



UNIVERSIDAD SALESIANA

ESCUELA DE PSICOLOGIA

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**“DIFERENCIAS EN RASGOS DE PERSONALIDAD MEDIDAS POR
LAS ESCALAS DEL MMPI2 EN PACIENTES CON TRASTORNO DE
ANSIEDAD GENERALIZADA Y TRASTORNO DE ANGUSTIA”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

YALET MONSERRAT CHACON CRUZ

DIRECTORA DE TESIS: LIC.. MARTHA LAURA JIMENEZ MONROY

MÉXICO, D. F.

DICIEMBRE 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A Dios: gracias por estar a mi lado en cada paso que doy, cuidándome y dándome la confianza y la fortaleza para continuar y seguir adelante en cada momento de mi vida.

A mis papas: Elvira y Domingo gracias por todo el apoyo incondicional que ahora y siempre me han brindado. Gracias también por todo lo que me han enseñado porque ustedes han sido siempre mi mejor ejemplo y por todo el amor y cariño que me han dado el cual me ha motivado para luchar siempre por lo que quiero. Y a mis hermanos Jony y Alan por siempre cuidarme y estar a mi lado. Los amo mucho.

A mi novio Victor: gracias mi amor por ser parte mi vida, por contagiarme de tu alegría y por siempre estar a mi lado apoyándome en todo lo que hago. Gracias por todas las palabras de aliento que me has dado y que me han ayudado a seguir adelante. Eres mi todo!! Te amo mucho.

A mi tía Ruth: gracias por ser un gran ejemplo para mí y por todo lo que me has enseñado. Gracias por siempre escucharme y por todos los consejos que me has dado, los cuales me han ayudado para seguir dedicándome y esforzándome para alcanzar mis metas. Te quiero mucho

A la Dra. Paty: gracias por confiar en mí y por ayudarme a elaborar y terminar este proyecto, el cual sin su ayuda no hubiera sido posible, gracias por todo su apoyo incondicional y por haberme dejado aprender tanto de usted como persona y como profesionista. La admiro y la aprecio mucho.

A mi directora de tesis la Prof. Martha Laura Jiménez Monroy gracias por todo su tiempo, su paciencia y esfuerzo dedicado a este proyecto, gracias también

por haber estado siempre en la mejor disposición y contar con su apoyo en todo momento, el cual me ayudo a poder lograr esta meta.

A mi asesor el Prof. Emiliano Lezama gracias por todas sus sugerencias y aportes en el desarrollo de este trabajo, así como su gran experiencia y sus conocimientos que me brindó, de los cuales aprendí mucho no solo ahora, sino durante toda la carrera y que me han ayudado en mi formación.

A mis familiares y amigos que siempre me han dado su amistad y apoyo incondicional, y que son unas personas muy especiales para mí Edgar Guillen, Nayeli Juárez, Angie Rojas y Elia Villavicencio. Los quiero mucho.

A la Universidad Salesiana por haberme preparado como profesionista y por que a través de todos mis profesores adquirí muchos conocimientos y experiencia, que me ayudaran siempre en mi trabajo.

INDICE

- I. Resumen
- III. Introducción

CAPITULO 1 ANSIEDAD

1.1	Introducción a la Ansiedad	1
1.2	Ambigüedad conceptual del termino de Ansiedad	3
1.2.1	Ansiedad y Angustia	
1.2.2	Ansiedad y otros conceptos	6
1.3	Antecedentes Históricos de la Ansiedad y el Pánico	10
1.4	Diferentes Enfoques Teóricos acerca de la Ansiedad	14
1.4.1	Existencialismo	15
1.4.2	Enfoque Psicoanalítico	15
1.4.3	Enfoque Conductual	20
1.4.4	Enfoque Cognitivo	22
1.4.5	Enfoque Cognitivo Conductual	25

CAPITULO 2 TRASTORNOS DE ANSIEDAD

2.1	Generalidades	27
2.2	Evolución del Terminio	28
2.3	Trastorno de Ansiedad Generalizada	31
2.3.1	Etiología y naturaleza del trastorno	31
2.3.2	Descripción Clínica	32
2.3.3	Criterios para el Diagnostico de Trastorno de Ansiedad Generalizada según el DSM IV-TR	33
2.3.4	Comorbilidad en el TAG	35
2.3.5	Tratamiento	36
2.4	Trastorno de Angustia (panic disorder)	37
2.4.1	Etiología y naturaleza del trastorno	37
2.4.2	Descripción de las crisis de angustia o ataques de pánico	39
2.4.3	Diagnostico y presentación clínica del Trastorno de Angustia (panic disorder) según el DSM IV-TR	41
2.4.4	Comorbilidad	42
2.4.5	Tratamiento	
2.5	Comorbilidad de TAG y TA	43
2.6	Diagnostico Diferencial del Trastorno de Ansiedad Generalizada y en Trastorno de Angustia	44

CAPITULO 3 PERSONALIDAD

3.1 Definición del concepto	47
3.2 Perspectiva de los Rasgos	49
3.2.1 Teoría personológica de los rasgos de Allport	
3.2.2 Teoría Analítico Factorial de los rasgos de Catell	51
3.2.3 Teoría de los tres factores de Hans J. Eysenck	54
3.3 Rasgos de la Personalidad y Trastornos de Ansiedad.	55
3.3.1 Rasgo de Ansiedad	56
3.3.2 Rasgos de la personalidad de las personas predisuestas a padecer Trastornos de Ansiedad.	57
3.4 Evaluación de la Personalidad	61

CAPITULO 4 INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA MMPI-2

4.1 Fundamentos del MMPI	64
4.2 Construcción de la Prueba	67
4.3 Revisión del MMPI	69
4.4 Desarrollo del MMPI en México	70
4.5 Escalas	71
4.6 Puntuación e interpretación	80

CAPITULO 5 METODOLOGIA

5.1 Planteamiento del problema	81
5.2 Tipo de estudio	
5.3 Objetivo General	
5.4 Planteamiento de la hipótesis	
5.5 Identificación de variables	82
5.6 Poblacion	
5.7 Instrumento	83
5.8 Procedimiento	

CAPITULO 6 RESULTADOS E INTERPRETACION

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	108
--	-----

BIBLIOGRAFIAS	116
---------------	-----

Resumen

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los problemas de salud mental más comunes en México. El trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Angustia son dos de los cuadros de Ansiedad con más prevalencia. Su etiología es compleja y a menudo poco conocida ya que no existe una única causa o factor implicado en su génesis y mantenimiento, sin embargo, se ha mostrado que ciertas características o rasgos de la personalidad pueden influir en su aparición. Así, se han hecho distintos estudios que han investigado las características de personalidad del Trastorno de Ansiedad Generalizada sin embargo al no establecer comparación con otros cuadros de ansiedad, no permite discriminar si existen características o rasgos de personalidad propios de dicho trastorno en comparación con otros cuadros de ansiedad que permitan desarrollar intervenciones eficaces para su prevención y tratamiento. Por ello, el objetivo del presente estudio fue determinar si existen diferencias en los rasgos de la personalidad de los pacientes diagnosticados con Trastorno de Ansiedad Generalizada y de los diagnosticados con Trastorno de Angustia. Para dicho estudio se utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota MMPI-2. La muestra fue de 15 pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada y 15 con Trastorno de Angustia. Los resultados mostraron que los pacientes con TAG y los pacientes con TA, tienen rasgos de la personalidad en común, sin embargo también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas de: Paranoia, Depresión, Pensamiento Delirante, Dificultad en el trabajo, Rechazo al tratamiento, Fuerza del Yo, Desajuste Profesional y Estrés postraumático, en las cuales los pacientes con TAG obtuvieron puntajes más elevados, lo cual nos permite suponer que los pacientes que tienen Trastorno de Ansiedad Generalizada muestran un deterioro psicológico y social más crónico, en comparación con los pacientes con Trastorno de Angustia, cual posiblemente este asociado a los rasgos de personalidad que poseen; sin embargo es importante mencionar que una limitación del presente estudio fue el

el número de participantes que conformaron cada grupo por lo que convendría ampliar el número de participantes con el fin de poder generalizar los hallazgos.

INTRODUCCION

Los Trastornos de ansiedad son considerados en la actualidad como el trastorno mental más común en los Estados Unidos y México. Se prevé que cerca del 14.3% de la población experimentará algún tipo de Trastorno de ansiedad en algún momento de sus vidas, es decir uno de cada siete individuos (Medina, 2003).

De acuerdo con el DSM-IV-TR, el trastorno de angustia incluye ataques de pánico recurrentes e inesperados-episodios de miedo e incomodidad extrema que comienzan en forma abrupta y aumentan rápidamente hasta llegar a un pico, normalmente en diez minutos. Los ataques de pánico están caracterizados por síntomas físicos como palpitaciones, sudor, temblores, falta de aire, sensación de ahogo, dolor de pecho, náusea, mareo, desorientación, miedo a perder el control o a morir, adormecimiento, escalofrío y sofocos. Asimismo, los ataques de pánico normalmente vienen acompañados de una sensación de peligro inminente y del fuerte deseo de escapar. Por otro lado, el Trastorno de Ansiedad Generalizada se caracteriza por una preocupación excesiva e incontrolable, durante seis meses como mínimo, sobre eventos o actividades cotidianas. Los síntomas físicos del trastorno incluyen tensión nerviosa, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y problemas para dormir, lo cual le provoca interferencias en su habilidad para desempeñarse normalmente.

En el estudio de los trastornos de ansiedad se considera que la enfermedad, es el producto de la interrelación entre factores de diversa índole. Siguiendo el llamado modelo biopsicosocial, en los procesos de ansiedad están implicados factores biológicos (genéticos, fisiológicos, bioquímicos, etc), psicológicos (procesamiento de la información, aprendizaje, estrategias de afrontamiento, personalidad, etc.) y sociales (influencias del grupo, cultura, etc.).(Baeza 2008)

Los estudios que se han hecho hasta la fecha sobre los trastornos de ansiedad han subrayado el importante papel del factor personalidad, considerando que ciertas características o rasgos de la personalidad pueden influir en la aparición de problemas psicológicos, como en el Trastorno de Ansiedad. Así, algunos autores mencionan que la “**ansiedad rasgo**”(disposición a percibir situaciones como peligrosas y/o amenazantes y responder, en forma intensa y frecuente con sentimientos de preocupación, nerviosismo, preocupación y activación del sistema nervioso autónomo) es la característica de personalidad que subyace a muchos trastornos de ansiedad, debido a que se trata de una característica de personalidad con una importante carga genética y se considera que podría estar implicada en la mayor vulnerabilidad a padecer trastornos de ansiedad y depresión. (Tsuang, 2002).

Considerando la aportación que los factores genéticos representan para el desarrollo de problemas de ansiedad, la idea de estilos de personalidad manifiestos desde etapas tempranas de la vida como factores predisponentes de estados de ansiedad ha aportado algunos hallazgos interesantes. Por ejemplo algunos autores han mencionado que otro rasgo que tienen en común los trastornos de ansiedad es: la evitación al daño, el cual se relaciona con una característica temperamental que se ha observado en niños muy pequeños “**la inhibición conductual**” la cual supone patrones de respuesta específicos caracterizados por miedo, reticencia o restricción en el repertorio conductual de una persona al encontrarse en situaciones sociales desconocidas o poco familiares (Saiz, 2001).

Esto coincide con distintos estudios que sugieren que ciertas características de personalidad muy relacionadas con la ansiedad son el “neuroticismo” o “ansiedad rasgo” y “la inhibición conductual”.(Baeza 2008).

Peutifoy (2005), describe una serie de Rasgos de la personalidad o temperamento de las personas predispuestas a padecer trastornos de Ansiedad los cuales son: la tendencia a la dependencia o a una excesiva necesidad de

aprobación, pensamiento rígido o dicotómico, elevadas auto exigencias, gran nivel de imaginación o visualización, hipercontrol y supresión de la percepción de los propios sentimientos.

Actualmente se han obtenido elevadas correlaciones entre TAG y rasgo de ansiedad; no obstante, resultados similares se hallaron no solo en pacientes con otros trastornos de ansiedad sino también con cuadros depresivos sin ansiedad (Chambers, Power y Durham, 2004). Lo mismo ha sucedido con estudios que medían extroversión y neuroticismo, encontrándose similitudes en pacientes con TAG y con depresión (Duggan, Lee y Murria, 1990; Hirschfeld y Klerman, 1979).

Por otro lado, diversos estudios (Gray, 1970; Jensen y col.,1996; Gomez y Francis 2003) han evaluado características de la personalidad comparando pacientes con TAG y controles no ansiosos utilizando el Inventario Multifasico de Personalidad Minnesota (MMPI-2; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989). Si bien estas investigaciones aportaron información valiosa, al no establecer comparaciones con otros cuadros de ansiedad no permiten discriminar que características son propias del TAG y cuáles de los trastornos de ansiedad en general. De estos estudios se ha concluido que los pacientes con TAG presentan alto rasgo de ansiedad neuroticismo e introversión, comparado con personas sin trastornos mentales (Jensen y col.,1996; Gómez y Francis 2003).

De igual modo un estudio realizado en pacientes con Trastorno de Angustia en el cual se midieron rasgos de personalidad mediante el instrumento NEO-FFI (NEO Five -Factor Inventory), los resultados obtenidos y comparados con estudios previos recientes, coinciden en los altos niveles de neuroticismo y en la baja extraversión (Sierra y col., 2008).

