la igualdad de las matrices de covarianza de los grupos, como puede verse en la tabla nº 84.

Tabla nº 84.

Aplicación del test M. de Box para contrastar la igualdad de las matrices de covarianza.

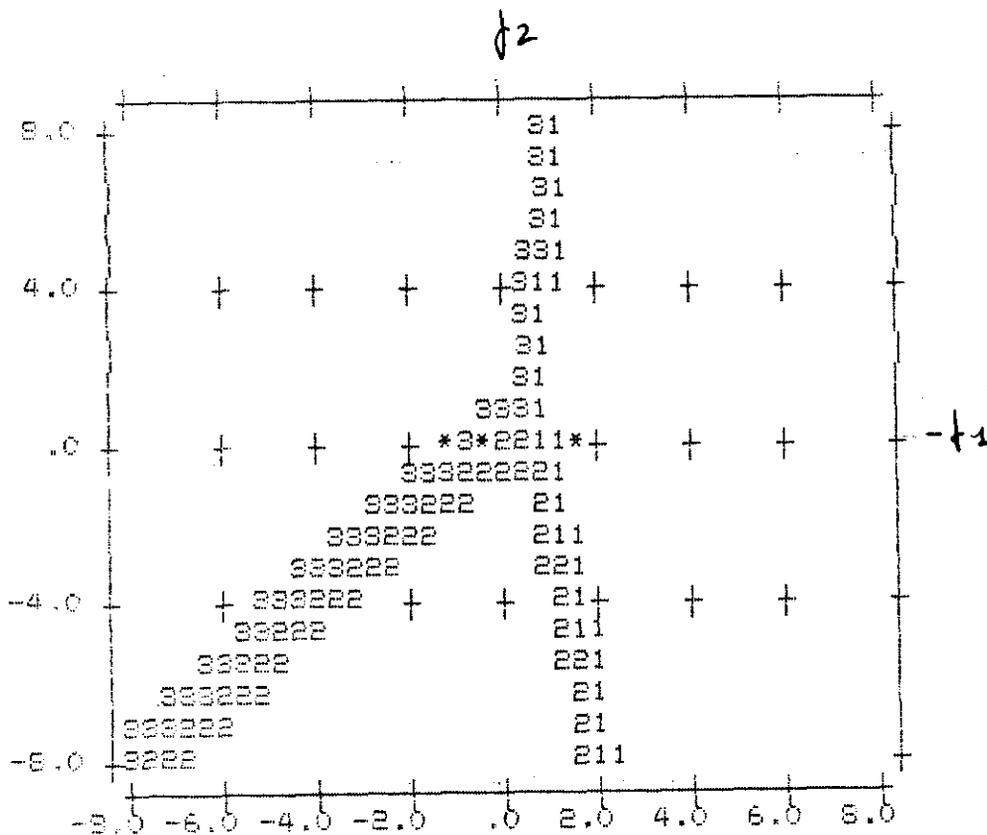
<u>Test M. de Box</u>	<u>F. aproximada</u>	<u>Grados de libertad</u>	<u>Significancia</u>	
307.82	5.3110	56.	245174.2	.0000

Según podemos observar en la tabla nº 84, el valor estadístico (307.82) hace que dicho contraste sea significativo ( $\alpha = .0000$ ), lo que nos lleva a no rechazar la hipótesis de igualdad, siendo ésta una condición indispensable para la fiabilidad del análisis discriminante.

En la figura nº 26, el mapa territorial divide el plano en tres regiones correspondientes a los tres grupos. Permitiendo determinar la posición respecto a los centroides.

Figura nº 26.

Mapa territorial, correspondiente a la distribución de la muestra total en tres grupos.



\* Indicadores de los grupos centroides.

Across: Función 1

Down : Función 2

1: Grupo 1 correspondiente a los pacientes con ansiedad (99).

2: Grupo 2 corresponde a los enfermos psiquiátricos no ansiosos (100) (GCEP).

3: Grupo 3 corresponde a los pacientes no psiquiátricos (GCNP)

En la tabla nº 85, se presentan los resultados de la clasificación, al ser analizada la muestra total. En esta tabla las filas corresponden al grupo en el que se ha diagnosticado al sujeto y la columna al grupo que predice la Función lineal discriminatoria (FCD).

La posibilidad a priori es de 0.3333, prácticamente coincide con la posibilidad que asigne el criterio de azar proporcional (al ser tres grupos similares en número de sujetos).

Tabla nº 85.

Resultados de la clasificación, al ser analizada la muestra total con 296 sujetos, de los cuales 99 pertenecen al grupo de enfermos con ansiedad (EA), 98 al grupo control de enfermos psíquicos no ansiosos (GCEP) y 99 al grupo control no enfermos psíquicos (GCNP).

Grupo Actual	Nº de casos	Predicción 1	Grupo 2	Miembros 3
Grupo 1	99	82 (82,8%)	16 (16,2%)	1 (1,0%)
Grupo 2	98	7 (7,1%)	53 (54,1%)	38 (38,8%)
Grupo 3	99	6 (6,1%)	19 (19,2%)	74 (74,7%)

Porcentaje casos agrupados correctamente clasificados = 70,61%.

Al analizar los resultados obtenidos en la tabla nº 85, previamente expuesta, se aprecia que de los 99 sujetos diagnosticados de enfermos con ansiedad, un 16,2% se asigna al grupo control de enfermos psíquicos (GCEP) y un 1,0% al grupo control no psíquicos (GCNP).

En el grupo de enfermos psíquicos sin ansiedad (GCEP) se determina que un 7,1% se asigna al grupo de enfermos con ansiedad (EA), mientras que en un 38,8% se corresponden en el grupo control de enfermos no psíquicos (GCNP).

Por último en el grupo control no enfermos psíquicos (GCNP), encontramos que el 74,7% están bien clasificados y el resto 6,1% se sitúa en el grupo de enfermos con ansiedad (EA) y el 19,2% en el grupo control enfermos psíquicos (GCEP).

Del análisis realizado anteriormente, se detecta que en el grupo 2 existe una mayor proporción de sujetos mal clasificados, cuando se estudia la muestra global integrada por los tres grupos. Lo cual resulta hasta cierto punto lógico, al tratarse del agrupamiento más heterogéneo, ya que es precisamente en el grupo 2 donde con mayor proporción pueden existir pacientes con características similares al grupo 3 (GCNP). Ello nos conduce a la realización de un segundo estudio de clasificación, en el que se analiza el grupo 1 (EA) con el grupo 3 (GCNP), siendo la probabilidad "a priori" de un sujeto de situarse en uno de los dos grupos del 50%. (tabla nº 86).

Tabla nº 86.

Resultados de la clasificación de enfermos con ansiedad (EA) y de pacientes correspondientes al grupo control no enfermos psíquicos (GCNP).

Grupo Actual	Nº de casos	Predicción de grupo	
		1 (EA)	3 (GCNP)
Grupo 1	99	87 (87,9%)	12 (12,1%)
Grupo 3	99	6 (6,1%)	93 (93,9%)

La clasificación global correcta es 90,91%.

Muestra = 188 sujetos.

99 sujetos (EA)

99 sujetos (GCNP)

Al analizar el grupo 1 se aprecia que en un 87,9% están bien clasificados, frente a un 12,1% que se sitúan en el grupo 3. Mientras que el 93,9% de los pacientes no psiquiátricos está bien clasificado.

Por último realizamos el estudio de clasificación correspondiente al grupo 1 (EA) y grupo 2 (GCEP) en la tabla nº 87, con una probabilidad "a priori" del 50%.

Tabla nº 87.

Resultados de la clasificación de los enfermos psiquiátricos, con un número de casos de 187, de los cuales 99 sujetos pertenecen al grupo 1 de enfermos con ansiedad (EA) y 98 sujetos pertenecen al grupo 2 grupo control de enfermos psíquicos (GCEP).

Grupo Actual	Nº de casos	Predicción de grupo	
		1 (EA)	2 (GCEP)
Grupo 1	99	80 (80,8%)	19 (19,2%)
Grupo 2	98	5 (5,1%)	93 (94,9%)

Siendo la correcta clasificación global de los datos = 87,82 %

Muestra total = 197 sujetos.

99 sujetos (EA)

98 sujetos (GCEP)

Podemos observar que el 80,8% de los sujetos pertenecientes al grupo 1 están bien clasificados, frente al 19,2% que es remitido al grupo 2 (GCEP). Mientras que sólo existe un 5% de los sujetos del grupo 2 mal clasificados.

## **6.- DISCUSION**

## 6.- DISCUSION

### 6.1.-Medida de la sintomatología ansiosa.

Mediante la utilización del Cuestionario Penta-dimensional de la Ansiedad de Rojas hemos llevado a cabo la cuantificación de la sintomatología ansiosa en casi todos sus apartados. Consideramos que esta valoración es cualitativamente diferente a la que puede ser establecida mediante la utilización de instrumentos propuestos por otros autores (Hamilton, 1959; Zung, 1971; Sánchez et Lusilla, 1988) como consecuencia de su estructura pentadimensional, que permite el análisis separado de los distintos grupos de síntomas.

Los instrumentos más frecuentemente utilizados para medir la sintomatología ansiosa, muestran diferencias, en algunos casos sustanciales, respecto al abordaje de las poblaciones de estudio, la forma de evaluación del contenido, su construcción interna, las técnicas estadísticas utilizadas. La utilidad de cada uno de ellas viene condicionada precisamente por la estructura de las mismas. Cabe mencionar de manera especial el test de Hamilton (H.A.S.) y el de Zung (S.A.S.) por el amplio reconocimiento en la confirmación diagnóstica y en la medida de la cuantificación del status clínico del paciente.

En el presente estudio hemos analizado el contenido y la estructura interna del CPAR, realizando adicionalmente una aproximación exclusivamente matemática al análisis global del CPAR. Sin embargo, serán precisos estudios posteriores que

profundicen no sólo en los elementos sintomatológicos, sino fundamentalmente en la estructura interna de cada una de las dimensiones.

El principal objetivo del instrumento bajo estudio, es la medición cualitativa y cuantitativa de la sintomatología ansiosa, obteniendo así una medida que se corresponde con el estado clínico del paciente. Implicando con ello su utilización como complemento diagnóstico de los trastornos por ansiedad. Igualmente resulta de utilidad como prueba de seguimiento clínico y estudio de la respuesta terapéutica.

Los datos aportados en nuestro estudio corroboran el objetivo, para el cual fue creado el Cuestionario Pentadimensional de la ansiedad de Rojas (CPAR), midiendo el estado de ansiedad, mediante la cuantificación de la sintomatología ansiosa. El cuestionario es capaz de diferenciar los pacientes con trastorno por ansiedad, del resto de los diagnósticos psiquiátricos.

Una novedad de importancia del CPAR es su aportación pentadimensional, confirmada en nuestro trabajo. Aunque algunos autores habían considerado diversas vertientes, no es hasta la aparición del CPAR en la que éstas se completan y se estructuran formando una unidad de orden superior. Hamilton (1959) y Zung (1971) aportaron datos referentes a los síntomas somáticos y psíquicos de la ansiedad. Schwartz (1978) propone la escala de valoración para la ansiedad del paciente: S.D.R.A.S., en la que incluye síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales.

El CPAR añade a las anteriores dimensiones, la asertiva, intentando con ello una mejor definición en la valoración de la ansiedad, enfrentando la problemática interna del sujeto afectado por la ansiedad, con el mundo de lo social, al considerar que las habilidades sociales o de relación se ven afectadas profundamente por la sintomatología ansiosa.

En nuestro estudio hemos podido verificar que la dimensión asertiva no altera la estructura interna del cuestionario, ya que los diferentes items que la componen presentan un alto coeficiente de correlación con la dimensión de la que forman parte, y por otra parte ésta muestra una acusada correlación tanto con las restantes dimensiones como con el test de Hamilton y el test de Zung, utilizados para realizar la validación convergente. Su consistencia interna es alta.