En otro estudio en pacientes con trastorno de angustia se evaluaron los rasgos de personalidad, síntomas de ansiedad-estado y síntomas depresivos, mediante el MCMI-II (Inventario Multiaxial Clínico de Millon) , en el cual se

obtuvo que los pacientes con trastorno de angustia con síntomas ansiosos y depresivos presentan puntuaciones elevadas en las escalas evitativa, autodestructiva y límite.(Carrera,2003), lo que coincide con otros estudios realizados anteriormente los cuales informan la preponderancia de características histriónicas junto a evitativas y dependientes en pacientes con Trastorno de Angustia.(Mavissakalian y Hamann, 1988). Además, se ha encontrado que los pacientes con Trastorno de Angustia presentan a menudo rasgos de algún trastorno de personalidad como la inestabilidad afectiva (por un trastorno de la personalidad límite y la hipersensibilidad respecto a las personas (por un trastorno de personalidad paranoide).(Mavissakalian, 1990).

Debido a esta diversidad de hallazgos y dado a la frecuente comorbilidad con la que se presentan ambos trastornos, la práctica ha mostrado que suelen manejarse los mismos tipos de intervención cognitivo conductual en terapia de grupo con pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Angustia, por lo que en este estudio se plantea como objetivo diferenciar las características de personalidad propias del Trastorno de Ansiedad Generalizada y del Trastorno de Angustia, pues probablemente son dos entidades separadas que requieren de peculiaridades propias en el proceso de evaluación y tratamiento. A fin de llevar a cabo su medición, se aplicará el MMPI-2 que es un test psicométrico multidimensional que permite identificar los rasgos generales de los individuos, agrupándolos e integrándolos, lo que facilita conocer el tipo de personalidad que los caracteriza(Buros, 1978).

Para ello, en el capítulo 1 se abordará el concepto de ansiedad (diferenciando entre la ansiedad normal y patológica), así como la dificultad que se ha tenido por años sobre el abordaje de este término, posteriormente se describirá la evolución histórica del concepto de ansiedad y la visión que han tenido los distintos enfoques (existencial, psicoanalítico, cognitivo, conductual y cognitivo-conductual) con sus respectivas teorías sobre la ansiedad. En el capítulo 2 se mencionará la clasificación de los distintos trastornos de ansiedad de acuerdo al Manual Diagnostico DSM IV y posteriormente, se abordará más a fondo el

Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Angustia mencionando su concepto y prevalencia en México, así como su etiología, descripción clínica, criterios diagnósticos y tratamiento, y finalmente se abordará el diagnóstico diferencial entre ambos trastornos para poder diferenciarlos. En el capítulo 3 se revisará el concepto de personalidad, enfocándose en la perspectiva de los rasgos descrita por algunos autores, como Allport, Catell y Eysenck. En el capítulo 4 se describirá a grandes rasgos el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota desde sus antecedentes hasta su aparición y uso aquí en México, y finalmente se describirán las escalas que lo componen, así como su puntuación e interpretación. En el capítulo 5 se describirá la metodología de la investigación y en el capítulo 6 se mostrarán los resultados acompañados de unas graficas de comparación de grupos y su interpretación, para finalmente incluir conclusiones y limitaciones del estudio.

CAPITULO 1

ANSIEDAD

Desde las primeras décadas del siglo XX, existe un interés por la Ansiedad en la literatura psicológica al considerarla una respuesta emocional paradigmática que ha ayudado a la investigación básica en el ámbito de las emociones y que suele generar muchos problemas en relación con la salud cuando ésta deja de ser una respuesta adaptativa y se convierte en patológica. En un estudio realizado en el año 2003 en la Ciudad de México, a través de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, se obtuvo que los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en la población mexicana.

En el presente capítulo se abordará el concepto de ansiedad, describiendo cuándo y como se presenta en el individuo haciendo hincapié en la diferencia que existe entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica, más adelante se hablará sobre la dificultad que se ha tenido por años sobre el abordaje del término de ansiedad, pues bajo el mismo se han englobado diversos conceptos en el campo de la Psicología, debido a las similitudes y diferencias con otros conceptos, dada la confusión terminológica con la angustia, el miedo y el estrés. Posteriormente se describirá la evolución histórica del concepto de ansiedad y la visión que han tenido los distintos enfoques (existencial, psicoanalítico, cognitivo, conductual y cognitivo-conductual) con sus respectivas teorías sobre la ansiedad.

1.1 Introducción a la Ansiedad

La dotación genética que nos heredaron nuestros antepasados, modelada por siglos de existencia en medios adversos, nos ha dotado de respuestas rápidas, automáticas y complejas que nos protegen de peligros potenciales o situaciones amenazantes y contribuyen a nuestra supervivencia. Una de estas respuestas es la Ansiedad que es considerada un fenómeno psíquico universal que forma

parte de la existencia humana pues todas las personas la experimentan en mayor o menor medida en la vida cotidiana, siendo esta una respuesta adaptativa.

Como refiere el Diccionario de la Real Academia Española, el término ansiedad proviene del latín *anxietas* que significa angustia o aflicción, haciendo referencia a un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo esta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988).

El objetivo de la ansiedad es movilizar al cuerpo ante situaciones amenazantes o preocupantes, con el fin de que pongamos en marcha las estrategias necesarias para evitar este riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo de manera adecuada. “La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante”(Sandín y Chorot,1995), por ejemplo cuando nuestros antepasados vivían en cuevas, era vital que cuando se enfrentaban con algún peligro, ocurriera una respuesta automática como el aumento del latido cardíaco, aumento de la respiración, tensión en los músculos, etc., que les hiciera realizar una acción inmediata como atacar o huir. La ansiedad es siempre un estado de alerta del organismo que produce un sentimiento indefinido de inseguridad (Rojas, 1998).

Hoy en día la ansiedad es un mecanismo necesario, que en condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio. Sin embargo “cuando la ansiedad aparece de forma injustificada, sin razón aparente o ante estímulos o situaciones que no suponen una amenaza real supera los límites saludables convirtiéndose en un problema de salud, impidiendo el bienestar, e interfiriendo significativamente en las actividades de la vida cotidiana” (Baeza, 2008).

Como una respuesta normal, los sentimientos de temor, preocupación, aprensión y alerta, así como un corazón palpitante, pueden ayudar a una persona a escapar de un daño físico. No obstante, como trastorno, la ansiedad puede llegar a ser incapacitante para el individuo, pues suele manifestarse con mayor frecuencia, intensidad y persistencia que la ansiedad normal.

Por lo tanto podemos decir que si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia y duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984).

En otras palabras, “la ansiedad es una respuesta normal, ligada al instinto de conservación de la especie, pudiendo transformarse en una respuesta patológica cuando ocurre de modo innecesario y desproporcionado, interfiriendo negativamente en la vida laboral, social y familiar” (Cía, 2007).

La ansiedad puede manifestarse a través de cambios en las cogniciones, en el estado fisiológico, en el comportamiento y en las emociones. Los síntomas más comunes en la esfera cognitiva son los pensamientos negativos persistentes que se imponen y las sensaciones de fallar o de vergüenza, entre otros. Los cambios fisiológicos más comunes incluyen palpitaciones, sudoración, contracturas musculares, náuseas y diarrea. Los cambios comportamentales incluyen comerse las uñas, morderse los labios, hacer sonar los nudillos, presentar inquietud motora y, finalmente, los emocionales pueden incluir entre otros, angustia, miedos, aprehensión e irritabilidad.

1.2 Ambigüedad Conceptual del termino Ansiedad

En el siglo pasado las investigaciones con respecto al concepto de ansiedad se desarrollaron con dos problemas fundamentales: la ambigüedad conceptual del constructo de ansiedad y las dificultades metodológicas para abordarlo. Esto se debía a las similitudes y diferencias que había con otros conceptos como el miedo, el estrés, tensión, pero sobre todo con el término de angustia debido a

que por mucho tiempo el termino de ansiedad y angustia en algunas ocasiones fueron usados como sinónimos y en otras como vocablos de distinto significado, sin embargo con el desarrollo de la Psicología y de distintas escuelas y enfoques, dichos conceptos se han ido diferenciando. Hoy en día, la psicología científica se ocupa del abordaje de la ansiedad, mientras que las corrientes psicoanalíticas y humanistas usan con preferencia el termino angustia (Sierra et al., 2003).

Por ello, a continuación se hablará sobre la diferenciación del término de ansiedad y angustia, y así mismo haremos una pequeña mención sobre la diferencia que existe del concepto de ansiedad con otros conceptos como el miedo y estrés.

1.2.1 Ansiedad y angustia

El origen etimológico de la palabra angustia procede del latín *angor* que significa estrechez, de ella proceden también otros términos como angosto, angina, etc. (Saiz et al., 2003). Dichos términos hacen referencia a la sensación de estrangulamiento, constricción y sofocación. La angustia posee un carácter más somático o visceral, y se caracteriza por un temor a lo desconocido. La reacción del individuo ante la angustia es de paralización, donde predominan los síntomas físicos; además el grado de nitidez de captación del fenómeno se encuentra atenuado (López-Ibor, 1969).

La angustia se define como una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas y orgánicas en el sujeto; la angustia es visceral, obstructiva y aparece cuando un individuo se siente amenazado por algo (Ayuso, 1988). Es un sentimiento vinculado a situaciones de desesperación, donde la característica principal es la pérdida de la capacidad de actuar voluntaria y libremente por parte del sujeto, es decir, el sujeto no se ve capaz de iniciar una acción que alivie el sentimiento que está provocando esa angustia; ese estado de indefensión es el que le impide ser libre. Como

consecuencia esto lleva a un grave y marcado deterioro del funcionamiento fisiológico, psicológico y social del individuo.

La angustia normal se basa en preocupaciones presentes acerca del futuro inmediato y desaparece al resolverse las mismas. La angustia patológica, en cambio es desmedida, tiende a persistir, hace ver el futuro cargado de malos y desconocidos presagios y restringe de este modo la libertad y el desarrollo personal (Cía, 2007).

La angustia de carácter patológico genera trastornos como pueden ser las crisis de angustia. Puede darse el caso de que dichas crisis afloren de forma secundaria o simplemente que las acompañen otros trastornos como la neurosis obsesiva, la depresión o la psicosis (Sierra et al., 2003).

Como podemos ver los términos de ansiedad y angustia son difíciles de diferenciar ya que se considera a ambos como estados psicológicos displacenteros acompañados de síntomas fisiológicos de manera frecuente, describiéndose como expectación penosa o desasosiego ante un peligro impreciso (Suarez Richards, 1995).

Th. Kammerer resalta características que tienen en común la ansiedad y la angustia, en primer lugar ambas son perturbaciones emocionales que afloran ante la inminencia de un peligro que acontece o habrá de acontecer, desarrollándose bajo el signo de indeterminación y la inseguridad. En segundo lugar ambas expresan un estado de expectación ante el peligro que amenaza la personalidad y que puede llegar a producir su disociación y finalmente ambas despiertan en el individuo el sentimiento de ser inerme y luchar contra dicha amenaza de aniquilación y desintegración (Ravagnan, 1981).

En esta línea, López-Ibor (1969) realiza una distinción entre ansiedad y angustia; mencionando que en la angustia existe un predominio de los síntomas físicos, la reacción del organismo es paralización motora y sobrecogimiento y la nitidez con la que el individuo capta el fenómeno se atenúa, mientras en la ansiedad cobran mayor presencia los síntomas psíquicos (peligro inminente),

reacción de sobresalto, mayor intento de buscar soluciones eficaces para afrontar la amenaza que en el caso de la angustia, pues el fenómeno es percibido con mayor nitidez.

En la ansiedad predominan las reacciones de sobresalto, el sujeto ansioso puede mostrarse inquieto, moviéndose de un lado a otro a la vez que experimenta vivencias en un plano más psíquico. En la angustia, en cambio, predomina el sobrecogimiento con tendencia a la inmovilización y a la pasividad mientras dura la crisis, y con más sensaciones en la esfera física (Saiz, 2001).

A pesar de las diferencias entre estos dos términos, en la práctica clínica aun suelen utilizarse como sinónimos, y en la bibliografía médica internacional se encuentra con mayor frecuencia el término ansiedad. A ello atribuye el hecho de que en las lenguas anglosajonas no existan dos vocablos diferenciados, sino solo uno de ellos *anxiety* en inglés y *angst* en alemán, para denominar a ambas reacciones emocionales, pero en español y en francés dichos vocablos tuvieron un doble significado ansiedad y angustia. Por este motivo estas enfermedades se denominan trastornos de ansiedad y se reserva el término de “trastorno de angustia o trastorno de pánico” a la caracterizada por la presencia de crisis en las cuales los síntomas se presentan en episodios agudos, breves y recortados (Saiz, 2001).

Actualmente se le considera al Pánico como una vivencia de miedo muy intenso o terror, con sensación de descontrol, de desvanecimiento o de muerte inminente, que se presenta súbita y espontáneamente en individuos predispuestos.

1.2.2 Ansiedad y otros conceptos

Ansiedad y Miedo

En el lenguaje coloquial las palabras ansiedad y miedo en ocasiones suelen utilizarse indistintamente, y es que en realidad se trata de dos emociones muy

próximas. Ambas se consideran mecanismos evolucionados de adaptación que potencian la supervivencia (Thyer, 1987).