#### 6.2.- Estudio epidemiológico.-

Respecto a la edad, a la que se presentan de forma más temprana la sintomatología ansiosa, establecido sobre la muestra de enfermos afectados por ansiedad estudiada, observamos que ésta se presenta con mayor frecuencia a partir de los 26 años, lo que resulta ser coincidente con las aportaciones de Crowe (1983), Thyrer (1985), Sheehan et al. (1987) y se aproxima en gran medida a los resultados de Galletero et Guimon (1989). Masana (1991) lo situa entre 25-30 años.

En un análisis detallado se aprecia que son precisamente los ataques de pánico, aquellos de inicio más

precoz, situándolos en el intervalo 20-30 años, mientras que los trastornos por ansiedad generalizada aparecen más tardíamente, entre los 35-45 años. Para Gloger (1984), la edad promedio se sitúa en 36 años.

Las tres muestras utilizadas no muestran diferencias significativas respecto al sexo, estado civil, ni tampoco por el nivel social. Sin embargo, los antecedentes sí mostraron su influencia diferencial de los dos grupos de enfermos psiquiátricos frente al grupo control de enfermos no psíquicos.

También el hábito de vida aparece como significativo, así muestra que en un tipo de vida rica o incluso simplemente con alicientes es menos frecuente encontrar individuos con sintomatología ansiosa.

### 6.3.-Visión global del CPAR.

#### 6.3.1.-Validación del contenido.

A través del estudio realizado sobre la sensibilidad, la especificidad y la diferencia entre las medias de los items que corresponden al CPAR, correspondientes a los tres grupos muestrales utilizados, pacientes con trastornos por ansiedad, pacientes psiquiátricos sin trastornos por ansiedad y los pacientes no psiquiátricos, resulta posible afirmar que la sintomatología valorada por el CPAR se corresponde con la sintomatología ansiosa.

Dentro de los items que constituyen el CPAR, hemos encontrado cinco de ellos con una sensibilidad claramente destacada, mayor del 80%, por lo que se encuentra presente con ese mismo valor entre los pacientes afectados por síntomas de ansiedad. Estos items destacados corresponden fundamentalmente a la dimensión Psíquica, con tres de ellos (P<sub>1</sub>, P<sub>12</sub> y P<sub>19</sub>), uno a la dimensión Conductual (Cd<sub>2</sub>) y uno a la dimensión Cognitiva (Cg<sub>10</sub>). Consideramos también como items útiles, aquellos de sensibilidad elevada, superior al 70%, de acuerdo con el criterio de Barker et Hall (1991). El total de síntomas encontrado en este grupo alcanza un nivel de 7, que agrupado con los anteriores supone una cifra global de 12. En este segundo nivel de sensibilidad también hemos encontrado supremacía de los items de la dimensión Psíquica, con cinco casos, frente a tres de la dimensión Conductual y cuatro de la dimensión Asertiva.

Este tipo de items, ambos niveles, resultan especialmente útiles en la ayuda diagnóstica, confirmando la situación de aquellos pacientes afectados por síntomas de ansiedad.

Tomando como base aquellos items de alta sensibilidad proponemos un Cuestionario abreviado I del CPAR destinado al establecimiento rápido de la enfermedad ansiosa, que puede ser de especial interés en consultas de medicina general y/o familiar (tabla nº 88).

Tabla nº 88.-

Cuestionario abreviado I del CPAR para la ayuda diagnóstica de la ansiedad.

Dimensión Psíquica -----	S%
P <sub>1</sub> Se nota inquieto, nervioso, desasosegado por dentro.	92
P <sub>8</sub> Se nota muy inseguro de sí mismo.	75
P <sub>10</sub> Nota una cierta sensación de vacío interior.	72
P <sub>12</sub> Está triste, meditabundo, melancólico.	82
P <sub>19</sub> Le cuesta mucho tomar una decisión.	87
Dimensión Conductual -----	
Cd <sub>2</sub> Está irritable, excitable, responde exageradamente a los estímulos externos.	83
Cd <sub>3</sub> Rinde menos en sus actividades habituales	79
Cd <sub>4</sub> Le resulta difícil o penoso realizar sus actividades habituales.	79
Dimensión Cognitiva -----	
Cg <sub>5</sub> Se concentra mal, con dificultad.	76
Cg <sub>9</sub> Tiene ideas o pensamientos de los que no se puede librar.	79
Cg <sub>10</sub> Le da muchas vueltas a las cosas.	92
Cg <sub>18</sub> Pensar algo angustioso le conduce a pensamientos más angustiosos todavía.	75

El Cuestionario Abreviado I propuesto, presenta el inconveniente de basarse en una estructura no equilibrada, ya que los items pertenecen en mayor medida a la dimensión Psíquica, y en menor a la Conductual y Cognitiva.

La diferencia entre las medias muestra que todos los items del CPAR presentan valores medios superiores en el caso de los pacientes con trastornos por ansiedad que en cualquiera de los otros dos grupos muestrales, siendo la diferencia significativa en todos los items, excepto en 1 de ellos ( $F_{20}$ ).

En base a los resultados hemos confeccionado una propuesta, eliminando aquellos items que no diferencian entre los enfermos psiquiátricos con trastornos por ansiedad de los enfermos psiquiátricos con otros diagnósticos. Concretamente nos referimos, entre los síntomas Físicos: 6, 11, 17, 18. En la dimensión II o síntomas Psíquicos: 15. En la dimensión Conductual: 8, 10, 11, 16 17. En la dimensión IV o Cognitiva: 2. En la dimensión Asertiva: 2, 5, 11.

Para esta versión también hemos considerado la eliminación de los items que no son capaces de discriminar entre las tres muestras. En la dimensión Física 10 y 14 y entre los síntomas conductuales 7, 12 y 13. Además se ha detectado un único item  $F_{20}$  (dimensión física).

Una vez realizado el estudio del contenido del CPAR, éste podría quedar reducido a un total de 80 items, de los cuales 13 items pertenecen a la dimensión I de Síntomas Físicos,

19 items a la dimensión II de Síntomas Psíquicos, 12 items a la dimensión III de Síntomas Conductuales, 19 items a la dimensión IV de Síntomas Cognitivos y 17 items a la dimensión V de Síntomas Asertivos.

Todo el conjunto de items incluidos así muestran capacidad de discriminación entre los tres grupos muestrales utilizados.

### 6.3.2.-Validación del constructo.

#### 6.3.2.1.-Estudios de correlación.

Mediante los estudios de correlación simple, hemos verificado que los items que constituyen cada dimensión son homogéneos, o sea que efectúan la medición de una variable común. Posteriormente se ha estudiado la correlación existente entre las cinco dimensiones.

En los estudios de correlación simple destaca el item  $F_{20}$ , que no es homogéneo, con un coeficiente de correlación  $r = 0,05$ .

Por dimensiones, observamos que en la dimensión Física obtenemos ocho items con coeficientes de correlación menor de 0,4, de éstos solamente dos muestran un coeficiente de correlación inferior a 0,3 ( $F_{18}$  y  $F_{19}$ ).

La dimensión Psíquica solo contiene dos items con un coeficiente de correlación inferior al 0,4, mientras en la Conductual aparecen seis, y únicamente uno en la Cognitiva y en la Asertiva. Dentro de los síntomas conductuales el item Cd<sub>2</sub> posee un coeficiente de correlación inferior al 0,3.

Cuando se ha estudiado la correlación existente entre las cinco dimensiones del CPAR, hemos encontrado que el coeficiente de correlación varía entre 0,8517 y 0,6237, salvo la dimensión Asertiva con la Física que se sitúa en 0,4039. Esto nos muestra que de manera general las distintas dimensiones miden la sintomatología ansiosa de manera concordante, merced a su coeficiente de correlación elevado.

La validación convergente realizada con el test de Hamilton y el test de Zung, a través del estudio de la correlación de estos con cada una de las dimensiones y con la valoración global generada por el CPAR, nos muestra una elevada correlación con el test de Hamilton y algo más baja con el test de Zung, de 0,745 y 0,490. La correlación entre aquel y las distintas dimensiones del CPAR varían entre 0,759 para la dimensión Física y el 0,534 para la Asertiva. Hay que tener en cuenta que el cuestionario de Hamilton no posee items asertivos por lo que la comparación entre ellos no resulta fácil. La elección de los test de Hamilton y Zung se ha basado en su extraordinaria difusión. Por otro lado no es frecuente encontrar síntomas asertivos en los instrumentos destinados a la valoración de la sintomatología ansiosa. En este sentido puede

indicarse que esta inclusión es una de las aportaciones del CPAR a la medición de la ansiedad.

En nuestro estudio también establecemos la correlación entre el test de Hamilton y el de Zung, encontrando un coeficiente de correlación de 0,791. Los coeficientes del CPAR global con el test de Hamilton se sitúa en 0,798 y con el test de Zung también alcanza un valor similar, de 0,759. En ambos casos se puede manifestar que se trata de un coeficiente de correlación elevado. Concretamente estos resultados son superiores a los indicados por Zung (1971) en la validación concurrente que realizó con la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor, con la que obtuvo una valoración de 0,66 y también a la obtenida entre el Inventario de Estado Ansioso (A.S.I.) y la Escala Autoaplicada (S.A.S.) que fue del 0,74.

Los estudios de correlación múltiple nos permiten detectar aquellos items que aportan una menor significación a la consistencia interna del CPAR. En base a este tipo de correlación múltiple ha sido posible encontrar aquellos items que realizan una escasa aportación al CPAR. En la dimensión Física encontramos siete de ellos (6, 11, 18, 19, 20), uno en la Psíquica (20), dos en la dimensión Conductual (7, 20) y uno en la Asertiva (20).

### 6.3.3.2.-Los estudios del coeficiente de consistencia interna.

La cuantificación de la heterogeneidad del contenido se ha llevado a cabo mediante el coeficiente alfa de Cronbach, que mide la consistencia interna entre los elementos del test. Es posible con este método obtener en una sola cifra el grado de covariación de los items dentro de la composición del instrumento.

Los elevados valores obtenidos para el coeficiente de Cronbach tanto para el CPAR en su valor global, como para la agrupación de items en cada una de las cinco dimensiones, nos muestra la homogeneidad interna de este cuestionario. Con ello validamos la fiabilidad del contenido del CPAR.

El coeficiente alfa de Cronbach del CPAR global, es del 0,973, oscilando para las cinco dimensiones entre el 0,839 y el 0,973. También se ha determinado el coeficiente del test de Hamilton que para la misma muestra es del 0,887., es decir inferior al obtenido para el valor global del CPAR. Igualmente supera al valor calculado por Jones et Kaplan (1951) para la Escala de Taylor, que alcanzó un coeficiente alfa de 0,93, y asimismo con los obtenidos por Zung (1971) que obtiene un valor de 0,83 para el Inventario de Estado Ansioso (A.S.I.) y el 0,71 para la Escala Autoaplicada (S.A.S.).

#### 6.3.4.-Los estudios del análisis factorial.

Mediante al análisis factorial no lineal confirmatorio ha sido posible analizar el agrupamiento de los 100 items que constituyen el CPAR en un pequeño número de factores capaces de definirlos. Dentro de cada factor hemos determinado el valor de saturación correspondiente a cada uno de los items. Concretamente los 100 items del CPAR se han agrupado en un total de 5 factores, realizando la comparación de los factores evaluando la saturación de cada item con el factor.

El factor 1 está compuesto por 17 items pertenecientes a la dimensión Física. Se denomina a este factor componente físico de la ansiedad.

El factor 2 y el factor 3 estarían compuestos por los items psíquicos y cognitivos de la ansiedad, siendo el factor 3 el que agrupa un mayor número de síntomas psíquicos y cognitivos. En el factor 2 quedan los síntomas correspondientes al humor depresivo y síntomas intelectuales. Este agrupamiento muestra en cualquier caso la estrecha relación existente entre lo psíquico y lo cognitivo, que ha sido plenamente detectado y valorado por el análisis factorial efectuado.

Los items nucleares de la sintomatología conductual se sitúan en el factor 4, a este conjunto lo denominamos como expresión conductual de la ansiedad. Sin embargo, tres items de la dimensión IV: Conductual, se sitúan en otros factores, siendo esta dimensión la que mayor dispersión presenta en cuanto a la

ubicación de sus items en las 5 dimensiones. Sin embargo, hay que considerar que en ocasiones la sintomatología conductual tiene un soporte físico (Cd<sub>10</sub>) y en otros casos también psíquico (Cd<sub>15</sub>).

Finalmente, el factor 5 está constituido por 19 items de la dimensión Asertiva, que forma un grupo muy consistente y característico. Resulta destacable ya que la importancia de la sintomatología asertiva dentro de la cuantificación ansiosa ha sido propuesta como original dentro de la estructura del CPAR.

El análisis factorial realizado permite confeccionar la estructura dimensional de la ansiedad, que queda recogida en el CPAR, aunque en base a los datos aportados sería posible llevar a cabo una cierta re-estructuración en cuanto a la ubicación dimensional de algunos items que dejaremos para ulteriores estudios.

#### 6.3.5.-Efecto modulador del sexo.

En el análisis de una posible influencia de la variable sexo sobre los resultados obtenidos en las distintas muestras y dimensiones, muestra la ausencia de diferencias significativas.

Se encuentran diferencias entre las distintas muestras utilizadas (1, 2, 3,) para la importancia de la presencia de los distintos síntomas, correspondiendo el mayor nivel de afectación para la muestra nº 1 de enfermos afectados por ansiedad, sin que aparezcan diferencias entre varones y mujeres.

#### 6.3.6.-Los estudios del Análisis Discriminante.-

El análisis discriminante establece las diferencias entre grupos, en base a un conjunto de variables y clasifica sujetos en el grupo más afín.

Las diferencias entre grupos se aborda mediante funciones discriminantes lineales y la Lambda de Wilks, encontrando que de las dos funciones discriminantes lineales, es la primera de ellas la que aporta la mayor separación entre los grupos muestrales.

Cuando nos centramos en la correcta clasificación de los sujetos en cada uno de los tres grupos muestrales establecidos, encontramos que el análisis discriminante realizado sobre los 299 individuos, de la muestra global, obtenemos una buena clasificación del 70,6%, porcentaje mucho más elevado a la probabilidad "a priori" del 33%, que coincidirá con la probabilidad asignada de acuerdo con el criterio de azar proporcional. La razón de que este valor no alcance un nivel más elevado, se encuentra fundamentalmente en que en el grupo 2 y en cierta medida en el grupo 3, aparecen individuos que intercambian su posición dentro de estos grupos. Interpretamos este hecho al considerar que el grupo 2 resulta ser "a priori" el grupo muestral más heterogéneo, agrupando diversas enfermedades psíquicas, y siendo el grupo que más afinidades tiene con el grupo 3, de enfermos no psiquiátricos.

Resulta destacable que los enfermos con ansiedad están mayoritariamente bien clasificados, al igual que ocurre con aquellos no afectados por la ansiedad, de los grupos 2 y 3. Así cuando el análisis se realiza entre los grupos 1 y 3 el porcentaje de sujetos bien clasificados alcanza el nivel del 90,9%.

#### 6.4.-La versión abreviada.

El análisis minucioso de los síntomas ansiosos, lo hemos realizado valorando su frecuencia en la clínica, lo que viene señalado tanto por una elevada sensibilidad, como por la diferencia de medios de la puntuación obtenida para cada ítem, entre los pacientes con trastornos por ansiedad y los que no presentan este diagnóstico.

Se ha basado fundamentalmente en una vía cuantitativa, en la que se ha empleado la valoración de la prueba estadística de contraste, que ha implicado conocer los síntomas capaces de diferenciar significativamente entre los tres grupos de pacientes. Además se añadió la exigencia de que la diferencia entre los grupos fuera mayor o igual a un punto.

Por una parte para una Versión Abreviada II (VA II) del CPAR para el apoyo diagnóstico, podemos proponer una versión integrada por 12 ítems. Estos ítems han sido valorados por poseer una sensibilidad alta ( $\geq 70\%$ ) (Berker et Hall, 1991), y a la vez ser capaces de mostrar una diferencia entre medias significativa y mayor o igual a uno, establecida entre los

pacientes no ansiosos, tanto del grupo control de enfermos psíquicos, como del grupo control de enfermos no psíquicos, es decir items discriminativos.

Para una Versión Abreviada III (VA III) del CPAR pero de características mucho más amplias, pueden incorporarse a la VA II, un conjunto de 70 items que son discriminativos, pero sus sensibilidades elevadas para considerarlas en versión más abreviada, aunque en su conjunto proporcionan al CPAR un valor predictivo muy elevado, tal y como se ha mostrado en la valoración concurrente realizada con dos diferentes tests de amplia utilización a nivel mundial (test de Hamilton y test de Zung). Hay que considerar de esta forma, que la capacidad global del instrumento (CPAR) bajo estudio, es muy superior a la que podría establecerse por una de sus dimensiones, y posiblemente por un instrumento más simple, constituido por un número menor de items, y que habría que volver a analizar en una misma forma que la utilizada en el CPAR. Dejamos esto para posteriores estudios, como líneas abiertas que permitan profundizar en la valoración y cuantificación de la ansiedad.

Los 80 items propuestos para VA III, no sólo son muy característicos de la sintomatología ansiosa, sino que también resultan de una elevada importancia diferenciadora diagnóstica. Además, estos items se distribuyen en todas las dimensiones del CPAR, trece en los síntomas físicos, diecinueve en los psíquicos, doce entre los conductuales, diecinueve en los cognitivos y finalmente, diecisiete entre los asertivos. Hay que

tener presente que hemos podido confirmar la presencia de una estructura dimensional en los items constituyentes del CPAR.

#### Planteamientos futuros.

Llegado el momento de la conclusión de esta Tesis Doctoral, se nos plantea la interesante cuestión de la forma en que podrían conducirse las investigaciones en la línea que se ha tratado.

El esfuerzo realizado en nuestros estudios ha sido realmente importante, pero siendo el objeto de los mismos de gran amplitud, quedan sin duda cuestiones pendientes y además creemos que con nuestra aportación se abren nuevas incógnitas, en lo que resulta la continua busca que caracteriza a la investigación.

Uno de los aspectos en los que sería conveniente continuar es en la ampliación de la muestra de estudio, incluyendo una muestra de la población general "sana", así como de enfermos hospitalizados. Realizando el análisis fenomenológico y factorial de los elementos estudiados.

La validación concurrente realizada aquí, muestra la bondad de la correlación del CPAR con los tests de Hamilton y Zung, sin embargo sería interesante ampliarlo de forma que fuera posible utilizar escalas que incluyeran todas las dimensiones, y de forma especial, la dimensión asertiva. Todo ello, sin olvidar los fines para los que cada instrumento fue diseñado.

También de interés sería la confirmación de la utilidad del CPAR para el seguimiento de los trastornos por ansiedad sometidos a aplicaciones terapéuticas.

Finalmente, dentro de las versiones abreviadas presentadas en esta Tesis, sería preciso su evaluación y validación, de una manera equivalente a la practicada aquí, hecha excepción los aspectos referidos a la validación del contenido, para conocer su verdadero valor.

## **7.- CONCLUSIONES**

## 7.- CONCLUSIONES.

1.-Hemos podido establecer que el Cuestionario Pentadimensional para la Ansiedad de Rojas, mide la ansiedad manifiesta.

2.-El CPAR es capaz de diferenciar entre los pacientes con trastornos por ansiedad del resto de los diagnósticos psiquiátricos.

3.-El conjunto de items que integran las diferentes dimensiones del CPAR son homogéneos.

4.-Las cinco dimensiones que forman el CPAR son homogéneas, presentando un coeficiente de Cronbach alto.

5.-El coeficiente de correlación del CPAR con el test de Hamilton, para la misma muestra, es elevado;  $r = 0,79$  (Validación concurrente).

6.-El coeficiente de correlación del CPAR con el test de Zung, para la misma muestra es alto,  $r = 0,75$  (Validación concurrente).

7.-El Análisis Factorial verifica la existencia de cinco dimensiones en el CPAR.

8.-El Análisis Discriminante demuestra que los individuos están bien clasificados; con una breve clasificación entre los 1 (pacientes con trastornos por ansiedad) y 3 (pacientes no psiquiátricos).

9.-Los distintos aspectos analizados para los items de la Dimensión V: Asertiva, muestran su indudable interés, a pesar de su ausencia en instrumentos del tipo del CPAR.

## **8.- BIBLIOGRAFIA**

## 8.- BIBLIOGRAFIA

-ABRIL GARCIA, A.: "Dimensión afectiva del síndrome depresivo: Humor depresivo." Tesis Doctoral. Universidad Complutense. Facultad de Medicina. Madrid, 1987.

-ACHENBACH, T.M. y EDELBROCK, C.S.: "La Taxonomía en Psicopatología Infantil". En: Psicopatología Infantil. T.E. Ollendicq y col. (eds). Ed. Martínez Roca, Madrid, 1986 (ed. cast. Handbook of Child Psychopatology. Plenum Press, New York, 1983).

-AGHAJANIAN, G.K. Y CEDARBAUM, J.M.: "Central noradrenergic neurons: interactions of autoregulatory mechanisms with extrinsic influences." En: Catecholamines: basic and clinical frontiers. Eds. Usdin & Kopin y Barchas. Pergamon Press, 619. New York, 1979.

-AKISKAL, H.S.: "Ansiedade: Definição, relação com depressão e proposta para un modelo intregador". J. Bras Psiq., 35, 375-381, 1986.

-ALONSO-FERNANDEZ, F.: "Fundamentos de psiquiatría actual", Ed. Paz Montalvo. Madrid, 4ª edición, Tomo II, 3-73, 1979.

-ALONSO-FERNANDEZ, F.: "Formas Actuales de Neurosis". Ed. Pirámide. Madrid, 1982.

-ALONSO-FERNANDEZ, F.: "Compendio de Psiquiatría". Ed. Oteo. Madrid, 1982.

-ALONSO-FERNANDEZ, F.: "La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico". Ed. Labor, 154-171, 209-237, Barcelona, 1988.

-AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, COMMITTEE ON NOMENCLATURE AND STATISTICS.: "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)". American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1980.

-AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, COMMITTEE ON NOMENCLATURE AND STATISTICS: "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Review (DSM-R1)." American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1987.

-ANASTASI, A.: "Test psicológicos". Ed. Aguilar, Madrid, 1967.

-ANDERSON, D.J.; NOYES, R. y CROWE, R.R.: "A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorder". Am. J. Psychiat, 141, 572-575, 1984.

-ARFWIDSSON, L. y col.: "Can self-rating replace a doctor's rating in evaluating anti-depressive treatment?". Acta Psychiat. Scand., 50, 16-22, 1974.

-AYUSO, J.L.; RIVERA, A. y ALFONSO, S.: "Trastorno de ataque de angustia con y sin agorafobia. Un estudio comparativo". Anales de Psiquiatría, 3, 83-6, 1987.

-AYUSO-GUTIERREZ, J.L.: "Trastornos de angustia", Ed. Martínez Roca, S.A., Barcelona, 1988.

-AYUSO-GUTIERREZ, J.L.: "Agorafobia". Monografías de Psiquiatría. Vol. 3, 12-19, Madrid, 1989.

-BAESTRUP, C. Y NIELSEN, M.: "Searching for enlonfenous benzodiazepine receptor ligends" Trends in Pharmacol. Sc. 1, 424-427, 1980.

-BALLUS, C.: "Etiología y patogenia de la patología obsesiva". Ponencia al XI Congreso Nacional de Psiquiatría. Málaga, 1971.

-BALLUS, C. y VALLEJO, J. : "Trastornos afectivos: parámetros psicofisiológicos". Rev. Depart. Psiquiat. Fac. Med., Barce. 10, 5, 325-336, 1983.

-BARKER, D.J.P. y HALL, A. J.: "Practical Epidemiology". Fourth Edition, 1991.

-BECH, P.: "Rating scales for affective disorders: their validity and consistency". Acta Psychiat Scand, supl. 330, vol. 65, Copenhagen, Munksgaard, 1981.

-BECH, P.; KASTRUP, M. y RAFAELSEN, O.: "Breve compendio de las escalas de evaluación para los estados de ansiedad, depresión, manía y esquizofrenia con los síndromes correspondientes en el DSM-III". Acta Psychiatr. Scand. (ed. Espaxs), 73 (Suplemento nº 326) 1988.