La ansiedad y el miedo tienen manifestaciones parecidas, en ambos casos se aprecian pensamientos de peligro, sensaciones de aprehensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras; por eso algunos autores utilizan indistintamente un término u otro (Cambell, 1986).

La reacción que provocan en el organismo es muy similar (sudoración, temblor, taquicardia, tensión muscular, sequedad de boca, etc.) y la experiencia subjetiva del miedo no se distingue de la provocada por la ansiedad. El criterio diferenciador entre ambas reacciones emocionales viene dado por la posibilidad o no de identificar un peligro concreto o un objeto determinado como causa de la amenaza percibida. En este sentido el miedo responde a una circunstancia amenazadora específica del ambiente, mientras que la ansiedad es indefinida y se percibe de una manera más permanente, global, vaga, indeterminada, y, en cierto modo, inexplicable (Saiz, 2001).

Tradicionalmente, el miedo se ha diferenciado de la ansiedad en que el primero se asocia a un estímulo externo amenazante identificable, mientras que en la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986).

Por ejemplo, la presencia de una serpiente provoca miedo, pero el recuerdo de una experiencia desagradable con serpientes o la sospecha de encontrarse con una son elementos que pueden suscitar estados de ansiedad. En este sentido, en el miedo el peligro o amenaza son reales y están presentes en la situación; en la ansiedad, en cambio, la percepción de amenaza es más subjetiva, existe incertidumbre sobre su naturaleza, probabilidad de ocurrencia, curso temporal y posibilidades de afrontamiento. Además, a diferencia del miedo en el que la reacción está dirigida al momento presente, la ansiedad está orientada hacia el

futuro. En ambos casos se comparte la misma experiencia interna de temor. Sin embargo, mientras se siente miedo por algo concreto, experimentamos ansiedad ante una causa vaga e imprecisa, y hasta puede que no exista objeto externo que provoque tal reacción. No es así en el caso de las fobias, donde la ansiedad está asociada a estímulos concretos, tales como arañas, serpientes, espacios cerrados o abiertos, alturas, grupos numerosos de personas, etc.(Castillo, 2010).

Otro elemento diferenciador entre miedo y ansiedad es la proporcionalidad de la reacción. En el miedo, las reacciones ante la situación de amenaza suelen ser racionales y acorde con el tipo de peligro concreto. En cada caso, la conducta que se lleva a cabo es distinta, pero proporcionada al hecho en si. Por el contrario, en la ansiedad se reflejaría una reacción desproporcionadamente intensa con respecto al grado de amenaza real que implica el evento ansiógeno.

Otra diferencia se refiere a que el miedo está vinculado a la acción, a fin de esquivar la situación temida. Si no existen restricciones internas o externas el miedo induce la acción de huida y las conductas habituales son la evitación y el escape. En cambio en la ansiedad se produce un estado de activación no dirigido conductualmente o un miedo no resuelto, caracterizado por un estado persistente de preocupación lo cual puede bloquear momentáneamente la conducta inmediata de defensa y en ocasiones producir una inactividad absoluta y mostrar a la persona en un estado como de “quedarse congelado”(Epstein, 1972).

A pesar de estas diferencias miedo y ansiedad pueden constituir los dos extremos de un continuo lineal, y a medida que se van desvelando las incertidumbres indicadas, la ansiedad se transforma en miedo y se inicia la conducta de huida, evitación o afrontamiento, En cualquier caso ambos fenómenos forman parte del mismo mecanismo biológico de defensa,

desarrollado por la evolución para reaccionar a señales de peligro antes de que el daño llegue a afectar al organismo (Castillo, 2010).

Ansiedad y Estrés

Por otro lado, la distinción entre los conceptos de ansiedad y estrés, actualmente se considera una tarea laboriosa debido al uso frecuente de ambos como procesos equiparables, agrupando una gran cantidad de elementos comunes; en esta línea, Endler (1988) defiende que el concepto de estrés superpone al de ansiedad, usándose los dos términos indistintamente, mientras que Lazarus y Folkman (1984), resaltan que en los libros, aun aparecen títulos que confunden el estrés al sustituirlo con el termino ansiedad, señalando que autores como Freud, Dollar, Miller, May, Taylor, Spence o Spielberger, entre otros, emplean el término ansiedad en lugar de estrés. No obstante, desde distintas orientaciones se han manifestado el interés por diferenciar ambos términos y, así, la Psicofisiología se ha interesado por el estudio del estrés, resaltando la importancia de sus aspectos fisiológicos frente a los subjetivos que intervienen en la ansiedad.

Taylor (1986) destaca que el estrés hace referencia, principalmente, a la situación, mientras que la ansiedad alude a la reacción ante sucesos estresantes. Por su parte Bensebat (1987) describe a la ansiedad como una emoción de estrés, mientras que Spielberger (1979) considera que los términos de estrés y miedo son indicadores de fases temporales de un proceso que da lugar a la reacción de ansiedad.

La distinción de ambos conceptos se hace posible trabajando de manera parcelada con los mismos, destacando determinados elementos entendidos como parte de uno u otro de manera específica (Miguel-Tobal, 1995).

En definitiva, no se necesita mucha perspicacia para advertir que la Psicología recoge multitud de conceptos cuyas definiciones se contradicen o se traslapan

a la vista de diferentes desarrollos teóricos, indicio de su nivel de avance y complejidad como ciencia (Sierra et al., 2003).

1.3 Antecedentes Históricos de la Ansiedad y el Pánico

A continuación se describirá la evolución histórica del concepto de ansiedad en cual también se incluye el de la angustia pues como ya lo habíamos mencionado por mucho tiempo ambos conceptos fueron utilizados como sinónimos, recogiendo las distintas conceptualizaciones que se han propuesto por una variedad de autores de la comunidad médica y psicológica.

En la época clásica los griegos contaban con términos como manía, melancolía, histeria y paranoia a los cuales les atribuían los síntomas de intranquilidad, miedo, sobresalto, palpitaciones, dificultad para respirar, etc. Debido a que no disponían de ningún término para la ansiedad. En la época de Cicerón, los romanos utilizaron la palabra *anxietas*, como indicadora de un estado duradero de medrosidad. Vocablo que como lo hemos mencionado anteriormente llevo a contrastar con el vocablo *angor* que revela un estado momentáneo de miedo intenso, análogo al concepto actual de angustia (Stein, 2004).

A mediados del siglo XIX Griesinger, fue el primero en diferenciar la melancolía de la angustia, afirmando que esta acompaña también a los estados psicóticos. Sin embargo en esa época los médicos notaron que la angustia también era el síntoma principal de una persona que no padecía algún trastorno psiquiátrico pero que reaccionaba con ella a las enormes tensiones de la vida (Griesinger, 1861).

Años más tarde, en 1869 el neurólogo norteamericano George Miller Beard, utiliza por primera vez el termino neurastenia para referirse a aquellos pacientes que manifestaban un conjunto de síntomas como cansancio tras la menor actividad física o ante el más mínimo esfuerzo mental, sensación de debilidad extrema, dolores y molestias musculares, acompañados de molestias somáticas como vértigo, cefalea tensional e inestabilidad; así como una gran preocupación

por la falta de bienestar mental. Con este término intentó abarcar a un conjunto de enfermedades que se denominaban hasta entonces: postración nerviosa, astenia o discapacidad nerviosa (Dupont, 1999).

Dos años mas tarde, Jacob Mendes Da Costa reportó un síndrome que observó en el Hospital Militar de Filadelfia entre los soldados que participaron en la guerra de secesión al que nombró “Corazón Irritable”, este síndrome se caracterizaba por palpitaciones, taquicardia, mareos, respiración jadeante y dolorimiento precordial, ante esfuerzos mínimos o en reposo. Dichos síntomas llamaron la atención de Da costa debido a que estos podían formar parte de un cuadro clínico cardiaco sin embargo se presentaban en ausencia de un problema de esta índole, relacionándose más bien a situaciones de fuerte estrés.

Más tarde Freud (1895) definió este padecimiento de forma precisa y detallada y utilizo el término “neurosis de angustia” para referirse a una entidad clínica caracterizada por:

- a) Irritabilidad General
- b) Expectación ansiosa
- c) Ansiedad que acecha constantemente
- d) Crisis rudimentarias de ansiedad
- e) Despertar nocturno con terror
- f) Vértigo
- g) Fobias(miedos específicos)
- h) Alteraciones digestivas
- i) Parestesias
- j) Estados crónicos como sensación de lasitud permanente

En 1917, Sir Thomas Lewis propuso la denominación alternativa de “Síndrome de Esfuerzo” que reflejaba una respuesta desmedida del paciente frente a los menores esfuerzos, los síntomas eran mareos, palpitaciones, cefaleas, sudoración, astenia, sacudidas mioclónicas, enrojecimiento de la piel, irritabilidad y extremidades frías (Cía, 2007). Para Lewis los síntomas eran consecuencia del exceso de esfuerzo y agotamiento, enfermedades infecciosas y anomalías en el Sistema Nervioso Central.

Más adelante en 1918 Oppenheimer uno de los colaboradores de Lewis usó el término “Astenia Neurocirculatoria” para efectuar una descripción más exacta de la frecuente combinación de síntomas cardíacos y fatiga, en pacientes que no tenían enfermedad cardíaca orgánica sino trastornos funcionales.

Durante la segunda Guerra Mundial, se produjo un reconocimiento más general de la naturaleza y de las manifestaciones de Ansiedad, pues se comenzaron a efectuar diagnósticos más precisos, y los soldados que se quejaban de síntomas que antes se consideraban el resultado de alteraciones cardíacas funcionales, pasaron a ser diagnosticados como “Reacción Ansiosa” (Cía, 2007).

Freud fue el primero en proponer un papel determinante de la ansiedad en la formación de los estados neuróticos y psicósomáticos. Definiendo a la ansiedad como “un estado afectivo desagradable, caracterizado por la aprehensión y una combinación de sentimientos y pensamientos molestos para el individuo” (Freud, 1964).

Para Freud la ansiedad era el fenómeno fundamental y el problema central de la neurosis, una respuesta no realista ante la situación que es temida por el sujeto y que genera poco o ningún miedo real.

En 1968 James Lang formuló la teoría tridimensional de la ansiedad, según la cual, las emociones se manifiestan a través de reacciones agrupadas en distintas categorías: cognitiva o subjetiva, fisiológica y motora o comportamental, las cuales se correlacionan escasamente entre sí. Esto quiere

decir que una persona puede mostrar una reacción muy intensa en la categoría subjetiva, moderada en la fisiológica e incluso leve en la motora, mientras que otra persona puede mostrar todo lo contrario llegando a la conclusión de que existe alta variabilidad interindividual en la reacción. Por eso a finales de los años setenta, se empieza a concebir la ansiedad como un término referido a un patrón de conducta caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, cogniciones y activación fisiológica (Franks, 1969), como respuesta a estímulos internos (cognitivos o somáticos) y externos (ambientales).

Y es así como en la década de los años setenta se comienza a tener consciencia de la relación que existe entre la ansiedad y la enfermedad, por lo que se concluye que la ansiedad puede influir sobre las funciones fisiológicas del organismo y contribuir al desarrollo o a la potenciación de determinadas patologías o trastornos en el ser humano.

Un autor importante de esta década fue Wolpe quien definió a la ansiedad como “una respuesta autónoma del organismo individual concreto después de la presentación de un estímulo nocivo y que, de forma natural, posee la facultad de provocar dolor y daño en el individuo” (Sierra et al., 2003).

Por su parte Spielberger en 1972 define a la ansiedad como “un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo” (Cia, 2007).

Más adelante, en 1975 La Asociación Psiquiátrica Americana (APA), la define como “aprensión, tensión o dificultad que surge por la anticipación de un peligro cuya frente es desconocida”. Posteriormente en los años ochenta, se comienza a describir las características de la ansiedad, así Lewis (1980) menciona que la ansiedad constituye un estado emocional experimentado como miedo o algo similar, que es una emoción desagradable, que se orienta al futuro relacionándose con algún tipo de amenaza o peligro inminente, que no aparece una amenaza real y si la hay, el estado emocional que se presenta resulta

desproporcionado a ésta con la presencia de sensaciones corporales que causan molestias durante los episodios de ansiedad. Mischel (1988) sostiene que el significado de ansiedad no puede reducirse a una sola concepción definiéndola como un conjunto de amenazas personales, diferentes al de otros, que le provoca mayor ansiedad, la manera más simple de definir la ansiedad es como un temor adquirido (aprendido).

Más adelante a partir de los años noventa, se propone que la ansiedad es un estado emocional que puede darse solo o sobreañadido a los estados depresivos y a los síntomas psicósomáticos cuando el sujeto fracasa en su adaptación al medio (Valdés y Flores, 1990).

Tras realizar una revisión de las distintas orientaciones, Miguel- Tobal (1990) describen la ansiedad como una respuesta que engloba aspectos cognitivos displacenteros de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos caracterizados por un alto nivel del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

De igual manera en la última versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales -DSM-IV- (2001) da la siguiente definición “la ansiedad denota aprensión, tensión y desasosiego, como consecuencia de la anticipación de peligro, que puede ser interno o externo”. (APA, 1994)

1.4 Diferentes Enfoques Teóricos acerca de la Ansiedad

El concepto de ansiedad que ha sido utilizado indistintamente con el concepto de angustia, ha tenido una evolución paralela al paradigma psicológico dominante en cada época. De hecho, ha sido tema de estudio prácticamente en todas las corrientes y escuelas psicológicas. Estos distintos enfoques (existencial, psicodinámico, conductista, cognitivista) también han aportado concepciones sobre la ansiedad diferentes. Las contribuciones más significativas al concepto de ansiedad de los Sistemas Psicológicos se señalan a continuación.