-BERNARDO, M.: "Epidemiología de los trastornos por ansiedad". En Vallejo, J. (dir.): Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión. Salvat Editores, 13-21, Barcelona, 1990.

-BIONDI, M.: "Psicobiología y Terapéutica de la ansiedad en la práctica médica", 1989.

-BREIER, A.; CHARNEY, D.S.; HENINGER, G.R.: "Major depression in patients with agoraphobia and panic disorder" Arch. Gen. Psychiat., 41: 1129-1135, 1984.

-BOWEN, R.C. y KOHOUT, J.: "The relationship between agoraphobia and primary affective disorder". Can. Psychiat. Assoc. J., 24, 317-322, 1979.

-CALCEDO ORDONEZ, A.: "Conductas suicidas y actitudes psiquiátricas asistenciales". Actas Luso. Esp. Neur. Psiquiat. III, 2, 139-146, 1977.

-CAMERON, O.G.: "The differential diagnosis of anxiety". Psychiatric and medical disorders. Psychiatr. Clin. North. Am., 8, 3-23, 1985.

-CARBONELL, C.; RIOS, B.: "La mujer alcohólica". Psicopatología. 1. 2, 131-138. Madrid, 1981.

-CARBONELL, C.: "Aspectos epidemiológicos y transculturales". Pathos, 65: 33-38, 1984.

-CARBONELL, C.; RIOS, B.: "Familia y drogodependencia". Psicopatología, 4, 3, 221-226, 1984

-CAREY, G. y GOTTESMAN, J.J.: "Twin and family studies of anxiety, phobia and obsessive disorder". In Klein, Rabkin, Anxiety - new research and changing concerns. Raven Press. New York, 1981.

-CARMINES, E. G. y ZELLER, S.A.: "Reliability and validity assessment". Saga University Papers Series. Quantitative Applications in the Social Sciences. 07-017 Saga Pubns. Beberly Hills & London, 1979.

-CARRASCO, J.L.: "El método Estadístico en la Investigación Médica". 4ª Ed. Ciencia 3. S.A., Madrid, 1989.

-CATTELL, R.: "La naturaleza y medida de la ansiedad". En Psicología Contemporánea. Blume, Barcelona, 1975.

-CATTELL, R.: "16-Pq. Cuestionario de personalidad para adultos". I.P.A.T. Adaptación española, T.E.A., Madrid, 1985.

-CERVERA, S.; CASANOVA, J.; AGUIRRE, M.; LAHORTIGA, F.; GURPEGUI, M.: "Anorexia nerviosa: Análisis fenomenológico-estructural a través del test de Szondi". Ed. Roche.

-CERVERA, S.; CASANOVA, J.; LAHORTIGA, F.: "Perfil psicopatológico y pruebas neuroendocrinas en el estudio de los trastornos afectivos". Rev. dpto. Psiquiatría Facultad Med. Barna. 11, 397-417, 1984.

-CERVERA, S.; GURPEGUI, M.; CASANOVA, J.; LAHORTIGA, F.: "Depresión y pruebas de la función neuroendocrina". Ed. Roche. 1984.

-CERVERA, S.: "Ansiedad", Curso Ansiedad y melancolía, Universidad Internacional Menéndez Pelayo, Santander, 1-5 agosto de 1988.

-CIVEIRA, J.; SANCHEZ, L.; MARTIN, M.; ABRIL, A. y DIEZ, A.:  
"Diferencias sintomatológicas en la mujer depresiva con relación  
al climaterio". Psicopatología 8, 3, 183-195, Madrid, 1988.

-CLANCY, J.; NOYES, R.; HOENCK, P. ; SLYMEN, D. : "Secondary  
depression in anxiety neurosis". J. Nerv. Ment. Dis. 166, 12  
846-850, 1978.

-CLONINGER, L.; MARTIN, R.; CLAYTON, P.; GUZE, S.: "A blind  
follow-up and family study of anxiety neurosis: Preliminary  
analysis of the St. Louis 500". En Klein, D., y Rabkin, J.  
(dirs.): Anxiety. Raven Press, New York, 1982.

-COHEN, M. E.; BADAL, D. W.; KILPATRICK, A.; REED, E. W.; WHITE,  
P. D.: "The familial prevalence of neurocirculatory asthenia  
(anxiety neurosis, effort syndrome)". Am. J. Hum. Genet. 3,  
126-158, 1951.

-COHEN, M. E. y WHITE, P. D.: "Life situations, emotions and  
neurocirculatory asthenia". Psychosom. Med. 13, 335-357, 1951.

-CONDE, V.: "Escalas de evaluación conductual". Rev. de  
Psiquiat. Psicol. Med., IX, 5, 322-339. 1970.

-CONDE LOPEZ, J. y FRANCH VALVERDE, J. J.: "Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos". Upjohn Farmaquímica, Madrid, 1984.

-CONDE, V.; PACHECO, L.; de URIBE, F.; de SANTIAGO-JUAREZ, J. A.: "Algunos aspectos clínicos y terapéuticos de los trastornos por ansiedad y angustia". Farmacología del SNC. vol 2, nº 3, 98-109, 1988.

-COVI, L; LIPMAN, R. S.; DEROGATIS, L. R.; SMITH, J. E.; PATTISON, J. H.: "Drugs and group psychoterapy in neurotic depression". Amer. J. Psychiat. 131, 191-197, 1974.

-CRONBACH, L. J.: "Coefficient alpha and the internal structure of tests". Psychome Trika, 16, 297-334, 1951.

-CROWE, R. R.; NOYES, R.; PAULS, D. L.; SLYMEN, D.: "A family study of panic disorder". Arch. Gen. Psychiat., 40, 1065-1069, 1983.

-CUADRAS, C. M.; ECHEVERRIA, B.; MATEO, J.; SANCHEZ, P.: "Fundamentos de Estadística. Aportación a las ciencias humanas". Ed. PPU, Barcelona, 1984.

-CHAUVEAU, B.: "L'Anxiété". Ed. Temis, S.A., 76.77, Barcelona, 1989.

-DEROGATIS, L.; LIPMAN, R.; COVI, L.; RICKELS, K.: "Factorial invariance of symptom dimensions in anxious and depressive neurosis". Arch. Gen. Psychiatry, 27, 659-665, 1972.

-DEROGATIS, L. R.; KLERMAN, G. L.; LIPMAN, R. S.: "Anxiety states and depressive neurosis. Issues in nosological discrimination". J. Nerv. Ment. Dis., 155, 392-403, 1972.

-DIEZ, C.: "Clasificación de los trastornos por ansiedad". En Vallejo, J. (dir.): Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión. Salvat Editores, 3-11, Barcelona, 1990.

-DIEZ, C.: "Clínica de los trastornos por ansiedad". En Vallejo, J. (dir.): Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión. Salvat Editores, 25-37, Barcelona, 1990.

-DINARDO, P. A.; BARLOW, D. H.; CERNY, J. A., y col.: "Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R)". Albany, N.Y. Center for Stress and Anxiety Disorders, 1985.

-EYSENCK, H. y EYSENCK, M.: "Personalidad y diferencias individuales". Ed. Pirámide, Madrid, 1987.

-FAWCETT, J. y KRAVITZ, M.: "Anxiety syndromes and their relationship to depressive illness". J. Clin. Psychiatry, 44: 8-11, 1983.

-FERNANDEZ BALLESTEROS, R. y CARROBLES, J. A.: "Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones". Ed. Pirámide, Madrid, 1981.

-FINLAY-JONES, R. y BROWN, G. W.: "Types of stressful life events and the onset of anxiety and depressive disorders". Psychological Medicine 11, 803-815, 1981.

-FRASER y DONALD, M. C.: "Noharn, Analisis factorial no lineal". 1988.

-FREUD, S.: "Obras completas". Biblioteca Nueva, Madrid, Tomos I y II, 1948 y Tomo III, 1968.

-FREUD, S.: "Teoría de las neurosis". Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1967.

-FRÖLICH: "La angustia". Ed. Alhambra, 1986.

-FUENTENEbro, F.: "Socioterapia de la depresión". Psicopatología 9, 4º: 185-187, Madrid, 1989.

-GALLETERO, J. M.: "Variables sociodemográficas y clínicas en el trastorno de angustia y trastorno de ansiedad generalizada". Tesis doctoral, UPV, 1987.

-GALLETERO, J. M. y GUIMON, J.: "Historia, concepto y clasificación". Monografía de Psiquiatría. Vol. I, nº 4, 3-7, 1989.

-GALLETERO, J. M.; GUIMON, J.; ECHEBURUA, E.; YLLA, L.; GONZALEZ DE RIVERA, J. L.: "Etiología de la ansiedad". Monografías de Psiquiatría, Vol. I, nº 4, 8-20, 1989.

-GALLETERO, J. M. y GUIMON, J.: "Clínica de los trastornos de ansiedad". Monografías de Psiquiatría. Vol. I, nº 4, 21-24, 1989.

-GARMANY, G.: "Depressive states: their etiology and treatment". British Medical Journal, 1, 341-344, 1958.

-GARSIDE, R. F. y ROTH, M.: "Multivariate Statistical Methods and Problems of Classification in Psychiatry". Br. J. Psychiat., 133: 53-67, 1978.

-GELDER, M. G.: "Clasificación de los trastornos de ansiedad". En Guimón, J. (dir.): Diagnóstico en Psiquiatría. Salvat Editores. 87-92, Barcelona, 1989.

-GILBERSTADT, H. y DUKER, J.: "A handbook for clinical and actuarial MMPI interpretation". Saunders. Philadelphia, 1965.

-GINER y cols.: "La angustia en las urgencias psiquiátricas y en el marco del Hospital General". Psiquis, Vol. V, nº 6, 22-28, 1984.

-GOLGER, S.; FLORENZANO, R.; FEVERHAKE, O.; CODNER, S.; RIOS, G.; MEJIA, M.; POLA, A. y PERALES, P.: "Desorden de Pánico y desorden de Angustia Generalizada. Un estudio de Prevalencia" . Rev. Chil. Neuropsiquiat. 119 - 124, 1984.

-GOLDBERG, D. P. y HILLIER, V. F.: "A scaled version of the General Health Questionnaire". Psychol. Med., 9, 139-148, 1979.

-GONZALEZ INFANTE, J. M.: "Epidemiología del acto suicida". Curso monográfico del Doctorado sobre "Suicidio". Universidad de Sevilla, febrero, 1973.

-GONZALEZ INFANTE, J. M.: "Trastornos afectivos". Jornadas de Actualización en Psiquiatría, Cádiz, mayo, 1988.

-GONZALEZ INFANTE, J. M.: "Abordaje psicoterapéutico de la ansiedad". An. Psiquiatría Vol. 5, nº 3, 85-89, Madrid, 1989.

-GORMAN, J.M.; LIEBOWITZ, M. R.; KLEIN, D. F.: "Panic disorder and agoraphobia". Current Concepts Upjohn, Michigan, 1984.

-GORMAN, J. M. y GORMAN, L. K.: "Drug treatment of social phobia". Journal of Affective Disorders 13, 183-192, 1987.

-GORMAN, J. M.: "Panic disorders". En Klein, D. F. (dir.):  
Modern problems of pharmacopsychiatry. Vol. 22.: Anxiety.  
Karper, Basel, 1987.

-GRAHAM, J.: "MMPJ. Guía Práctica". Manual Moderno. México,  
1987.

-GRADILLAS, V.: "Psicopatología: signos y síntomas". 2ª edición  
Universidad de Málaga, 1988.

-GRINNER, R.: "Principles of thest interpretation". Ann. Int.  
Med. 94, 565-570, 1982.

-HAMILTON, M.: "The assessment of anxiety states by rating".  
Brit. J. Med. Psychol. 32: 50-55, 1959.

-HAMILTON, M.: "Diagnosis and Rating of Anxiety". In: Lader, M.  
H. (Ed.): Studies of Anxiety. Brit. J. Psychiat. Spec. Pub. 3,  
76-79, 1969.

-HAMILTON, M.: "The clinical distinction between anxiety and  
depression". Br. J. Pharmacol. 1983. 15: 1655-1695.