1.4.1 Existencialismo

El hombre occidental desde el renacimiento y, principalmente, desde la corriente filosófica existencialista ha mostrado un gran interés respecto al término de la Angustia. Dicha corriente mencionaba que existe una “angustia existencial”, procedente de la misma entidad del individuo sano, del hecho mismo de vivir y convivir, una angustia controlable y capaz de dinamizar aspectos creativos de la persona, facilitando el rendimiento y la motivación para la realización de proyectos. Fue analizada por los filósofos del existencialismo como Kierkegaard, Heidegger, Jean Paul Sartre, etc., (Rojas, 1998).

Kierkegaard (1844) publica su libro “El concepto de la angustia” en el cual menciona que el origen de la angustia que el individuo experimenta, se encuentra en la posibilidad de ocurrencia de fallo, es decir en la posibilidad de no acertar en el uso de la libertad, de no tomar la decisión correcta, de no alcanzar la meta final perseguida.

En esa misma época otro filósofo llamado Heidegger, piensa que la angustia está formada por un doble carácter; por una lado la considera como un fenómeno de hundimiento de los puntos de apoyo, y por otro, como una máxima quietud que deja al individuo que la sufre clavado y fijo en ese nuevo vacío.

Mientras Kierkegaard hablaba de la angustia como un presentimiento propio de la nada o como la nada sumergida en la propia existencia del individuo, Nietzsche habla de ella como el miedo a la muerte, considerándola en ese momento la enfermedad de Europa (Sierra et al., 2003).

1.4.2 Enfoque Psicoanalítico

Como podemos ver el concepto de angustia, como sinónimo de ansiedad, aparece con anterioridad a la aceptación de la psicología como disciplina científica. Una prueba son los escritos de algunos filósofos como, por ejemplo, Kierkegaard (1844), que aluden a este concepto. Sin embargo, habrá que

esperar al surgimiento del psicoanálisis para que el término “ansiedad” quede incorporado definitivamente a la Psicología, gracias a la práctica clínica (Castillo, 2010).

La teoría psicoanalítica sostiene, que “la ansiedad con la que el neurótico lucha es producto del conflicto entre un impulso inaceptable y una contrafuerza aplicada por el ego” (Sierra et al., 2003). Freud se refiere a este concepto por primera vez en su obra “Inhibición, Síntoma y Angustia” (1926) en la cual concibió a la ansiedad como un estado afectivo desagradable, caracterizado por la aprensión y una combinación de sentimientos y pensamientos molestos así como cambios fisiológicos que se asocian a la activación autonómica.

Como lo menciona Spielberger en 1979, Freud propuso dos teorías sobre la ansiedad, en su primera formulación Freud sostenía que “la ansiedad era resultado de una descarga de energía sexual reprimida” a la cual llamo libido. La libido reprimida por los impulsos no satisfechos determinaba una acumulación excesiva de energía en el sistema nervioso, que se manifestaba en forma de ansiedad (Stein, 2004).

El aumento de la tensión sexual sin posibilidad de descarga da origen al displacer, en tanto que la descarga que reduce dicho aumento de tensión, tendiente a recuperar el equilibrio de la homeostasis, puede ser placentera (Emanuel, 2001).

En la segunda formulación, Freud insiste en el papel crítico de la ansiedad como una respuesta ante la presencia de peligro. En la cual menciono que la percepción del peligro, bien fuera proveniente del ambiente exterior o de los pensamientos o sensaciones, provocaba un estado de ansiedad y esta desagradable reacción emocional servía para indicar al individuo la necesidad de algún tipo de adaptación. De tal manera que, Freud insistía en la utilidad del

miedo y de la ansiedad en el proceso de adaptación de una persona al peligro (Spielberger, 1979).

En su posterior concepción de la ansiedad, Freud llamo la atención sobre dos fuentes potenciales de peligro, el mundo exterior y los propios impulsos interiores de la persona. Si la fuente de peligro se encontraba en el mundo exterior, esto daba por resultado una reacción objetiva de ansiedad. A las reacciones de ansiedad provocadas por los impulsos internos prohibidos o inaceptables se les llamo ansiedad neurótica.

Como señalan Sierra et.al., (2003) Freud en sus escritos distingue tres tipos de Ansiedad:

1) Ansiedad real.- Aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior; se manifiesta como una advertencia al individuo avisándole si hay algún peligro en el ambiente que lo rodea. La percepción del peligro y el surgimiento de la angustia pueden ser innatos, en el sentido de que se hereda una tendencia a atemorizarse en presencia de ciertos objetos o condiciones del ambiente, o puede ser adquirida durante la vida. De todos modos los temores se adquieren más fácilmente durante la infancia, cuando la desvalidez del organismo inmaduro le impide enfrentarse con los peligros externos. Las experiencias que colman de angustia se llaman traumáticas, porque reducen a la persona a un estado infantil de invalidez. El prototipo de todas las experiencias traumáticas es el trauma del nacimiento. El recién nacido es bombardeado por una estimulación excesiva, proveniente del mundo externo, para la cual su protegida existencia fetal no lo había preparado. Cualquier situación de la vida posterior que amenace reducir a una persona a un estado infantil de desvalidez, hará revivir la señal de angustia. Todos los miedos se relacionan con las primeras experiencias de desvalidez y derivan de ellas; por eso es tan importante proteger al niño pequeño de experiencias traumáticas.

2) Ansiedad Neurótica.- Se entiende también como una señal de peligro, pero su origen hay que buscarlo en los impulsos reprimidos del individuo, se caracteriza por la carencia del objeto, estando el recuerdo del castigo o evento traumático reprimido, es decir no se reconoce el origen del peligro. La angustia neurótica puede presentarse de tres formas: a) Aprensión flotante: Esta angustia caracteriza a la persona nerviosa que siempre está esperando que ocurra algo terrible, esta persona tiene miedo de su propio ello; b) La Fobia: es un miedo intenso e irracional y se da de esta forma porque la fuente principal de la angustia se encuentra en el ello más que en el mundo externo. El rasgo característico de la fobia es que la intensidad del miedo no guarda proporción alguna con la peligrosidad del objeto que la persona teme. Detrás de cada miedo neurótico hay un deseo primitivo del ello por el objeto que se teme. La persona desea lo que teme, o desea algo asociado con el objeto temido o simbolizado por este. c) La tercera forma de angustia neurótica se observa en reacciones de pánico o casi pánico. Estas reacciones se manifiestan repentinamente, aparentemente sin ser provocadas. A veces se lee que una persona enloqueció y disparo contra diversos individuos a quienes no conocía y que no le habían hecho nada. Más tarde no pudo explicar porque hizo tal cosa. Estas reacciones son ejemplos del comportamiento de descarga cuya finalidad es liberar a la persona de una angustia neurótica excesivamente penosa, haciendo lo que el ello exige, a pesar de las prohibiciones del yo y del superyó. El pánico es una forma de reacción extrema que se manifiesta en formas menos violentas. La angustia neurótica se basa en la angustia real en el sentido de que una persona tiene que asociar una demanda instintiva con un peligro externo antes de que aprenda a temer sus instintos.

3) Ansiedad Moral.- Es conocida como la de la vergüenza, es decir, el super yo amenaza al sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre sus impulsos. Se experimenta como sentimientos de culpa o de vergüenza en el yo, es suscitada por la percepción de un peligro proveniente de la conciencia moral. El miedo original del que deriva la angustia moral es un miedo objetivo: el miedo a los padres que castigan. El conflicto es puramente intrapsíquico, ya que la

angustia moral es una consecuencia del miedo objetivo a los padres. La angustia moral tiene lazos estrechos con la angustia neurótica; y estos lazos son creados por la disciplina de los padres que en gran parte se dirigen contra la expresión de impulsos sexuales y agresivos. En la angustia neurótica y moral el peligro no está en el mundo externo ni en un daño físico doloroso o una privación física la que la persona teme. ¿Que teme entonces? Tiene miedo del miedo en sí. Esto es evidente en el caso de sentimientos de culpa que son directamente penosos para la persona

La distinción entre los 3 tipos de angustia, no quiere decir que la persona que experimenta la angustia se dé cuenta de su fuente real. Puede pensar que tiene miedo a algo del mundo exterior, cuando en realidad su miedo surge de un peligro impulsivo o de una amenaza del superyó. Un estado de angustia puede tener más de una fuente, o también pueden mezclarse las tres (Rollo, 1968).

Las teorías freudianas tuvieron gran impacto y fueron continuadas por sus seguidores agrupados bajo la denominación de Neo freudianos con nuevas aportaciones al modelo psicodinámico original. Sin embargo, la ausencia de trabajos experimentales para contrastar las teorías psicoanalíticas y los problemas de índole científico de esta corriente llevaron a una decadencia del psicoanálisis (Catillo, 2010)

De acuerdo a Cia (2007) para las teorías psicoanalíticas actuales, la ansiedad es una señal para el yo de un impulso inaceptable que está intentando adquirir representación consciente y liberarse y, como señal, provoca en el yo la adopción de medidas defensivas contra las presiones que proceden del ello. Por lo tanto si estas defensas tienen éxito la ansiedad desaparece, pero si la represión no es completamente efectiva, el individuo puede presentar una variedad de síntomas psiconeuróticos. “

Las teorías psicoanalíticas diferencian cuatro modalidades o categorías de la ansiedad:

- a) Ansiedad del super yo que comprende los sentimientos de culpa que proceden de una acción que se considera equivocada y a la ansiedad acompañante atribuible al temor a ser descubierto.
- b) Ansiedad de castración que se refiere genéricamente a la ansiedad que tiene en común el miedo a las lesiones corporales o a la disminución de la capacidad personal.
- c) Ansiedad de separación comprende la anticipación temerosa a la pérdida de algún vínculo significativo.
- d) Ansiedad impulsiva del ello que se manifiesta sobre todo en el individuo con tendencia a la agresión, temiendo perder el control de sus impulsos y actuar de forma irracional.

1.4.3 Enfoque Conductual

El conductismo parte de una concepción ambientalista donde la ansiedad es entendida como un impulso que provoca la conducta del organismo. Por lo que Watson y el conductismo clásico utilizan preferentemente los términos de miedo y temor en lugar de ansiedad. Este miedo sería una respuesta conductual y fisiológica a una estimulación o situación externa al sujeto. La ansiedad va a ser generalmente definida como un subtipo de miedo, entendido este como un impulso (drive) aprendido, como una disrupción en la homeostasis del organismo producida por una estimulación dolorosa. (Castillo, 2010).

Desde esta perspectiva Hull (1943) conceptualiza la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada.

Por otro lado, Mowrer (1960) define a la ansiedad como una conducta aprendida por medio del condicionamiento clásico y el condicionamiento instrumental. A esta teoría se le conoce como bifactorial o de los dos procesos. Se basa en el paradigma de evitación activa, según el cual el sujeto aprende a escapar del estímulo que elicita la respuesta de ansiedad y a evitar el estímulo

incondicionado. En su desarrollo intervienen dos procesos interdependientes. El primero consiste en establecer una respuesta condicionada de ansiedad mediante un paradigma estándar de condicionamiento clásico. Esta respuesta, una vez constituida como tal, adquiere propiedades de impulso (*drive*) secundario con capacidad de motivar el inicio de una conducta instrumental de escape o de evitación.

El segundo proceso implica una conducta de evitación activa. El sujeto no aprende a evitar un castigo (EI), sino más bien a escapar de la exposición al estímulo (EC) que le avisa de la proximidad del evento aversivo. El estado de ansiedad que provoca el EC es desagradable y motiva al sujeto a la emisión de conductas con las que eliminarlo o huir de él. Aquella respuesta que haga desaparecer el estado de ansiedad resultara reforzada. En el condicionamiento de evitación, la respuesta de evitación ejecutada exitosamente pone fin a la respuesta condicionada de miedo. Esto constituye un refuerzo para el sujeto y, por consiguiente, dicha respuesta de evitación queda reforzada negativamente porque reduce o elimina el estado de ansiedad. En consecuencia, el miedo motiva las respuestas de evitación, y la reducción del miedo (por escape o evitación) refuerza y mantiene la conducta de evitación (carácter mediacional del miedo). El desarrollo del componente emocional del miedo se explica, por tanto, en términos de condicionamiento pavloviano, y el componente de evitación del miedo según el principio del reforzamiento negativo (condicionamiento instrumental).

Desde las teorías de aprendizaje, la ansiedad se relaciona con un conjunto de estímulos condicionados o incondicionados que elicitán a la misma en forma de respuesta emocional; además, esta se concibe como un estímulo discriminativo, considerando que la ansiedad conductual esta mantenida a partir de una relación funcional con un refuerzo obtenido en el pasado. Todo ello indica que se puede entender el escenario en el que se aprende la conducta de ansiedad a través del aprendizaje por observación y el proceso de modelado. Por ejemplo

(Bandura, 1986) en la teoría del Aprendizaje Observacional o Vicario propone la existencia de tres posibles modos de adquisición de las conductas fóbicas:

- Experiencia directa con acontecimientos aversivos.
- Observación de otra persona sometida a un suceso traumático.
- Recepción de información verbal amenazante que sea relevante (historias, cuentos,...)

El enfoque conductista ha contribuido a un gran avance en el estudio de la ansiedad al considerarla como un estado o respuesta emocional transitoria, evaluable en función de sus antecedentes (E) y consecuentes (R), así como de su frecuencia y duración. Ha ayudado a operativizar la variable ansiedad, relacionarla con otras variables, pero también es cierto que prestó atención a los elementos cognitivos que intervienen en su adquisición, mantenimiento y extinción.

1.4.4 Enfoque Cognitivo

El surgimiento de la Psicología Cognitiva en la década de los sesentas del siglo XX, abrió camino a la incorporación de variables cognitivas como elementos que intervienen en la adquisición, mantenimiento y extinción de la ansiedad. El concepto de ansiedad también sufre una modificación: de considerarse en términos motores y fisiológicos en el paradigma Conductista pasa a adquirir un significado central, cognitivo en el paradigma actual (Castillo, 2010).

Lazarus (1966) es uno de los autores pioneros en introducir variables cognitivas en sus trabajos iniciales sobre estrés y estrategias de afrontamiento acentuando la importancia de los procesos cognitivos. Desde este enfoque el individuo percibe la situación, la evalúa y valora sus implicaciones por lo que si el resultado de dicha evaluación es amenazante, entonces se iniciara una reacción de ansiedad modulada por otros procesos cognitivos y situaciones

similares producirán reacciones de ansiedad parecidas en su grado de intensidad.

El reemplazo de la perspectiva unidimensional de la ansiedad por otra multidimensional se debe a Lang (1968), quien define a la ansiedad, como cualquier otra emoción, que se manifiesta mediante una serie de respuestas que pueden agruparse en tres categorías o sistemas : subjetivo o cognitivo, fisiológico y motor o expresivo, con escasa correlación entre sí.

Este autor, junto con Rice y Colaboradores en 1972 proponen que las emociones humanas en general y la ansiedad en particular, comprenden respuestas en tres sistemas comportamentales diferentes, mediante el llamado “Modelo de los Tres Sistemas o Tripartito de la Ansiedad” el cual consistía en:

- conductas motoras
- expresiones lingüísticas
- estados fisiológicos

La respuesta motora habitual, en relación a estímulos que eliciten la ansiedad, comprende conductas evitativas y otros, aspectos del comportamiento, como un aumento o disminución de la gesticulación, cambios en la postura y temblores. El componente de expresión lingüística, llamado originalmente por Lang, *Sistema Verbal Cognitivo*, se refiere a los sucesos cognitivos o a la descripción verbal de los mismos, como recuerdos pasados, imágenes o pensamientos específicos, descripciones de la ansiedad, del temor, del pánico y quejas asociadas a preocupaciones, obsesiones, incapacidad de concentrarse e inseguridad. El componente o sistema fisiológico de la ansiedad, se asocia con un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático, con incrementos de la tasa cardiaca, respiratoria, sudoración y tono muscular (Cía, 2007).

En 1985 Lang afirmó que las situaciones potencialmente ansiógenas, en general tienen efectos en estos tres sistemas y también existen evidencias de

que los mismos frecuentemente presentan fallas en su concordancia, por lo cual no pueden ser tomados en cuenta como equivalentes debido a que los determinantes temperamentales y de personalidad también influyen en cual será el sistema de respuesta as relevante para cada individuo.

En ese mismo año, Beck y Emery basándose en que una de las funciones principales del sistema cognitivo es el pensar, intentar anticipar y/o planificar el futuro, afirmaron que los pensamientos acerca de futuros eventos aversivos tienen una significación relevante en los estados de ansiedad.

En 1988 dichos autores desarrollaron el constructo central de la teoría de la ansiedad en la clínica mediante el concepto de esquemas, en la cual afirmaban que las estructuras cognitivas o esquemas “guían los procesos de evaluación, codificación, organización, acumulación y recuperación de la información, mediante ellos los estímulos coherentes con los esquemas existentes son elaborados y codificados, mientras que la información inconsistente o irrelevante es ignorada y olvidada”... (Cía, 2007)

Los esquemas desadaptativos del paciente ansioso comprenden a las amenazas percibidas, físicas o psicológicas, al dominio o territorio personal, así como un sentido exagerado de vulnerabilidad. Por lo que dichos autores propusieron que determinados esquemas cognitivos y pensamientos automáticos son típicos de los estados de ansiedad y juegan un rol crucial en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad, pues afirman que el paciente ansioso utiliza gran parte de su capacidad cognitiva para escanear y percibir los estímulos amenazantes.

En síntesis, el modelo de Beck y Emery propone que los individuos ansiosos procesan selectivamente la información relevante a peligros personales, como resultado de la activación de sus esquemas asociados.

Los procesos cognitivos aparecen entre el reconocimiento de una señal aversiva y la respuesta de ansiedad que emite este en el sujeto. Desde este enfoque el individuo percibe la situación, la evalúa y valora sus implicaciones; si el resultado de dicha evaluación es amenazante, entonces se iniciara una reacción de ansiedad modulada por otros procesos cognitivos. En la mayoría de los casos, funcionan de forma automática, es decir el individuo a penas se cuenta de cuando se ponen en marcha, por lo que no los puede controlar y cree firmemente que no están bajo su dominio.

La mayoría de los terapeutas cognitivos concuerdan en que los pacientes que padecen trastornos de ansiedad presentan pensamientos negativos y autoderrotistas acerca de si mismos y su circunstancia, así como una tendencia a catastrofizar. (Cía, 2007).

Diferentes aspectos cognitivos de la psicopatología han sido el foco de interés en las últimas décadas y un gran número de teorías cognitivas acerca del origen, el mantenimiento, el curso y el tratamiento de la ansiedad se han desarrollado a lo largo de dicho periodo.

1.4.5 Enfoque Cognitivo Conductual

La aparición de este enfoque se vincula a autores como Bowers (1973), Endler (1973) y Magnusson (1976), aunado a las aportaciones del enfoque cognitivo y del conductual. Así, la conducta quedaría determinada a partir de la interacción entre las características individuales de la persona y las condiciones situacionales que se presentan. Cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables, por lo que ninguna de ellas debe ser despreciada para el estudio del mismo; se trata de variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta).

Por lo que la ansiedad pasa de ser concebida como rasgo de personalidad a ser considerada como un concepto multidimensional, existiendo áreas situacionales específicas asociadas a diferencias relativas al rasgo de personalidad. A partir de ahí surge la Teoría Interactiva Multidimensional propuesta por Endler y Magnusson en 1977, la cual defiende que es imprescindible la congruencia entre el rasgo de la personalidad y la situación amenazante para que la interacción entre ambos de lugar al estado de ansiedad. En el caso de la Teoría Tridimensional de Lang (1968), se considera a la ansiedad como un sistema triple de respuesta en el que interactúan manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras.

A partir de ello, la ansiedad empieza a ser conceptualizada como una respuesta emocional que, a su vez, se divide en tres tipos de respuestas, las cuales incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, debido a la posible influencia de estímulos tanto internos como externos al propio individuo; el tipo de estímulo que provoca la respuesta de ansiedad está determinado, en gran medida, por las características del individuo (Miguel-Tobal, 1990).

CAPITULO 2

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

En el presente capítulo se mencionará la clasificación de los distintos trastornos de ansiedad de acuerdo al Manual Diagnóstico DSM IV y posteriormente debido a el objetivo de nuestro estudio se abordará más a fondo el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Angustia o Trastorno de Pánico, mencionando de cada uno de ellos su concepto y su prevalencia en México, así como su etiología, descripción clínica, criterios diagnósticos y tratamiento, finalmente abordaremos el diagnóstico diferencial entre ambos trastornos para poder diferenciarlos.

2.1 Generalidades

Los Trastornos de Ansiedad son considerados como los trastornos mentales más prevalentes en la actualidad. Engloban toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, la presencia de ansiedad extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico.

Afectan a personas de todas las edades, incluidos los adultos, niños y adolescentes. Hay diferentes tipos de trastornos de ansiedad, con síntomas diferentes. Sin embargo, todos tienen un factor en común: la ansiedad, que se presenta con demasiada frecuencia, es demasiado intensa, es desproporcionada respecto a la situación del momento e interfiere en la vida diaria de la persona.

Los Trastornos de ansiedad son considerados en la actualidad como el trastorno mental más común en los Estados Unidos y México. Se prevé que cerca del 14.3% de la población experimentará algún tipo de Trastorno de ansiedad en algún momento de sus vidas (Medina, 2003).

2.2 Evolución del término

La primera edición del Manual Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-I) en EE.UU. apareció en el año de 1952, motivada por los conocimientos psiquiátricos que acontecieron a causa de la Segunda Guerra Mundial y con una importante contribución del psicoanálisis y la psiquiatría psicodinámicas en el estudio de las neurosis traumáticas de la guerra (Cascardo, 2005).

Sigmund Freud, fue el primero en describir, hace más de 100 años, una tipología de los trastornos de ansiedad, en la cual hacía una distinción entre el “síndrome de neurosis ansiosa” y la “neurastenia”. De acuerdo a Freud, la neurosis de ansiedad consistía en:

- 1.-Irritabilidad general
- 2.-Aprehensión crónica
- 3.-Ataques de ansiedad
- 4.-Evitación fóbica secundaria

Ya en esa época, Freud manifestó que la expectación ansiosa era un síntoma “nodular” en la neurosis de angustia y proveyó la primera descripción de la preocupación excesiva bajo el término de expectación ansiosa: un monto de ansiedad libremente flotante que se haya a la espera y que se liga con cualquier idea apropiada. Otra manera que tiene de manifestarse la ansiedad, según Freud, es bajo la forma de ataques de ansiedad (hoy ataques de pánico) con miedo súbito a morir o enloquecer acompañado de parestesias y otras manifestaciones físicas tales como alteración de la frecuencia cardiaca, dificultad para respirar, sudoración, náusea, ataques de bulimia, diarreas y malestar estomacal, entre otras.

Freud también describió dos tipos de evitación fóbica secundaria; él pensaba que la aprehensión crónica podía llevar a la aparición de fobias específicas(a

animales, tormentas, etc.) o de fobia a la locomoción (agorafobia). Finalmente reconoció que las neurosis de angustia (o de ansiedad) podían ocurrir en conjunción con otras neurosis (neurastenia, histeria, obsesiones).

En la época de la aparición del DSM I Y II se utilizó el concepto de neurosis como principio organizador en la estructura de los trastornos ansiosos. En E.U, las principales líneas teóricas giraban alrededor del concepto de que la ansiedad era causada por conflictos intrapsíquicos y que la neurosis resultaba de una defensa parcialmente exitosa contra esa ansiedad, que lleva a la formación sintomática.

Con el tiempo muchos autores comenzaron a pensar que no se podía seguir diagnosticando una enfermedad basados solamente en mecanismos no comprobados tales como la “neurosis” y que por el contrario, era más útil formular un diagnóstico sobre la base de otros criterios como edad de inicio, duración de la enfermedad, patrones sintomáticos y severidad, dejando a un lado los posibles factores etiológicos, motivo por el cual aparece el DSM-III, en donde las neurosis de ansiedad pasaron a llamarse estados de ansiedad. Esta categoría incluyó dos definiciones diagnósticas nuevas: el Trastorno de Pánico y el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Esto fue debido a que el psiquiatra Americano Donald Klein observó que, entre los enfermos agorafóbicos que presentaban también una neurosis de angustia, los medicamentos psicotrópicos producían acciones diferentes sobre los dos componentes descritos por Freud en esta última. Los sedantes eran eficaces en la ansiedad leve permanente pero no actuaban sobre las crisis de angustia, y lo contrario se cumplía con ciertos antidepresivos. De ahí concluyó que las dos variedades de ansiedad eran de naturaleza diferente. La lengua inglesa solo utiliza en psiquiatría la palabra anxiety y Klein buscó un segundo término para designar el síntoma en lo que Freud llamaba crisis de angustia (Angstanfall). Lo descubrió en una errónea traducción inglesa del texto original, que había

interpretado Angstanfall como crisis de pánico. Ya podía oponer la ansiedad leve permanente al síntoma, no solo más intenso, sino según él, cualitativamente distinto, presente en el momento de las crisis. Esta descomposición de la neurosis aislada por Freud en dos entidades, una caracterizada por la presencia continua de una espera ansiosa, denominada hoy Trastorno de Ansiedad Generalizada y la otra definida por la aparición, con cierta frecuencia, de crisis de pánico, el trastorno de pánico hoy aceptado.(Pichot, 2003)

Desde entonces, con las diferentes ediciones del DSM, se fue tendiendo a elevar algunas manifestaciones a la categoría de síntoma clave con el objetivo de ajustar el diagnóstico (Cascardo, 2005).

Para el estudio que se llevara a cabo, esta investigación partirá de los criterios establecidos por el del DSM IV TR, que establece la siguiente clasificación:

- Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia, panic attack)
- Agorafobia
 - Trastorno de angustia sin agorafobia
 - Trastorno de angustia con agorafobia
 - Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Además de estos trastornos, agrupados bajo el rótulo “trastornos de ansiedad”, en la DSM-IV TR se incluye finalmente el trastorno de ansiedad infantil y el trastorno de ansiedad por separación.