-HERAS, de las, J.: "Prevención del suicidio". Tesis Doctoral,  
Universidad Complutense de Madrid, 1986.

-HILGARD, E.; JONES, L.; KAPLAN, S.: "Conditioned discrimination as related to anxiety". J. Exper. Psychol. 42, 94-99, 1951.

-HOEHN-SARIC, R.: "Comparison of generalized anxiety disorder with panic disorder patients". Psycho. pharm. Bull. 18, 104-108, 1982.

-HOEHN-SARIC, R. y McLEOD, D.R.: "Generalized anxiety disorder". Psychiatric Clin of North America, 8: 73-88, 1985.

-JIMENEZ, F. y GINER, J.: "Estudio de la personalidad y distimia angustiosa y ansiosa". Folia Neurop. del Sur y Este de España, III - 4, 298-305, Granada, 1968.

-JOHNSTONE, E.; CUNNINGHAM, D.; FRITH, C.; McPHERSON, K.; DOWIE, L.; RILEY, G.; GOLD, A.: "Neurotic illness and its responds to anxiolytic and antidepressants treatment". Psychol. Med., 10, 321-328, 1980.

-KANDEL, E.R.: "From metapsychology to molecular biology: explorations into the nature of anxiety". Am. J. Psychiat., 140, 1277-1293, 1983.

-KENDELL, R.: "The classification of depression: A review of contemporary confusion". Br. J. Psychiatry, 129, 15-28, 1976.

-KLECKA, W. R.: "Discriminant analysis". Saga. Londres, 1982.

-KLEIN, D.; RABKIN, J.; GORMAN, J.: "Etiological and pathophysiological inferences from the pharmacological treatment of anxiety". En Tuma, A. y Maser, J. (dirs.). Anxiety and the anxiety disorders. Lawrence Erlbaum Assoc. Hillsdale, 1985.

-KLEIN, D. F.; GITTELMAN, R.; QUITKIN, F.; RIFKIN, A.: "Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders: Adults and children". Williams & Wilkins, Baltimore, 1984.

-KLEIN, D. F.; FYER, A. J.; GORMAN, M. R.; LEIBOWITH, M. R.: "Ansiedad". Probl. modernos de farmacopsiquiatría. Harofama. Barcelona, 1987.

-KLERMAN, G. L.: "Neurotic depressions: A systematic analysis of multiple criteria and meanings". Am. J. Psychiatry, 136, 57-61, 1979.

-LADER, M. y MARKS, I.: "Clinical anxiety". William Heinemann, London, 1971.

-LADER, M. H.: "Assessment methods and the differential diagnosis of anxiety". J. Cli. Psychopharmacol., 1, 342-349, 1981.

-LECKMAN, J.; MERIKANGAS, K.; PAULS, O.; PRUSOFF, B. A.;  
WEISSMAN, M. M.: "Anxiety disorders and depression:  
Contradictions between family study data and DSN III  
conventions". Am J. Psychiatry, 140, 7, 880-882, 1983.

-LECKMAN, J. F.; WEISSMAN, M. M.; MERIKANGAS, K. R.; PAULS, D.  
L. y PRUSOFF, B. A.: "Panic disorder and major depression:  
increased risk of depression, alcoholism, panic and phobic  
disorders in families of depressed probands with panic  
disorder". Archives of General Psychiatry, 40, 1055-1060, 1983.

-LECKMAN, J. F.; WEISSMAN, M. M.; MERIKANGAS, K. R.; PAULS, D.  
L., y PRUSOFF, B. A.: "Methodologic differences in major  
depression and panic disorder studies". Archives of General  
Psychiatry, 41, 722-3, 1984.

-LE GALL, A.: "La ansiedad y la angustia". Ed. Oikos-Tau, S.A.,  
Barcelona, 1985.

-LE PINE, J. P.; GODCHAU, M. y BRUN, P.: "Symptomes anxieux et  
dépressifs: comparaison de différentes échelles d'évaluation".  
en Chanoit y Verbizier (eds.): Recherches en psychiatrie  
sociale, Toulouse, Erès, 127-141, 1986.

-LESSER, I. M. y RUBIN, R.T.: "Diagnostic considerations in  
panic disorders". J. Clin. Psychiatry, 47 (Suppl, 6) 4-10,  
1986.

-LEWIS, A.: "Melancholia: a clinica survey". Journal of Mental Sciences, 80, 227-355, 1934.

-LEWIS, A.: "Bioestadística". 2 ed. C. Ed. Continental, S.A. México, 1970.

-LEY, Ph.: "The psychology of obesity: its causes, consequences and control", en Rachman (ed.): Contributions to medical psychology, vol. 2, Oxford, Pergamon Press, 181-213, 1984.

-LILIENFELD, A. M. y LILIENFELD, D. E.: "Foundations of epidemiology" Oxford Unive. Press. 2ª Ed., 1980.

-LOPEZ-IBOR, J. J. (1950): "La angustia vital". 2ª Ed. Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1969 (2ª Ed.).

-LOPEZ-IBOR, J. J.: "Las neurosis como enfermedades del ánimo". Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1966.

-LOPEZ-IBOR, J. J.: "Lecciones de Psicología Médica". Ed. Paz Montalvo. Madrid. 1973.

-LOPEZ-IBOR ALIÑO, J. J.: "Cap XII. Las Neurosis". 741-789. En Psiquiatría II de Ruiz, C.,; López Ibor, J.J.; Barcia, D. Ed. Toray. Barcelona, 1982.

-LOPEZ-IBOR ALIÑO, J. J.: "Problemas para la clasificación de los trastornos de angustia". Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiatría y Ciencias afines. Vol. XVI, 11-17, 1988.

-MAPOTHER, E.: "Discussion on manic-depressive psychosis".  
British Medical Journal, 11, 872-876, 1926

-MARCOS, T.: "Valoración psicométrica". En Vallejo, J. (dir.):  
Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión. Salvat Editores,  
101-110, Barcelona, 1990.

-MARKS, I. y LADER, M.: "Anxiety states (anxiety neurosis)". A  
review. J. nerv. ment. Dis., 156: 3-18, 1973.

-MARKS, P. A.; SEEMAN, W.; HALLER, D. L.: "The actuarial use of the MMPI with adolescents and adults". Williams and Wilkins.  
Baltimore, 1974.

-MARTIN, M.: "Determinación cuantitativa de aspectos clínicos de la enfermedad depresiva mediante la aplicación del CET-DE".  
Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 1989.

-MARTINEZ, M. R.: "El análisis de los datos de diseños con sujeto único". En: Manual de Modificación de conducta. J. Mayor y R. J. Labrador (Eds.) Alhambra, Madrid, 1984.

-MARTINEZ, R.; MACIA, M. A.; PEREZ, J. A.: "Psicología Matemática". Univers. Nacional de Educación a Distancia, 3ª Ed., Madrid, 1987.

-MASSANA, J.: "Ataque de pánico: un trastorno de ansiedad diferenciado". En Tobeña, A. (dir.): Trastornos de ansiedad. Orígenes y tratamiento. Alamex, Barcelona, 1986.

-MASSANA, J.: "Trastorno por angustia y ansiedad". Conferencia Internacional, Ginebra, Suiza, junio 1990.

-MATTES, J. A.: "Optimal length of hospitalization for psychiatric patients: a review of the literature". Hosp. Community Psychiatry 33: 824-828, 1982.

-MAXWELL, A. E.: "Multivariate Statistical Methods and Classification Problem". Br. J. Psychiat. 119: 121-127, 1971.

-MAYER-GROSS, W.; SLATER, E.; ROTH, M.: "Clinical Psychiatry". Cassell, London, 1974.

-MERIKANGAS, K. y WEISSMAN, M.: "Epidemiology of Anxiety Disorders in Adulthood". En Michels, R. y Cavener, J. O. (dirs.): Psychiatry: Social Epidemiologic and Legal Psychiatry. J. B. Lippincott, Philadelphia, 1985.

-NIE, M.; HULL, C.; JENKINS, J. y col.: "SPSS". McGraw-Hill, New York, 1975.

-MORENO, J.; GUMA, M.; MARTIN, M. L.; MARTINEZ, A.: "La fiabilidad en los test de diagnóstico psiquiátrico". IMP-Psiquiatría, Vol. III, nº 4, 1991.

-MOUNTJOY, C. Q. y ROTH, M.: "Studies in the relationship between depressive disorders and anxiety states". Journal of affective disorders 4, 127,47, 149,161, 1982.

-NOYES, R.; CLANCY, J.; HOENCK, P. R.; SLYNEN, D. J.: "The prognosis of anxiety neurosis". Arch. Gen Psychiat, 37, 173-178, 1980.

-NOYES, R., Jr.; CLANCY, J.; CROWE, R.; HOENK, R. P.; SLYMEN, D. J.: "The familial prevalence of anxiety neurosis". Arch. gen. Psychiat. 35 (a), 1057-1074, 1983.

-MUNJACK, M. y MOSS, H. B.: "Affective disorder and alcoholism in families of agoraphobics". Archs. gen. Psychiat. 38, 869-871, 1981.

-ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: "Clasificación Internacional de Enfermedades (9ª revisión)." WHO GENOVA, 1978.

-ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: "Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª edición). Borrador, 1988". Versión española, por el servicio de Psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, febrero, 1991.

-OVERALL, J. E.; HOLLISTER, L. E.; JOHNSON, M. H. y col.: "Nosology of depression and differential response to drugs". J. Amer. Med. Ass., 195, 946-948, 1966.

-PAYKEL, E. S.; MYERS, J. K.; DIENELT, M. N.; KELMAN, G. L.; LINDENTHAL, J. J.: "Life events and depression: a controlled study". Archives of General Psychiatry 21, 753-60, 1969.

-PAYLER, E.S.: "Classification of depressed patients: a cluster analysis derived growing". British Journal of Psychiatry, 118, 275-88, 1971.

-PAYKEL, E. S.: "Have multivariate statistics contributed to classification?". Br J. Psychiat., 139, 357-362, 1981.

-PAYKEL E. S.: "The clinical interview for depression development, reliability and validity (CID)". J. Affective, Dis., 9, 85-96, 1985.

-PICHOT, P.: "Les tests psychologiques en psychiatrie". Psychiatrie der Gegenwart (Band I/2). Springer-Verlag, 1963.

-PICHOT, P.: "Psychopatologie quantitative". Neurologie. Psychiatrie (NP Sandoz), 3: 3-9, 1972.

-PALOMO, T.: "Modelos animales de la depresión y predicción terapéutica". Psicopatología, Vol. 7 (3), 411-418, 1987.

-POLAINO-LORENTE, A.: "La depresión". Ed. Martínez Roca, Barcelona, 1988.

-POLAINO-LORENTE, A. y DOMENECH, E.: "La depresión en los niños españoles de 4º de E.G.B.". Geigy, 1988.

-POLAINO-LORENTE, A. y HERAS de las, J.: "Tus hijos y las drogas". Ed. Palabra, S.A., Madrid, 1991.

-PRUSOFF, B. y KLERMAN, G.: "Differentiating depressed from anxious neurotic outpatients. Use of discriminant function analysis for separation of neurotic affective states". Arch. Gen. Psychiat., 30, 302-309, 1974.

-PUJOL, J. y HUMBERT, M. S.: "Ataques de angustia-ansiedad-depresión". Rev. Psiq. Fac. Med. Barcelona, 50-57, 1987.

-RASKIN, M.; PEEKE, HUS.; DICKMAN, W.; PINSKER, H.: "Panic and generalised anxiety disorder". Archives of General Psychiatry 39, 687-689, 1982.

-REDMON, D.E.: "Evidence for the involvement of a brain norepinephrine system in anxiety". En: Catecolamines: basic clinical frontiers. Eds. Urbin, Kopin & Barches, Pergamon Press. New York, 1979.

-REICH, J.: "The Epidemiology of Anxiety". J. Nerv. Ment. Dis., 174, 129-136, 1986.

-RICKELS, K.; DOWNING, R. W.; STEIN, M.: "The diferentiation between neurotic depression and anxiety and drug treatment". En Saletu, B. (dir.): Neuropharmacology. Pergamon Ed. Oxford, 1979.