2.3 Trastorno de Ansiedad Generalizada

En la Ciudad de México el Trastorno de Ansiedad Generalizada tiene una prevalencia en la vida de 3.4% (Medina, 2005).

Desde el punto vista conceptual, el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es una enfermedad que comprende una preocupación excesiva e incontrolable, durante seis meses como mínimo, sobre dos o más aspectos de la vida del individuo, provocándole interferencias en su habilidad para desempeñarse normalmente.

2.3.1 Etiología y naturaleza del Trastorno

Se ha investigado que como en otros Trastornos de Ansiedad, en el TAG existe una combinación de factores genéticos (30%), rasgos de la personalidad, sucesos estresantes de la vida, o de eventos vitales, que se combinan para dar lugar a la enfermedad. Muchos individuos con trastorno de ansiedad generalizada se consideran ansiosos o nerviosos de toda la vida. Aunque más de la mitad de los que acuden a la consulta manifiestan que el trastorno de ansiedad generalizada empezó en la segunda infancia o la adolescencia, en un estudio epidemiológico, la edad mediana fue de 31 años.(Kessler, 2005).El TAG parece ser un trastorno crónico que puede resultar exacerbado durante períodos de estrés intensos o momentos de transición en el desarrollo. (Bados 2009).

Barlow y sus colaboradores (1988) describieron cierto número de características de sus pacientes con TAG que, según ellos, los predisponen a desarrollar la enfermedad, así como otros trastornos de ansiedad. Una de esas características comprende el prejuicio negativo de ver al mundo como un lugar peligroso, reforzado a su vez, por experiencias pasadas, así como la tendencia

del paciente a sobreestimar la probabilidad de que ocurran sucesos negativos con consecuencias catastróficas, así como subestimar su propia habilidad para afrontarlos. De igual manera mencionan que la población sin TAG (“sanos”) se preocupan por las mismas cosas que los sujetos con el trastorno (salud, familia, finanzas, trabajo), aunque, a diferencia de estos, aquellos individuos pueden controlar sus preocupaciones y racionalizarla, motivo por el cual no consultan a los médicos sin antes examinar la naturaleza de sus preocupaciones y no están hipervigilantes del funcionamiento de su cuerpo como los sujetos con TAG.

E. Cascardó (2008) refiere que muchos sujetos consideran que la ansiedad es un rasgo que forma parte de su personalidad, así, al cuestionar a pacientes sobre su personalidad previa al trastorno, estos le reportaron que se caracterizaba por ser: “muy ansiosa e hiperalerta”, “tímida e introvertida”, “miedosa y aprehensiva” y “muy dependiente”. Por lo que tal como lo sugiere Barlow se puede sostener la hipótesis de que estos procesos (tensión, preocupación incontrolable, hipervigilancia) podrían emerger de exigencias tempranas de la infancia y serían factores de vulnerabilidad en el desarrollo del TAG.

Por otro lado menciona que la mayoría de los pacientes con TAG hacen una consulta con el profesional que les administra un tratamiento adecuado, como promedio 10 años después del inicio de la patología. Por lo cual durante este lapso sus síntomas los llevaron a consultar a muchos profesionales de las más variadas especialidades, sin obtener un diagnóstico y, por el contrario, solicitando una gran cantidad de estudios que carecen de utilidad.

2.3.2 Descripción Clínica

Baeza et al (2008) describe que las personas que padecen TAG están frecuentemente alertas y angustiadas, aun cuando generalmente comprenden que su ansiedad es más intensa de lo que la situación justifica. Frecuentemente se preocupan excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo, anticipando desastres. Sin embargo, a veces, la raíz de la preocupación es

difícil de localizar. Dichas preocupaciones frecuentemente se presentan acompañadas de síntomas físicos tales como temblores, tensión muscular, etc.

Como lo menciona Cia (2007) el TAG presenta, desde el punto de vista de la sintomatología, diferentes componentes:

- a) Cognitivos.- que consiste en la presencia de preocupaciones irreales y excesivas durante la mayor parte del tiempo que dificulta la capacidad de concentrarse.
- b) Conductuales.- que se refiere a la incapacidad de control de ansiedad, lo cual provoca en las personas afectadas un distres y una disfunción significativa en sus actividades familiares, ocupacionales y sociales.
- c) Fisiológicos.- que se manifiestan como un aumento de la vigilancia o estado de hiperalerta, las taquicardias, aumento de la frecuencia respiratoria, sequedad de la boca, cambios en el ritmo intestinal, mareos, sensación de inestabilidad, zumbidos en los oídos, aumento del sudor, visión borrosa, etc.

Cascardo (2008) refiere que la preocupación excesiva es el síntoma clave para discriminar al TAG de otros trastornos de ansiedad. Dicho autor describe a la “preocupación excesiva” como un estado de preocupación constante, presente durante la mayor parte del día, casi todos los días, que provoca un deterioro global en la calidad de vida del individuo.

En un estudio estadístico realizado por Cascardo y Resnick en el 2000, se encontró que los sujetos con TAG, se preocupan en promedio más del 60% del día, el 94 % refirió que le resultaba difícil controlar el estado de constante preocupación y un porcentaje aún mayor de 97% mencionó que la preocupación interfería con sus diferentes actividades desde un grado moderado a uno muy severo.

2.3.4 Los Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Ansiedad Generalizada según el DSM-IV TR son:

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia
2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscular
6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

2.3.5 Comorbilidad en el TAG

La comorbilidad existente entre los distintos trastornos de ansiedad es necesariamente elevada debido a que: (Bousoño,2005).

-hay un gran solapamiento sintomático entre los diversos cuadros que tienen por común denominador a la ansiedad.

-La estabilidad diagnóstica en el tiempo en este tipo de trastornos es baja , pasando con frecuencia los pacientes de un tipo a otro a veces sin solución de continuidad.

-existen varios sistemas clasificatorios no concordantes (DSM-IV, CIE10)

-hay diversas escuelas psiquiátricas, cada una con diversos punto de vista

La elevada tasa de comorbilidad que presenta el TAG es un elemento a tener presente, ya que de los números que nos presentan los estudios estadísticos se desprende que solo uno de cada cuatro o cinco pacientes con este diagnóstico no va a presentar un cuadro comórbido. Es decir que en el 75 a 80% de los casos se identifica un segundo cuadro.(Cascardo,2005)

En una investigación (Cascardo-Resnik,2003) sobre pacientes con criterios diagnósticos del DSM-IV, vemos que el 83% de los casos, el TAG se presenta asociado a otro trastorno(64,2 % con un trastorno y 18,2% asociado a dos o

más). Los porcentajes obtenidos de pacientes con TAG y otro trastorno comórbido fueron:

Depresión 29,4 %

Trastorno de pánico 27,3 %

Trastorno de pánico con agorafobia 18,9 %

T. ansiedad social 9,8 %

Fobia específica 4,2 %

TOC 6,3 %

2.3.6 Tratamiento

El tratamiento suele comprender psicoterapia, farmacoterapia y apoyo. Los principales tratamientos psicoterapéuticos de este trastorno son cognoscitivos, conductual, introspectivo y de apoyo.

Como lo refiere (Schlatter, 2005) algunos de los aspectos más empleados en psicoterapia son:

- a) Tratamiento psicoeducativo.- el cual está dirigido a explicar al paciente los pormenores de su enfermedad, como se ha podido desencadenar y cuál será el curso y tratamiento que precisa. Del mismo modo se le enseña a detectar la ansiedad y sus manifestaciones, así como conocer los efectos secundarios del tratamiento farmacológico y de qué modo se le puede sacar el máximo rendimiento.
- b) Técnicas de Relajación muscular y de control de la respiración.- que contribuyen a romper el círculo vicioso que se establece entre los aspectos psíquico y corporal de la ansiedad, por lo que se les enseña a dominar algunas manifestaciones como respiración, ritmo cardíaco, tensión muscular, etc.
- c) Técnicas Cognitivas.- que sirven para cambiar el modo propio de ver las cosas de estos enfermos. Por ejemplo, no adelantarse a las consecuencias, optar por una visión positiva de lo que está ocurriendo,

no fijarse solo en lo negativo, afrontar los problemas, las dificultades que pueda tener para autoafirmarse y la propia autoestima.

2.4 TRASTORNO DE ANGUSTIA

En la Ciudad de México, el trastorno de angustia, denominado también de Pánico tiene una prevalencia en la vida de 1.1 % en los hombres y 2.5% en las mujeres, presentándose con mayor frecuencia en las edades comprendidas entre los 25 y 34 años siendo más frecuente en hombres solteros y mujeres casadas con un promedio de escolaridad de entre 7 y 9 años (Caraveo,1995).

De acuerdo al DSM IV, dicho trastorno consiste en la aparición de crisis de ansiedad caracterizada por un intenso sentimiento de aprehensión y amenaza inminente que se presenta de forma espontánea y que está asociada con una amplia sintomatología física que puede ser neurológica, gastrointestinal, cardíaca o pulmonar.

2.4.1 Etiología o naturaleza del Trastorno

Habitualmente el trastorno de Pánico comienza en la tercera década de la vida, es decir, entre los 20 y 30 años y tres de cada cuatro afectados son mujeres.

Diversos estudios realizados de forma retrospectiva en pacientes con pánico, así como de forma prospectiva con los hijos de estos han permitido detectar una serie de factores potencialmente precursores del desarrollo posterior de un trastorno de pánico. Entre ellos se incluye la aparición de trastornos de ansiedad durante la infancia, en un principio se encontró una asociación con la ansiedad de separación, sin embargo también se ha relacionado con otros como el trastorno por evitación (Cía, 2007)

En un estudio retrospectivo, el 55 % de los pacientes con trastorno de pánico en la edad adulta reunía criterios para un trastorno de ansiedad durante la infancia, siendo el trastorno por evitación el más frecuente. En este mismo estudio se encontró que estos casos con antecedentes en la infancia, eran los que

presentaban un Trastorno de Pánico de mayor gravedad. Debido a las limitaciones de los estudios retrospectivos, se ha intentado aclarar esta posible asociación con estudios prospectivos, por lo que en otro estudio se hizo un seguimiento realizado con niños diagnosticados de ansiedad de separación se pudo observar que en la edad adulta presentaron Trastorno de Pánico de forma significativamente más elevada que en los controles(Saiz, 2001).

En algunos casos el estrés también puede desencadenar el inicio de pánico solamente en los sujetos vulnerables, genéticamente predispuestos. La mayoría de los adultos jóvenes con Trastorno de Angustia, refieren generalmente haber padecido uno o varios sucesos vitales estresantes en los meses previos a su crisis inicial de pánico.

También es importante considerar que las experiencias infantiles negativas, limitan la disponibilidad de recursos para afrontar el estrés; por consiguiente quienes registran estos antecedentes y padecen Trastorno de Angustia, suelen sufrir de agorafobia más severa y otras complicaciones en comorbilidad.

Por otro lado, diferentes estudios han comprobado que la enfermedad tiene un alto componente familiar. El riesgo de por vida de padecer la enfermedad, en los familiares de primer grado (hermanos, hermanas o padre) de los pacientes con trastorno de pánico, oscila entre un 20% y 40%. En este sentido, si la prevalencia poblacional es de 3%, la probabilidad de que los familiares de primer grado padezcan TP es 10 veces mayor que en la población general (Cía, 2007).

En un estudio realizado en 29 pares de mellizos del mismo sexo, se observó que los gemelos tenían una tasa significativamente mayor de trastorno de pánico y agorafobia, que los mellizos no idénticos, provenientes de dos óvulos separados. En la pareja de gemelos, cuando uno sufre de trastorno de pánico, el otro tiene un 31% de posibilidades de padecerlo (Cía, 2007).

Además existen factores causales relevantes debidos al ambiente, que tienen que ver con el aprendizaje infantil y las influencias del estilo educativo y vincular parentofilial. Es decir que la familia influye de dos maneras, en lo genético hereditario y en el aprendizaje a través de la convivencia y de los estilos educativos o modalidades vinculares.

2.4.2 Descripción de las crisis de angustia o ataques de pánico

Siguiendo los lineamientos del DSM IV una crisis o ataque de pánico, consiste en la aparición temporal y aislada de miedo o de malestar intenso acompañada de 4 o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente, que alcanzan su máxima expresión dentro de los primeros 10 minutos y que han sido ordenados, según la frecuencia estadística de aparición, de mayor a menor:

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| 1. palpitaciones o taquicardia | } | Síntomas fisiológicos o somáticos |
| 2. sudoración | | |
| 3. temblores o sacudidas | | |
| 4. sensación de ahogo o falta de aliento | | |
| 5. sensación de atragantarse | | |
| 6. opresión o malestar torácico | } | Síntomas Cognitivos |
| 7. náuseas o molestias abdominales | | |
| 8. inestabilidad, mareo o desmayo | | |
| 9. desrealización o despersonalización | } | Síntomas fisiológicos o somáticos |
| 10. miedo a perder el control o volverse loco | | |
| 11. miedo a morir | } | Síntomas fisiológicos o somáticos |
| 12. parestesias (sensación de hormigueo) | | |
| 13. escalofríos o sofocaciones | | |

Como podemos observar, en el cuadro del pánico prevalecen los síntomas fisiológicos, somáticos o neurovegetativos sobre los cognitivos, lo cual lleva al paciente a suponer que sus síntomas clínicos son mas de índole física, por lo que es habitual que acuda a un servicio de emergencia como un cardiólogo o

cualquier otro especialista, por lo que suele iniciar un largo peregrinar por diferentes especialistas, hasta dar con el diagnóstico adecuado (Cía, 2007).