-RIVAS, M. T.; RIUS, F.; MARTINEZ, M. R.: "Análisis Discriminante: Una aplicación del método "Stepwise" . Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Málaga. Corcelles, 1990.

-ROBINS, L. N.; HELZER, J. E.; WEISSMEN, M. M.; ORVASCHEL, H.; GRUENBERG, E.; BURKE, J. O.; REGIER, D. A.: "Life time prevalence of specific psychiatric disorders in three sites". Archs. gen. Psychiat. 41, 949-958, 1984.

-ROBINS, L.: "Epidemiology: Refflections on testing the validity of Psychiatric Interview". Arc. Gen. Psychiat. 42/9: 918-924, 1985.

-ROIG, J. M.: "El MMPI en la exploración objetiva de la personalidad". Ed. Espaxs. S.A., Barcelona, 1989.

-ROJAS, E. y ALONSO-FERNANDEZ, F.: "Psicopatología de la vida afectiva, de la angustia a la diselpidia". Folia. neuropsiquiat. 12: 55-72, 1977.

-ROJAS, E.: "Psicopatología de la depresión". Salvat, Barcelona, 1984.

-ROJAS, E.: "Estudios sobre el suicidio". 2ª edición. Salvat, Barcelona, 1984.

-ROJAS, E.: "Las cinco vertientes sintomatológicas de la ansiedad". Rev. Dep. Psiq. Fac. Med. Barcelona, Vol. XIV, 13-21, 1987.

-ROJAS, E. y DE LAS HERAS, J.: "Trastornos por ansiedad e insomnios". ed.

-ROJAS, E.: "La ansiedad". Ed. Temas de Hoy, Madrid, 1989.

-ROTH, W. F. Jr. y LUTON, F. M.: "The mental health program in Tenneance". Am J Psychiatry. 99: 662-675, 1943.

-ROTH, M.; GURNEY, C.; GARSIDE, R. F.: "Studies in the classification of affective disorders. The relationship between anxiety states and depressive illness". British Journal of Psychiatry, 121, 147-61, 1972.

-ROTH, M. y MOUNTJOY, C. A.: "The distinction between anxiety states and depressive disorders". En Paykel, E. S. (dir.): Handbook of affective disorders. Churchill Livingstone, Edimburgo, 1982.

-SAIZ, J.: "Crisis de Angustia: Angustia y Depresión". Ed. Bobes García, J. en Actas de la XI Reunión Nacional de Psiquiatría Biológica, Arcano, Gijón, 1986.

-SANCHEZ BLANQUE, A.; LUSILLA PALACIN, P.: "Validez convergente y discriminante de la escala heteroevaluada de ansiedad de Zung". Ed. López-Ibor, J.J. 2º Congreso de Psiq. Biológica, Madrid, 1988.

-SCHAPIRO, A. K.; MORRIS, L. A.: "Placebo affects in medical and psychological therapics". In Garfield, S.L. y Bergin, A.E. (Eds.): Handbook of psychoterapy and behavin change. Wiley, New York, 1978.

-SCOTT WETZLET, Ph. D.: "Medición de las Enfermedades Mentales: Evaluación Psicométrica para los clínicos". Ancora, S.A., Barcelona, 1991.

-SEVA DIAZ, A. y CIVEIRA, J. M.: "Análisis higiénico-sanitario de la salud mental de Soria". Publicaciones de la Excm. Diputación de Soria. MD. 1982.

-SHASTER. E. y SHILEDSI, J.: "Genetic aspects of anxiety". Headly Bros, 62-71, London, 1969. En Gorman, J.M. "Neurosis de Pánico", Probl. Med. Pharmacopsychiat. vol. 22, 36-90, 1987.

-SHEAR, M. K.; KLOSKO, J.; FYER, M. R.: "Evaluación de los trastornos por ansiedad". Ed. Wetzler, S. en "Medición de las enfermedades mentales: Evaluación psicométrica para los clínicos". Ed. Ancora, Barcelona, 1991.

-SHEEHAN, D. V.: "Panic attacks and phobias". New England Journal of Medicine, 20, 53-68, 1982.

-SHEEHAN, D. V. y SHEEHAN, K.: "The classification of anxiety and hysterical states. Toward a more heuristic classification". Journal of Clinical Psychopharmacology, 2, 386-93, 1982.

-SHEEHAN, D.: "Current perspectives in the treatment of panic and phobic disorders". Drug Therapy, 1, 179-190, 1982.

-SHEEHAN, D. V.: "The Anxiety Disease". New York: Charles Scribner's Sons. 1983.

-SHEEHAN, D. V.; COLEMAN, J. M.; GREENBLATT, D. J.; JONES, K. J.; LEVINE, P. H.; ORSULAK, P. J.; PETERSON, M.; SCHILDKRAUT, J. J.; EZUGORA, E.; WATKINS, D.: "Somebiochemical correlates of panic attacks with agoraphobie and their response to a new treatment". Journal of Clinical Psychopharmacology. 4, 66-75, 1984.

-SHEEHAN, D. V. y SOTO, S.: "Diagnóstico, etiología y tratamiento de las crisis de angustia". Rev. de Psiquiat. Facul. Med. Barcelona. Vol. XIV, 102-125, 1987.

-SIEGEL, S.: "Estadística no paramétrica". Trillas, México, 1979.

-SLATER, E. y SCHIELOS, J.: "Genetical Aspects of Anxiety. In Studies of Anxiety". Ed. Lder M. Headley. Human. Ashford-Kent.

-SNAITH, R. p.; CONSTANTOPLELOS, A. A.; JARDINE, M. J. y col.: "A clinical Scale for the self-assessment of Irritability, depresion and anxiety". Br. J. Psychiat. 132, 164-171, 1978.

-SNAITH, R.P.: "Rating scales". Br. J. Psychiat., 138, 512-514, 1981.

-SOKAL, R. R. y ROHLF, P. J.: "Biometría". Blume eds., Madrid, 1979.

-SPITZER, R.; FLIESS, J.; EDICOTT, J.; COHEN, J.: "Mental status schedule". Arch. Gen. Psychiatry, 16, 479-493, 1967.

-SPITZER, R.; ENDICOTT, J.; ROBINS, E.: "Research diagnostic criteria. Rationale and reliability". Arch. Gen. Psychiatry, 35, 773-782, 1978.

-SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W.; SKODOL, A. E.: "DSN. III: The major achievements and an overview". Am. J. Psychiatry, 137: 151-164, 1980.

-SPIELBERGER, C. D.; VAGG, P. R.; BARKER, L. R. y col.: "The factor structure of the state-trait anxiety inventory". In stress and anxiety, vol 7, Edited by Sarason IG, Spielberger CD. New York, Hemisphere, 1980.

-SPIELBERGER, C. D.; GONZALEZ-REIGOSA, R.; MARTINEZ-URRUTIA, A.; NATALICIO, L., NATALICIO, D.: "Development of the Spanish edition of the state-trait anxiety inventory". Interamerican Journal of Psychology, 5, 145,148, 1971.

-SPITZER, R. L.: "Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary?". Compr. Psychiat. 24, 399-411, 1983.

-SPITZER, R. C. y WILLIAMS, J. B. W.: "The DSM-III Classifications of affective Disorders". Acta Psychiat. Scand. (Supple. 310), 106-116, 1983.

-STEEL, R. G. D.; TORRIE, J. M.: "Bioestadística: Principios y procedimientos". 2ª Ed. México, 1986.

-SURMAN, O. S.; SHELAN, D. V.; FULLER, T. C.; GALLO, J.: "Panic disorder in genotypic HLA identical sibling pairs". Am. J. Psychiat. 140, 237-238, 1983.

-TARNOPOLSKI, A. y col.: "Validity and uses of a screening questionnaire (GHQ) in the community". Br. J. Psych. 134, 508-515, 1979.

-TAYLOR, J. A.: "A personality scale anxiety". J. Abnorm. sec. Psycho. 48, 285, 1953.

-THYRER, B. A.; PARRISH, R. T.; CURTIS, G. C.: "Age of onset of DSM-III anxiety disorders". Comprehensive Psychiatry, 26, 113-12, 1985.

-THURSTONE, L. L.: "Multiple Factor Analysis". University of Chicago Press. Chicago, 1947.

-TYRER, P.: "Major common symptoms in psychiatry: Anxiety". Br. J. Hosp. Med., 27, 109-113, 1982.

-TYRER, P.: "Clasificación de las neurosis". Ed. Díaz de Santos, S.A., Madrid, 1992.

-VALLEJO, J.: "La relación angustia-depresión desde una perspectiva clínica". Anu. Psicol., 18, 80-89, 1978.

-VALLEJO, J.: "Etiopatogenia". Monografías de Psiquiatría. Vol. 1, nº 2, 3-19, Madrid, 1989.

-VALLEJO, J.: "Neurosis de angustia y fóbica". En Vallejo, J. (dir.): Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Salvat Editores, 2ª Edición. Barcelona, 1985.

-VALLEJO, J.: "Relación entre los estados de ansiedad y los trastornos depresivos". En Trastornos Afectivos: Ansiedad y depresión. J. Vallejo. Ruiloba y Gascón-Ferrer (dir.) Salvat Editores, 497-516, Barcelona, 1990.

-VALLEJO-NAGERA, J. A.: "Introducción a la psiquiatría". Ed. Científico-Médica, Barcelona, 15ª edición, 120-169, 1981.

-VAN WALLKENBURG, G.; AKISKAL, S. N.; PUZANTIAN, U.; ROSENTHAL, T.: "Anxious depressions Clinical, family history and naturalistic outcome comparisons with panic and major depressive disorders". J Affective Disorders, 6, 67-82, 1984.

-WEISSMAN, M. M.: "The epidemiology of anxiety disorders. Rates, risks and familial patterns". In Tuma A. H. Naser J. D. (Eds.) Anxiety and the anxiety disorders. Erlbaum Hisdale (N.J.), 1985.

-WETZLER, S. y col.: "Medición de las enfermedades mentales: Evaluación psicométrica para los clínicos". Ed. Ancora, S.A., Barcelona, 1991.

-WETZLER, S.; KAHN, R. S.; CAHN, W.; VAN PRAAG, H. M.; ASNIS, G. M.: "Psychological test characteristics of depressed and panic patients". Psychiatry Res. 31 (2), 179-92, 1990.

-WILLIAMSON, J. W.; HUDSON, J. I.; NEVINS, M. N.: "Teaching Quality Assurance and Cost Containment in Health Care". San Francisco, Jossey-Bass, 1982.

-VOODRUFF, Jr. R.A.; GOODWIN, D. W. y GUZE, S.A.: "El diagnóstico en psiquiatría". Edit. El Manual Moderno, 33-43, 1974.

-ZELLER, R. A. y CARNINES, E. G.: "Measurement in the social sciences. The link between theory and data". Ed. Cambridge University Press. London, New York, 1981.

-ZITRIN, C. M.; KLEIN, D. F.; WOERNER, M. G.: "Treatment of agoraphobia with group exposure in viro and imipramine". Archs. Gen. Psychiat., 37, 63-72, 1980.

-ZUNG, W.: "A rating instrument for anxiety disorders". Psychosomatics, 12, 371-379, 1971.

**9.- ANEXOS**

9.- ANEXOS.

CUESTIONARIO SOBRE SINTOMAS DE ANSIEDAD

NOMBRE: \_\_\_\_\_ N' HISTORIA: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ Nº HIJOS: \_\_\_\_\_

PROFESION: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

INSTRUCCIONES: Conteste a las siguientes preguntas en relación con los síntomas que haya notado durante los últimos tres meses. Haga un círculo alrededor del asterisco situado en la columna SI cuando haya notado ese síntoma con más intensidad o frecuencia que la mayoría de las personas, es decir, más de lo normal según su propio criterio. Rodee el asterisco de la columna NO en caso contrario.