Las primeras manifestaciones del trastorno tienen una apariencia mayoritariamente somática (mareos, palpitaciones, falta de aliento, molestias precordiales, sudoración, etc.) los síntomas afectivos se caracterizan por miedo y angustia acompañados de intensa disforia, en tanto que los síntomas cognoscitivos generalmente conllevan un pensamiento catastrófico con una sensación de miedo inminente a perder el control, tener una enfermedad grave como un infarto, derrame cerebral o pérdida de conocimiento (Saiz, 2001).

Cía (2007) menciona que las crisis de pánico se clasifican en:

1. Completas o típicas (si tienen 4 o más síntomas)
2. Incompletas o de síntomas limitados (con menos de 4 síntomas)

En cuanto a las circunstancias determinantes de su aparición se pueden dividir en:

- a) Inesperadas o espontáneas.- son aquellas en las que no puede detectarse un factor causal, ocurren típicamente al comienzo del TP y pueden repetirse en cualquier momento de la enfermedad.
- b) Situacionales.- Se desencadenan por la exposición a un estímulo atemorizante y aun por la anticipación del mismo. Además de ocurrir en el TP con o sin agorafobia, pueden darse en la fobia social y en el TEPT.
- c) Mas o menos relacionadas a situaciones determinadas.- ocurren a veces, al exponer a la persona a estímulos potencialmente fobígenos, por ejemplo al viajar en un avión, aún cuando un agorafóbico puede tener o no una crisis.

2.4.3 Diagnóstico y presentación clínica del Trastorno de Angustia (Panic Disorder) según el DSM-IV TR.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades DSM-IV (APA, 1994), para diagnosticar el Trastorno de Angustia es necesaria la presencia de:

(1) crisis de angustia inesperadas recidivantes

(2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

-inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis

- preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, volverse loco)

-cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Presencia o Ausencia de agorafobia

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

2.4.4 Comorbilidad en los trastornos de angustia.

El 91% de los pacientes diagnosticados sufre al menos otro trastorno psiquiátrico: (Cia,2007)

- Trastorno Depresivo Mayor
- Fobia social
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno Obsesivo Compulsivo

-También aparecen con relativa frecuencia: hipocondría, trastornos de la personalidad y trastorno relacionado con el consumo de sustancias.

2.4.5 Tratamiento

Los tratamientos efectivos para el trastorno de pánico deben incluir medicamentos específicos, formas particulares de psicoterapia y una adecuada educación acerca del trastorno. La combinación de estos tres tratamientos produce los mejores resultados, aliviando a la gran mayoría de las personas afectadas.

El tratamiento farmacológico que más suele recomendarse es el de un antidepresivo con el apoyo de un ansiolítico. La idea es conseguir que, ante un futuro incierto, no se repitan las crisis de angustia y que desaparezcan tanto la ansiedad habitual como la ansiedad anticipatoria. En los casos en donde hay agorafobia, también habrá que intentar ver en psicoterapia, procurando eliminar las conductas evitativas que la persona adopta para defenderse del miedo a una nueva crisis y que tanto limitan su calidad de vida.

Los antidepresivos que más eficacia han demostrado en este trastorno, y que a su vez son los que mejor tolerados resultan, son los que actúan de manera más específica sobre la serotonina (ISRS, Inhibidores Selectivos de la Receptación de Serotonina). Como los antidepresivos tardan varias semanas en empezar a hacer efecto, desde el principio se suele recomendar el uso de ansiolíticos con idea de eliminar la ansiedad habitual y anticipatoria, además de proteger frente a nuevas crisis.

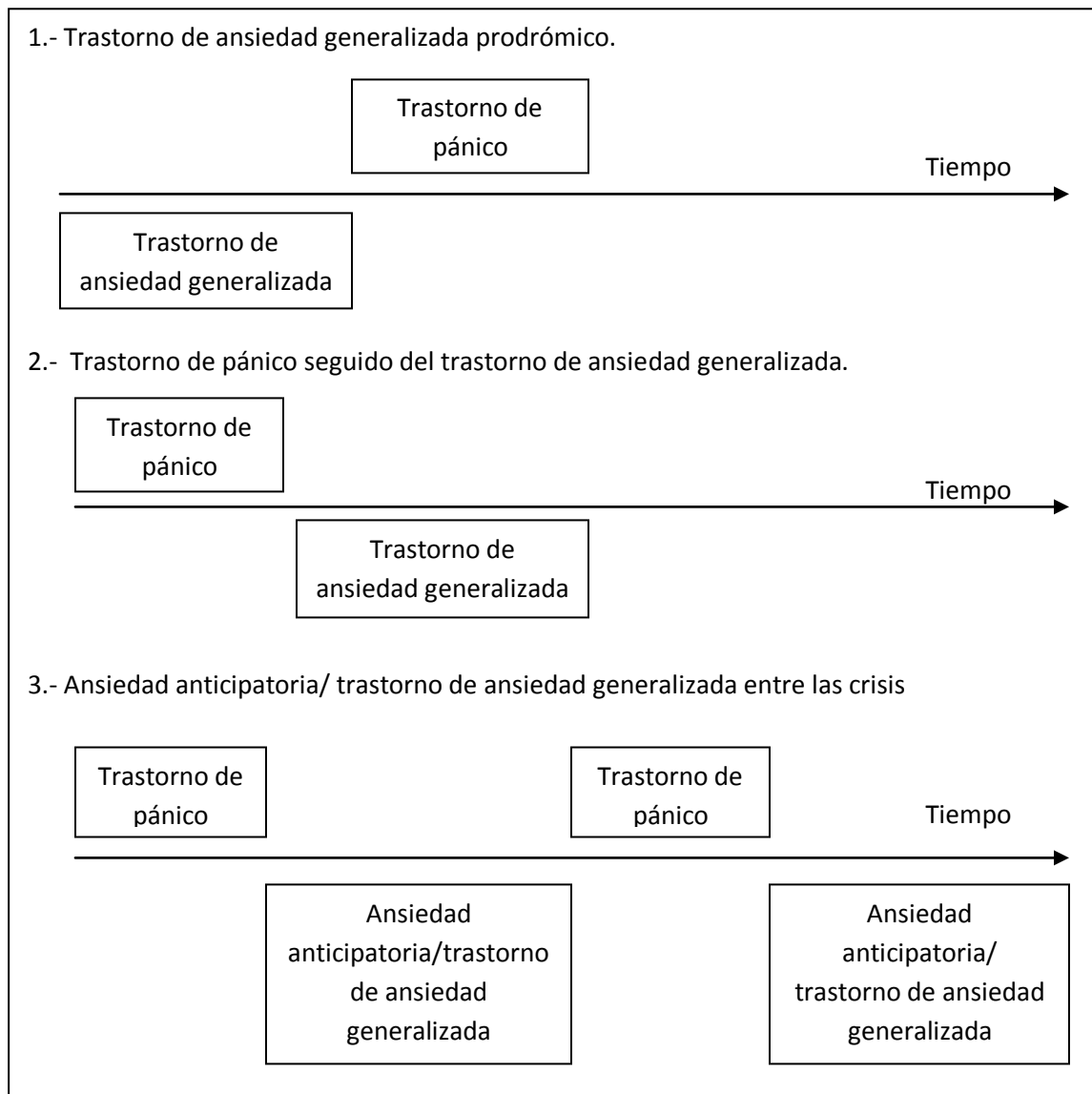
La psicoterapia más empleada para el tratamiento de dicho trastorno es la cognitivo-conductual. La parte central de la terapia conductual es ir exponiendo de manera progresiva a los estímulos o situaciones que, por asociarlos con un mayor riesgo de sufrir otra crisis de angustia, procura el paciente evitar.

La mejoría inicial generalmente se consigue en un período de tiempo breve, aproximadamente de seis a ocho semanas. Sin embargo, es necesario que se mantenga el tratamiento con medicamentos por lo menos 1 año, a fin de evitar recaídas y lograr una erradicación total de los síntomas.

2.5 Comorbilidad entre el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Angustia o pánico.

En un estudio realizado por (Massion y col.,1993) reportan que cerca de la mitad de los pacientes con diagnóstico de TAG presentan también trastorno de pánico a lo largo de su vida, mientras que (Cassano y col.,1990) muestran que el 63 % de los pacientes con trastorno de pánico se asocia con TAG.

El solapamiento de síntomas entre el trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico es frecuente, debido que existen autores que lo consideran un trastorno de pánico subclínico. Esta idea de continuum entre ambas patologías se ve apoyada por diversas constataciones clínicas. Así, en primer lugar se ha observado que en aproximadamente el 30-60% de los pacientes, el trastorno de ansiedad generalizada representa una fase prodrómica del trastorno de pánico. En segundo lugar, se ha descrito que, con frecuencia, el trastorno va precedido, en los dos meses previos de trastorno de pánico. Por último, la ansiedad anticipatoria que presentan los pacientes con trastorno de pánico es muy similar a la situación clínica experimentada por el trastorno de ansiedad generalizada.(Bobes, 2002). Lo cual podemos observar en el siguiente cuadro:



Sin embargo también existen poderosas evidencias a favor de la independencia de ambos trastornos.

2.6 Diagnóstico diferencial del Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Angustia.

Aunque el TAG y el TA se caractericen por presentar síntomas somáticos y preocupación, los síntomas neurofisiológicos del pánico se dan en forma de crisis o ataques discretos, mientras la preocupación se focaliza sobre todo en la

anticipación de un posible nuevo ataque. En el TAG los síntomas de ansiedad son más persistentes y los pensamientos preocupantes están referidos a temores cotidianos. Los pacientes con TAG refieren sufrir los mencionados componentes ansiosos durante periodos prolongados a lo largo de cada día y es más probable que experimenten la ansiedad más días de la semana que los pacientes con trastorno de pánico (Cía, 2007).

Barlow (1988), encontró que los pacientes con TAG sufrían de ansiedad el 56% del tiempo de vigilia, lo que es considerablemente más de lo que lo hacen los pacientes con trastorno de pánico, en los cuales se calculo un 16 %.

La diferencia, por lo tanto, entre el "trastorno de ansiedad generalizada" y el de "angustia o pánico" se basa en que en el primero el paciente continuamente se encuentra mal, mientras que en el trastorno de angustia, el paciente se encuentra perfectamente bien entre las crisis. Las personas con TAG si se preocupan por su salud lo hacen de forma más global que los que padecen angustia, a la vez estarían más preocupados por más cosas.

En la ansiedad generalizada las exacerbaciones pueden presentarse de forma gradual y sin amenaza de muerte , miedo a perder el control o volverse loco como ocurre en la angustia ,en la cual la ansiedad es de naturaleza inminente asociada a peligro inminente (daños, muerte o pérdida de control), es paróxica y de gran intensidad, mientras que en la ansiedad generalizada ,la ansiedad tiende a establecerse más lentamente, en ausencia de niveles altos de activación y con predominancia de preocupaciones sobre eventos futuros .

En la angustia el escape o la evitación ocurre casi de inmediato y con claridad (Barlow y Clarck), además se relaciona principalmente con situaciones, mientras que en el TAG, la conducta de evitación, es de carácter cognitivo y puede ser simplemente estar nervioso, preocupado por todo o ansioso.

El pánico tiende a manifestarse en la zona precordial, con opresión y palpitations, en el TAG las manifestaciones se registran a nivel gastrointestinal, con nauseas, vómitos etc. Según el perfil reactivo, en el pánico hay menos activación del sistema central y más síntomas de hiperactividad autónoma y en el TAG se presenta más activación del sistema central y menos síntomas de hiperactividad autónoma. Los síntomas somáticos no son un rasgo definitorio en el TAG, este se caracteriza más fiablemente a través de la tensión muscular y las preocupaciones.(Cia 2007).

Con respecto a los tratamientos, la demora en la búsqueda de los mismos es mayor en los pacientes con TAG que en los de Pánico, lo que puede atribuirse a falta de un diagnostico correcto a nivel de asistencia primaria, o a una creencia equivocada de que el problema de ansiedad en el enfermo es un rasgo permanente o una “forma de ser” y, por lo tanto, no merece tratamiento (Cía, 2007).

A continuación presentaremos un cuadro que nos permitirá resumir y diferenciar el trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno De Pánico.(Bobes, 2002).

	Trastorno de Pánico	Trastorno de Ansiedad Generalizada
Genética	Importante carga genética	Importante influencia ambiental
Edad de Comienzo	Comienzo de la tercera década	Final de la tercera década.
Síntomas	Hiperactividad Autonómica.	Vigilancia/ exploración
Cogniciones	Interpretación catastrófica de síntomas.	Excesiva preocupación acerca de las circunstancias de la vida

CAPITULO 3

PERSONALIDAD

En el presente capítulo se abordará el concepto de personalidad, enfocándonos debido al origen de nuestro estudio a la perspectiva de los rasgos descrita por varios autores, como Allport, Catell y Eysenck.