La intensidad se valorará: 0 (No existe) 1 (Leve) 2 (Moderada)  
3 (Marcada) 4 (Muy marcada)

<u>SINTOMAS FISICOS</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>INTENSIDAD</u>
1.-Tiene palpitaciones o taquicardias (le late a veces rápido el corazón) .....	*	*	
2.-Se ruboriza o se pone pálido .....	*	*	
3.-Le tiemblan las manos, pies, piernas o el cuerpo en general .....	*	*	

4.-Suda mucho .....	*	*
5.-Se le seca la boca .....	*	*
6.-Tiene "tics" (guiños o contracturas musculares automáticas) .....	*	*
7.-Nota falta de aire, dificultad para respirar, opresión en la zona del pecho .....	*	*
8.-Tiene gases .....	*	*
9.-Orina con mucha frecuencia o de forma imperiosa .....	*	*
10.-Tiene náuseas o vómitos .....	*	*
11.-Tiene diarreas, descomposiciones intestinales .....	*	*
12.-Se nota como un nudo en el estómago o en la garganta, le cuesta tragar .....	*	*
13.-Tiene vértigos, sensación de inestabilidad, desmayo, de que puede caerse ..	*	*
14.-Le cuesta quedarse dormido por las noches .....	*	*
15.-Tiene pesadillas .....	*	*
16.-Tiene sueño durante el día y se queda dormido sin darse cuenta de día .....	*	*
17.-Pasa temporadas sin apetito, sin querer comer casi nada .....	*	*
18.-Tiene ratos en que come excesivamente o cosas extrañas, incluso sin apetito.	*	*
19.-Ha notado un menor interés por la sexualidad .....	*	*
20.-Ha notado un mayor interés por la sexualidad .....	*	*

-----  
SUMA

## SINTOMAS PSIQUICOS

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 1.-Se nota inquieto, nervioso, desasosegado por dentro .....                               | * | * |
| 2.-Se siente como amenazado, incluso sin saber por qué .....                               | * | * |
| 3.-Tiene la sensación de estar luchando continuamente sin saber contra qué ...             | * | * |
| 4.-Tiene ganas de huir, de marcharse a otro lugar, de viajar a un sitio lejano .....       | * | * |
| 5.-Tiene fobias (temores exagerados a algún objeto o situación) .....                      | * | * |
| 6.-Tiene miedos difusos, es decir, sin saber bien a qué .....                              | * | * |
| 7.-A veces es preso de terrores o tiene ataques de pánico .....                            | * | * |
| 8.-Se nota muy inseguro de sí mismo .....  | * | * |
| 9.-A veces se siente inferior a los demás  | * | * |
| 10.-Nota una cierta sensación de vacío interior .....                                      | * | * |
| 11.-Se nota distinto, como si estuviese perdiendo su propia identidad .....                | * | * |
| 12.-Está triste, meditabundo, melancólico  | * | * |
| 13.-Teme perder el autocontrol, el control de sí mismo y hacer daño a otras personas ..... | * | * |
| 14.-Teme no controlarse y llegar a suicidarse .....  | * | * |
| 15.-Está asustado o le da mucho miedo la muerte .....                                      | * | * |
| 16.-Está asustado pensando que se está volviendo o que se puede volver loco .              | * | * |
| 17.-Tiene la sensación de que ocurrirá alguna desgracia, como un presentimiento .....      | * | * |

18.-Se nota muy cansado, sin intereses ni ganas de hacer nada .....	*	*
19.-Le cuesta mucho tomar una decisión ...	*	*
20.-Es una persona recelosa o desconfiada	*	*
	-----	
	SUMA	

SINTOMAS DE CONDUCTA

1.-Está siempre alerta, como vigilando o en guardia .....	*	*
2.-Está irritable, excitable, responde exageradamente a los estímulos externos	*	*
3.-Rinde menos en sus actividades habituales .....	*	*
4.-Le resulta difícil o penoso realizar sus actividades habituales .....	*	*
5.-Se mueve de un lado para otro, como agitado, sin motivo .....	*	*
6.-Cambia mucho de postura, por ejemplo, cuando está sentado .....	*	*
7.-Gesticula mucho .....	*	*
8.-Le ha cambiado la voz, o ha notado altibajos en sus tonos .....	*	*
9.-Se nota más torpe en sus movimientos o más rígido .....	*	*
10.-Tiene más tensa la mandíbula .....	*	*
11.-Tartamudea o cecea.....	*	*
12.-Se muerde las uñas o los "padrastrós", se chupa el dedo o se los frota.....	*	*
13.-Juega mucho con objetos, necesita tener algo entre las manos (bolígrafos, etc.)	*	*
14.-A veces se queda bloqueado, sin saber qué hacer o decir .....	*	*

15.-Le cuesta mucho o no está dispuesto a realizar una actividad intensa .....	*	*
16.-Muchas veces tiene la frente fruncida.	*	*
17.-Tiene los párpados contraídos o las cejas arqueadas hacia abajo .....	*	*
18.-Tiene expresión de perplejidad, desagrado, displacer o preocupación ..	*	*
19.-Le dicen que está inexpresivo, como con la cara "congelada" .....	*	*
20.-Le irritan mucho los ruidos intensos o inesperados .....	*	*
	-----	
	SUMA	

SINTOMAS COGNITIVOS

1.-Le inquieta el futuro, lo ve todo negro, difícil, de forma pesimista ...	*	*
2.-Piensa que tiene mala suerte y siempre la tendrá .....	*	*
3.-Cree que no sirve para nada, que no sabe hacer nada correctamente .....	*	*
4.-Los demás dicen que no es justo en sus juicios y apreciaciones .....	*	*
5.-Se concentra mal, con dificultad .....	*	*
6.-Nota como si le fallase la memoria, le cuesta recordar cosas recientes .....	*	*
7.-Le cuesta recordar cosas que cree saber, haber aprendido hace tiempo ...	*	*
8.-Está muy despistado .....	*	*
9.-Tiene ideas o pensamientos de los que no se puede librar .....	*	*
10.-Le da muchas vueltas a las cosas .....	*	*
11.-Todo le afecta negativamente, cualquier detalle o noticia .....	*	*

12.-Utiliza términos extremos: inútil, imposible, nunca, jamás, siempre, etc.	*	*
13.-Hace juicios de valor sobre los demás, rígidos e intolerantes: inútil, odioso	*	*
14.-Se acuerda más de lo negativo que de lo positivo .....	*	*
15.-Le cuesta pensar, nota un cierto bloqueo intelectual .....	*	*
16.-Un pequeño detalle que sale mal le sirve para decir que todo es caótico .	*	*
17.-Piensa que su vida no ha merecido la pena, que todo ha sido injusticias o dolor .....	*	*
18.-Pensar en algo angustioso le conduce a pensamientos más angustiosos todavía .	*	*
19.-Piensa en lo que haría en una situación difícil, y cree que no podría superarla	*	*
20.-Cree que su única solución es un cambio verdaderamente profundo o que es inútil	*	*
	-----	
	SUMA	

SINTOMAS ASERTIVOS

1.-A veces no sabe qué decir ante ciertas personas .....	*	*
2.-Le cuesta mucho iniciar una conversación	*	*
3.-Le resulta difícil presentarse a sí mismo en una reunión social .....	*	*
4.-Le cuesta mucho decir "no" o mostrarse en desacuerdo con algo .....	*	*
5.-Intenta agradar a todo el mundo y siempre sigue la corriente general ....	*	*
6.-Le resulta muy difícil hablar de temas generales o intrascendentes .....	*	*

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 7.-Se comporta con mucha rigidez, sin naturalidad, en las reuniones sociales.      | * | * |
| 8.-Le resulta muy difícil hablar en público formular y responder preguntas .....   | * | * |
| 9.-Prefiere claramente la soledad antes que estar con desconocidos .....           | * | * |
| 10.-Se nota muy pasivo o bloqueado en reuniones sociales .....                     | * | * |
| 11.-Le cuesta expresar a los demás sus verdaderas opiniones y sentimientos ...     | * | * |
| 12.-Intenta dar en público una imagen de sí mismo distinta a la real .....         | * | * |
| 13.-Está muy pendiente de lo que los demás puedan opinar de usted .....            | * | * |
| 14.-Se siente a menudo avergonzado ante los demás.....                             | * | * |
| 15.-Prefiere pasar totalmente desapercibido en las reuniones sociales .....        | * | * |
| 16.-Le resulta difícil terminar una conversación difícil o comprometida .....      | * | * |
| 17.-Tiene o utiliza poco el sentido del humor ante situaciones de cierta tensión   | * | * |
| 18.-Está muy pendiente de lo que hace en presencia de personas de poca confianza   | * | * |
| 19.-Prefiere no discutir ni quejarse a pesar de estar seguro de llevar razón .     | * | * |
| 20.-Se avergüenza o incomoda por cosas que hacen los demás ("vergüenza ajena").... | * | * |

-----  
SUMA

TOTAL = /100

VERSION ABREVIADA III.

<u>SINTOMAS FISICOS</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>INTENSIDAD</u>
1.-Tiene palpitaciones o taquicardias (le late a veces rápido el corazón) .....	*	*	
2.-Se ruboriza o se pone pálido .....	*	*	
3.-Le tiemblan las manos, pies, piernas o el cuerpo en general .....	*	*	
4.-Suda mucho .....	*	*	
5.-Se le seca la boca .....	*	*	
7.-Nota falta de aire, dificultad para respirar, opresión en la zona del pecho .....	*	*	
8.-Tiene gases .....	*	*	
9.-Orina con mucha frecuencia o de forma imperiosa .....	*	*	
12.-Se nota como un nudo en el estómago o en la garganta, le cuesta tragar .....	*	*	
13.-Tiene vértigos, sensación de inestabilidad, desmayo, de que puede caerse ..	*	*	
15.-Tiene pesadillas .....	*	*	
16.-Tiene sueño durante el día y se queda dormido sin darse cuenta de día .....	*	*	
19.-Ha notado un menor interés por la sexualidad .....	*	*	

-----  
SUMA

## SINTOMAS PSIQUICOS

- 1.-Se nota inquieto, nervioso, desasosegado por dentro ..... \* \*
- 2.-Se siente como amenazado, incluso sin saber por qué ..... \* \*
- 3.-Tiene la sensación de estar luchando continuamente sin saber contra qué ... \* \*
- 4.-Tiene ganas de huir, de marcharse a otro lugar, de viajar a un sitio lejano ..... \* \*
- 5.-Tiene fobias (temores exagerados a algún objeto o situación) ..... \* \*
- 6.-Tiene miedos difusos, es decir, sin saber bien a qué ..... \* \*
- 7.-A veces es preso de terrores o tiene ataques de pánico ..... \* \*
- 8.-Se nota muy inseguro de sí mismo ..... \* \*
- 9.-A veces se siente inferior a los demás \* \*
- 10.-Nota una cierta sensación de vacío interior ..... \* \*
- 11.-Se nota distinto, como si estuviese perdiendo su propia identidad ..... \* \*
- 12.-Está triste, meditabundo, melancólico \* \*
- 13.-Teme perder el autocontrol, el control de sí mismo y hacer daño a otras personas ..... \* \*
- 14.-Teme no controlarse y llegar a suicidarse ..... \* \*
- 16.-Está asustado pensando que se está volviendo o que se puede volver loco . \* \*
- 17.-Tiene la sensación de que ocurrirá alguna desgracia, como un presentimiento ..... \* \*

18.-Se nota muy cansado, sin intereses ni ganas de hacer nada .....	*	*
19.-Le cuesta mucho tomar una decisión ...	*	*
20.-Es una persona recelosa o desconfiada	*	*
	-----	
	SUMA	

SINTOMAS DE CONDUCTA

1.-Está siempre alerta, como vigilando o en guardia .....	*	*
2.-Está irritable, excitable, responde exageradamente a los estímulos externos	*	*
3.-Rinde menos en sus actividades habituales .....	*	*
4.-Le resulta difícil o penoso realizar sus actividades habituales .....	*	*
5.-Se mueve de un lado para otro, como agitado, sin motivo .....	*	*
6.-Cambia mucho de postura, por ejemplo, cuando está sentado .....	*	*
9.-Se nota más torpe en sus movimientos o más rígido .....	*	*
14.-A veces se queda bloqueado, sin saber qué hacer o decir .....	*	*
15.-Le cuesta mucho o no está dispuesto a realizar una actividad intensa .....	*	*
18.-Tiene expresión de perplejidad, desagrado, displacer o preocupación ..	*	*
19.-Le dicen que está inexpresivo, como con la cara "congelada" .....	*	*
20.-Le irritan mucho los ruidos intensos o inesperados .....	*	*
	-----	
	SUMA	

### SINTOMAS COGNITIVOS

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1.-Le inquieta el futuro, lo ve todo negro, difícil, de forma pesimista ...               | * | * |
| 3.-Cree que no sirve para nada, que no sabe hacer nada correctamente .....                | * | * |
| 4.-Los demás dicen que no es justo en sus juicios y apreciaciones .....                   | * | * |
| 5.-Se concentra mal, con dificultad .....   | * | * |
| 6.-Nota como si le fallase la memoria, le cuesta recordar cosas recientes .....           | * | * |
| 7.-Le cuesta recordar cosas que cree saber, haber aprendido hace tiempo ...               | * | * |
| 8.-Está muy despistado .....  | * | * |
| 9.-Tiene ideas o pensamientos de los que no se puede librar .....                         | * | * |
| 10.-Le da muchas vueltas a las cosas .....  | * | * |
| 11.-Todo le afecta negativamente, cualquier detalle o noticia .....                       | * | * |
| 12.-Utiliza términos extremos: inútil, imposible, nunca, jamás, siempre, etc.             | * | * |
| 13.-Hace juicios de valor sobre los demás, rígidos e intolerantes: inútil, odioso         | * | * |
| 14.-Se acuerda más de lo negativo que de lo positivo .....                                | * | * |
| 15.-Le cuesta pensar, nota un cierto bloqueo intelectual .....                            | * | * |
| 16.-Un pequeño detalle que sale mal le sirve para decir que todo es caótico .             | * | * |
| 17.-Piensa que su vida no ha merecido la pena, que todo ha sido injusticias o dolor ..... | * | * |
| 18.-Pensar en algo angustioso le conduce a pensamientos más angustiosos todavía .         | * | * |

19.-Piensa en lo que haría en una situación difícil, y cree que no podría superarla	*	*
20.-Cree que su única solución es un cambio verdaderamente profundo o que es inútil	*	*
	-----	
	SUMA	

SINTOMAS ASERTIVOS

1.-A veces no sabe qué decir ante ciertas personas .....	*	*
3.-Le resulta difícil presentarse a sí mismo en una reunión social .....	*	*
4.-Le cuesta mucho decir "no" o mostrarse en desacuerdo con algo .....	*	*
6.-Le resulta muy difícil hablar de temas generales o intrascendentes .....	*	*
7.-Se comporta con mucha rigidez, sin naturalidad, en las reuniones sociales.	*	*
8.-Le resulta muy difícil hablar en público formular y responder preguntas .....	*	*
9.-Prefiere claramente la soledad antes que estar con desconocidos .....	*	*
10.-Se nota muy pasivo o bloqueado en reuniones sociales .....	*	*
12.-Intenta dar en público una imagen de sí mismo distinta a la real .....	*	*
13.-Está muy pendiente de lo que los demás puedan opinar de usted .....	*	*
14.-Se siente a menudo avergonzado ante los demás.....	*	*

- 15.-Prefiere pasar totalmente desapercibido en las reuniones sociales ..... \* \*
- 16.-Le resulta difícil terminar una conversación difícil o comprometida ..... \* \*
- 17.-Tiene o utiliza poco el sentido del humor ante situaciones de cierta tensión \* \*
- 18.-Está muy pendiente de lo que hace en presencia de personas de poca confianza \* \*
- 19.-Prefiere no discutir ni quejarse a pesar de estar seguro de llevar razón . \* \*
- 20.-Se avergüenza o incomoda por cosas que hacen los demás ("vergüenza ajena").... \* \*

-----  
SUMA

TOTAL = /100

**ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA EVALUACION DE LA ANSIEDAD(Zung 1971)**

Nombre: ..... Edad: .....  
 Profesión ..... Fecha: .....  
 Estado civil .....

**Instrucciones:** Conteste a las siguientes cuestiones rodeando con un círculo el número que se ajuste mejor a la frecuencia con que nota los síntomas propuestos, según las cuatro columnas que corresponden a: A = raramente; B = algunas veces; C = muchas veces; D = siempre.

	A	B	C	D
	-	-	-	-
1.-Me siento más ansioso y nervioso de lo normal .....	1	2	3	4
2.-Siento miedo sin ver razón para ello .....	1	2	3	4
3.-Me enfado con facilidad o siento momentos de mal humor .....	1	2	3	4
4.-Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar .....	1	2	3	4
5.-Siento que todo me va bien y nada malo me va a suceder .....	4	3	2	1
6.-Los brazos y las piernas se me ponen trémulos y me tiemblan .....	1	2	3	4
7.-Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello o espalda .....	1	2	3	4
8.-Me siento débil y me canso con facilidad .....	1	2	3	4
9.-Me siento tranquilo y puedo permanecer sentado fácilmente .....	4	3	2	1
10.-Siento que mi corazón late con rapidez .....	1	2	3	4
11.-Estoy preocupado por los momentos de mareo que siento .....	1	2	3	4
12.-Tengo períodos de desmayo o algo así .....	1	2	3	4

	A	B	C	D
13.-Puedo respirar bien, con facilidad .....	4	3	2	1
14.-Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y los pies .....	1	2	3	4
15.-Me siento molesto por los dolores de estómago o indigestiones .....	1	2	3	4
16.-Tengo que orinar con mucha frecuencia .....	1	2	3	4
17.-Mis manos las siento secas y cálidas .....	4	3	2	1
18.-Siento que mi cara enrojece y me ruborizo .....	1	2	3	4
19.-Puedo dormir con facilidad y descansar bien .....	4	3	2	1
20.-Tengo pesadillas .....	1	2	3	4

PUNTUACION TOTAL =

SUMA TOTAL:

\_\_\_ Ansiedad ausente: 20 - 35.

\_\_\_ Ansiedad subclínica y variantes normales: 36 - 51.

\_\_\_ Ansiedad media-grave: 52 - 67.

\_\_\_ Ansiedad grave: 68 -->

**ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA EVALUACION DE LA ANSIEDAD DE HAMILTON (1959).**

-----

Nombre y apellidos .....

Estado civil .....

Origen .....

Residencia .....

Sexo ..... Edad .....

Profesión ..... Nivel Cultural .....

Fecha .....

**INSTRUCCIONES:** Rellene todos los datos anteriores. A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 15 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación actual.

1.-Presiento que algo malo puede pasarme, que me puede suceder lo peor. Me siento preocupado, irritable.

Nunca	Algunas veces	Bastantes Veces	Casi Siempre	Siempre
---	---	---	---	---

2.-Tengo sensación de inquietud y no puedo relajarme. Me canso fácilmente. Me sobresalto. Tiemblo. Llora con facilidad.

Nunca	Algunas veces	Bastantes Veces	Casi Siempre	Siempre
---	---	---	---	---

3.-Tengo miedo a la oscuridad, de quedarme solo, de la gente desconocida, de los animales, del tráfico, de la multitud.

Nunca	Algunas veces	Bastantes Veces	Casi Siempre	Siempre
---	---	---	---	---

4.-Tengo dificultad para conciliar el sueño (dormirme). Me despierto varias veces durante la noche. Me levanto cansado y con sensación de haber dormido mal. Tengo pesadillas. Tengo terrores nocturnos.

Nunca	Algunas veces	Bastantes Veces	Casi Siempre	Siempre
---	---	---	---	---

5.-Tengo mala memoria. Me cuesta concentrarme.

Nunca	Algunas veces	Bastantes Veces	Casi Siempre	Siempre
---	---	---	---	---

6.-No tengo interés por lo que me rodea. Las distracciones no me producen placer. Me siento triste. Me despierto temprano y no puedo volver a conciliar el sueño. Me adormezco durante el día y no puedo dormirme por la noche.

Nunca	Algunas veces	Bastantes Veces	Casi Siempre	Siempre
---	---	---	---	---

7.-Siento dolores y molestias musculares (espasmos, calambres, contracciones, rigidez). Me rechinan los dientes. Tengo la voz poco firme e insegura.

Nunca	Algunas veces	Bastantes Veces	Casi Siempre	Siempre
---	---	---	---	---

8.-Tengo zumbidos de oídos. Borrosidad de la vista. Siento oleadas de calor o de frío. Tengo picores y sensación de debilidad.

Nunca	Algunas veces	Bastantes Veces	Casi Siempre	Siempre
---	---	---	---	---

9.-Siento que mi corazón late más deprisa que de costumbre. Siento palpitaciones, dolores en el pecho, latir fuertemente el pulso en mi cuerpo. Mi corazón cambia de ritmo. Siento que me voy a desmayar.

Nunca	Algunas veces	Bastantes Veces	Casi Siempre	Siempre
---	---	---	---	---

10.-Tengo sensación de ahogo y de falta de aire. Necesito suspirar. Siento en el pecho una opresión o pena.

Nunca	Algunas veces	Bastantes Veces	Casi Siempre	Siempre
---	---	---	---	---

11.-Tengo dificultad al tragar. Siento ardores o pesadez o sensación de plenitud gástrica. Siento náuseas y vómitos. Creo que he perdido peso. Tengo dolores abdominales. Hago deposiciones blandas o estoy estreñado. Tengo ruidos en las tripas.

Nunca	Algunas veces	Bastantes Veces	Casi Siempre	Siempre
---	---	---	---	---

12.-Necesito imperiosamente orinar muchas veces al día, echando poca cantidad de orina. Me falta la regla o es muy poco abundante. No tengo interés por el sexo. No siento nada en mis relaciones sexuales. He perdido potencia sexual.

Nunca	Algunas veces	Bastantes Veces	Casi Siempre	Siempre
---	---	---	---	---

13.-Siento la boca seca; me ruborizo y palidezco con facilidad; sudo abundantemente. Noto que me mareo y que las cosas me dan vueltas; tengo un dolor sordo permanentemente en la cabeza. Se me ponen los pelos de punta.

Nunca	Algunas veces	Bastantes Veces	Casi Siempre	Siempre
---	---	---	---	---

14.-Me he sentido incómodo, inquieto, tenso e impaciente, contraído, con temblores, con dificultad al respirar, con necesidad de tragar saliva, con sudoración en las manos y con el pulso acelerado al contestar estas preguntas.

Nunca	Algunas veces	Bastantes Veces	Casi Siempre	Siempre
---	---	---	---	---

Tratamiento .....

Vía de administración .....

Forma de tratamiento .....

Dosis actual .....

Tiempo de tratamiento actual .....

Tiempo catamnesis .....

Diagnósticos .....

Claves diagnósticos .....

Puntuación total .....

Global Rating (G.R.) .....

Prueba nº .....

Fecha .....

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1 - Edad.

1 - 15 - 25.

2 - 25 - 35.

3 - 35 - 45.

4 - 45 - 55.

5 - 55 - 65.

2 - Sexo.

1 - Varón.

2 - Mujer.

3 - Estado civil.

1 - Soltero.

2 - Casado.

3 - Separado o divorciado.

4 - Viudo.

4 - Nivel socioprofesional.

1 - Alta.

2 - Media-alta.

3 - Media-media.

4 - Media-baja.

5 - Baja.

6 - Antecedentes personales psicopatológicos.

- 1 - Psicosis orgánica.
- 2 - Abuso de alcohol y drogas.
- 3 - Esquizofrenia.
- 4 - Sd. Paranoide.
- 5 - Depresión monopolar.
- 6 - Trastorno bipolar.
- 7 - Trastorno de la personalidad.
- 8 - Trastorno por ansiedad.
- 9 - Trastorno somatoforme.
- 10 - Trastorno disociativo.

7 - Antecedentes familiares psicopatológicos.

- 1 - Si.
- 2 - No.

8 - Diagnóstico social.

- 1 - Solo.
- 2 - Pareja.
- 3 - Matrimonio sin hijos.
- 4 - Familia tradicional.
- 5 - Familia amplia.

9 - Hábito de vida.

- 1 - Vida monótona.
- 2 - Semimonótona.
- 3 - Con alicientes.
- 4 - Vida rica y variada.