3.1 Definición del Concepto

La personalidad es el patrón de pensamientos, sentimientos y conductas que presenta una persona y que persiste a lo largo de toda su vida a través de diferentes situaciones. La personalidad se define como una colección abstracta de tendencias de respuesta (innatas o aprendidas), imposibles de observar directamente, que producen las respuestas (o partes de respuesta) que son peculiares del individuo, la personalidad de cada persona determina su conducta distintiva (Cohen, 1978).

La palabra personalidad tiene su origen filosófico en el vocablo latino persona, que designa la máscara que se ponían los actores de la Grecia antigua. Persona se compone de per (a través) y sonare (sonar), pues cada actor hablaba en público a través de la boca abierta y perforada de la máscara (Cloninger, 2003).

En Roma, Cicerón (siglo I) empleo el concepto persona en cuatro sentidos:

- 1.- La imagen que ofrecemos a los demás (no como es uno en realidad).
- 2.- El papel que tiene el comediante en la obra y que cada ser humano representa en la vida.
- 3.- La interacción de las cualidades de cada persona enfocadas a la acción.
- 4.- Como sinónimo de prestigio y dignidad.

Se han formado diversas definiciones de personalidad a lo largo del tiempo. La han conceptualizado como aspectos intelectuales, afectivos, impulsivos, volitivos y actitudes. A continuación, se mencionan algunas definiciones de personalidad dadas por algunos investigadores (Vaquero, 2005):

Allport (1937) la define como “ la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determina una forma de pensar y de actuar, única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio”.

Eysenck (1947) refiere que es “una organización más o menos estable y perdurable del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, lo cual determina su adaptación única al ambiente”

Y Catell (1950) la define como “lo que permite hacer una predicción de lo que hará una persona en una situación dada”.

Entre las características más relevantes de la personalidad, se pueden señalar las siguientes:

- Se desarrolla y cambia a través de la vida, ya que es el resultado de la interacción de la herencia genética y el ambiente del ser humano, por el aprendizaje social y las experiencias personales.
- Es la manera habitual en que se comporta la persona, donde manifiesta la globalidad de su conducta y de su experiencia.
- Es individual y social. Individual, porque cada persona es única e irrepetible; y social, ya que al ser más conscientes de nuestras acciones y respuestas vemos como nos condiciona el entorno y como somos nosotros quienes lo construimos. Lo fundamental es llegar a un equilibrio entre lo que nos une y nos diferencia.
- No tiene una existencia real, se infiere a partir de la conducta de los seres humanos. Es una abstracción que nos ayuda a ordenar la experiencia y predecir el comportamiento en situaciones determinadas.

Nuestra personalidad determina, al menos en parte, como reaccionamos ante una situación. Sin embargo las experiencias vividas influyen en nuestro comportamiento y el aprendizaje de formas de conducta más adaptativas puede hacer que no siempre nos comportemos del mismo modo (Vaquero, 2005).

3.2 La perspectiva de los Rasgos

El rasgo es un factor de análisis fundamental para el estudio de la personalidad, se considera una variable intermedia que se interpone entre un estímulo y la respuesta y que es responsable de la emisión de esta última. A continuación se describirán las teorías más relevantes acerca de la perspectiva de los rasgos.

3.2.1 Teoría Personológica de los rasgos de Allport

De acuerdo con Allport (1931), la unidad primaria de la personalidad es el rasgo el cual definió como: un sistema neuropsíquico generalizado y focalizado (peculiar al individuo), con la capacidad para hacer muchos estímulos funcionalmente equivalentes y para iniciar y guiar formas consistentes (equivalentes) de conducta adaptativa y expresiva. Los rasgos se desarrollan con la experiencia a lo largo del tiempo y cambian a medida que el individuo aprende nuevas formas de adaptarse al mundo.

Allport menciona que los rasgos podían estudiarse en forma ideográfica (rasgos individuales) o nomotética (rasgos comunes). Los primeros son poseídos por una sola persona y los segundos son compartidos por un grupo de personas, en diferente grado como los miembros de una cultura, se desprende que la gente que vive en culturas diferentes tendrán rasgos comunes distintos y también es probable que los rasgos comunes cambien a lo largo del tiempo conforme lo hacen los valores y estándares sociales. Esto nos demuestra que los rasgos comunes suelen estar sujetos a las influencias sociales, ambientales y culturales (Schultz, 2002).

En 1936 Allport y H.S Odbert realizaron un estudio en el cual listaron todas las palabras referentes a rasgos, en la edición de 1925 del Websters New Internacional Dictionary, que se emplearon para describir a cada individuo, identificando 17, 953 nombres de rasgos, clasificándolos en cuatro categorías:

- 1) Términos neutrales que designan rasgos personales (por ejemplo, “artístico”, “asertivo”).
- 2) Términos principalmente descriptivos de las actividades o estados del ánimo temporales (por ejemplo, “alarmado”, avergonzado”).
- 3) Términos ponderados que transmiten juicios sociales o de carácter de la conducta persona, o que designan influencia en los otros (por ejemplo, “adorable, necio”)
- 4) Miscelaneos: designaciones de físico, capacidades y condiciones de desarrollo; términos metafóricos y dudosos (por ejemplo, “solo”, “anglicano”).

Allport categorizaba los rasgos como cardinales, centrales o secundarios, dependiendo de qué tan extensamente influyen en la personalidad. Al principio, Allport usó el término rasgos, pero se dio cuenta que las personas entendían el concepto como cuando alguien describe a otra persona o cuando concluimos la personalidad en virtud de unos tests de personalidad, en vez de considerarlo aquellas características únicas, individuales de la persona por lo cual utilizo el concepto de disposición como sinónimo de rasgo, dividiéndolos en rasgos centrales, secundarios y cardinales (Cloninger, 2003).

Los rasgos centrales son las características que resumen la personalidad. Cuando describimos a alguien, con frecuencia usaremos palabras que se referirán a los siguientes rasgos centrales: listo, tonto, salvaje, tímido, chismoso...Gordon ha observado que la mayoría de las personas tienen entre cinco y diez de estos rasgos (Cloninger, 2003).

Los llamados **rasgos secundarios**, son menos llamativos, menos generalizados, menos consistentes y es menos común que entren en acción

que los rasgos centrales. Son tan poco notables y tan débiles que solo un amigo cercano lo notaría como por ejemplo la preferencia por tipo particular de música o por cierta comida (Schultz, 2002).

Por último los **rasgos cardinales** son tan penetrantes que dominan casi todos los aspectos de la vida de una persona, “es el rasgo eminente, la pasión dominante, el sentimiento maestro o la raíz de una vida (Allport 1937), ofreciendo ejemplos como el sadismo y el chauvinismo.

3.2.2 Teoría Analítica Factorial de los rasgos de Catell

Catell define como rasgo a “las unidades de personalidad que tienen valor predictivo”. A diferencia de Allport no consideraba que fuera necesario definir los rasgos en términos psicofísicos, debido que para él los rasgos eran conceptos abstractos, herramientas conceptuales útiles para propósitos predictivos (Cloninger, 2003).

Catell utilizó el análisis factorial para describir los rasgos de una persona que se hacen aparentes con relativa facilidad, a los que denominó rasgos de superficie. También busco mayor profundidad rasgos ocultos, los cuales sentía que eran los determinantes subyacentes de la personalidad y a los que denomino rasgos de origen.

Los rasgos superficiales: son grupos de respuestas conductuales manifiestas que parecen ir juntos, tales como la integridad, la honestidad, la autodisciplina y la seriedad. El término superficie indica que aunque “en la superficie” parece ser un rasgo, no existe evidencia de que en realidad lo sean en un sentido duradero.

Los rasgos de origen: se refiere a las variables subyacentes que parecen determinar, la manifestación superficial en este caso la fuerza del yo, es decir que tienen una influencia estructural genuina sobre la personalidad y determinan la manera en que nos comportamos.

Por lo que Catell identifico 16 rasgos origen que representan los bloques constructores de la personalidad, los cuales agrupo en la prueba de personalidad mejor conocida como 16 PF.

Catell distinguió tres tipos de rasgos: dinámicos, de temperamento y habilidad.

Los rasgos de habilidad son los que definen varios tipos de inteligencia y determinan la eficacia con la que una persona trabaja para una meta deseada. Por lo que distinguía dos tipos de inteligencia, la fluida que se refiere a un potencial innato y la inteligencia cristalizada influida por la experiencia (Cloninger, 2003).

Los rasgos de temperamento son principalmente rasgos de origen constitucionales (heredados) que determinan el estilo general con el que la persona realiza lo que hace.

Y los rasgos dinámicos son motivacionales, proporcionan la energía, la dirección para la acción (refiriéndose a los intereses).

El gran alcance de la visión de Catell, de proponer un modelo de rasgos con base empírica que pudiera abarcar todo el espectro de la personalidad, ha sido plasmado en el modelo de los Cinco Grandes, el cual afirma que existen cinco factores básicos de la personalidad; estos son: Extroversión, afabilidad, neuroticismo, rectitud y apertura.

Factor	Descripción	Facetas
Extroversión	Predice el desarrollo de las relaciones sociales	Calidez Carácter sociable Asertividad Actividad Búsqueda de excitación Emociones positivas

Afabilidad	Adaptabilidad social	Confianza Sencillez Altruismo Docilidad Modestia Bondad
Neuroticismo	Afecto negativo	Ansiedad Hostilidad Depresión Escrupulosidad propia Impulsividad Vulnerabilidad
Rectitud	Seriedad, control de impulsos y voluntad de logro	Competencia Orden Conciencia de deberes Esfuerzo por el logro Autodisciplina Deliberación
Apertura	Inteligencia, imaginación y mentalidad abierta	Fantasía Estética Sentimiento Acciones Ideas Valores

3.2.3 Teoría de los tres factores de Hans J. Eysenck

Hans Eysenck, al igual que Catell, utiliza "el análisis factorial" para derivar sus dimensiones básicas de la personalidad, propuso tres factores de personalidad basados en las diferencias biológicas entre la gente.

Factor	Bases Neurobiológicas	Características
Extroversión/ Introversión	Resultado de las diferencias en los procesos de excitación e inhibición del Sistema Nervioso	Sociabilidad Impulsividad
Neuroticismo	Mayor actividad en el Sistema Limbico ocasiona que algunas personas muestren mayor excitación emocional cuando son amenazadas o se encuentran en situaciones estresantes.	ansioso, deprimido, tenso, irracional, tímido, triste, emotivo, con baja autoestima y sentimientos de culpa
Psicoticismo	La propuesta de Eysenck respecto de las bases neurobiológicas de esta dimensión no es muy clara, y está mucho menos desarrollada que las de N y E.	agresivo, hostil, frío, egocéntrico, impersonal, impulsivo, antisocial, creativo, rígido y poco empático

Según Eysenck, el organismo humano puede ser condicionado, pero la susceptibilidad al condicionamiento está determinada genéticamente. Así mismo, a través de sus investigaciones llegó a la conclusión de que la neurosis también puede presentarse como una característica hereditaria. (Eysenck, 1982).

El Análisis Factorial es un procedimiento estadístico que permite reducir la información realizando agrupaciones de variables, en nuestro caso "los rasgos", en categorías mayores implícitas en los datos. Así se agruparán las variables en entidades superiores en función de cómo se correlacionen entre ellas. Es decir, en nuestro caso, aquellos "rasgos" que se correlacionen de manera destacable entre sí estarán explicando, o dando información, de un mismo tipo de personalidad, y por tanto podrán ser agrupados en una entidad mayor a la que llamamos "estadísticamente factor" y que corresponderá en la teoría o un tipo de dimensión. Existirán tantos tipos o dimensiones como agrupaciones de rasgos consigamos.

El MMPI, se vincula con esta teorías, dado que a partir de identificar los rasgos generales de los individuos, los agrupa e integra, lo que permite conocer el tipo de personalidad que los caracteriza.

3.3 Rasgos de la Personalidad y Trastornos de Ansiedad

Un enfoque diferente en el estudio de la ansiedad es el de la Psicología de la Personalidad. En este marco, el concepto de ansiedad ha evolucionado desde una posición inicial, basada en la noción de rasgos hasta los modelos interactivos actuales, pasando por los situacionistas. Los primeros estudios se centraron en buscar características internas que explicasen la tendencia a reaccionar con ansiedad, dando lugar a las denominadas teorías rasgo-estado. (Cattell y Scheier, 1961).

3.3.1 Rasgo de Ansiedad

El rasgo de ansiedad se define como las diferencias individuales, relativamente estables a responder con ansiedad; es decir, a la disposición para percibir estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes y la tendencia a reaccionar ante ellos con estados de ansiedad. Por el contrario, el estado de ansiedad es una condición o estado emocional transitorio del organismo, caracterizado por sentimientos de temor, nerviosismo y activación vegetativa, que se desencadena por la anticipación de un peligro potencial (Spielberger, 1970).

Sin embargo es importante mencionar que ambos factores interactúan, teniendo en cuenta que la ansiedad rasgo, ya sea a nivel elevado, medio o bajo, se da en todas las personas e interactúa con la ansiedad estado. Esta nunca se da en sentido puro, depende de las condiciones situacionales y organísticas.

El rasgo de ansiedad se refiere a la tendencia del individuo a reaccionar de forma ansiosa. Las personas con un marcado rasgo de ansiedad tienden a percibir un gran número de situaciones como peligrosas o amenazantes y a responder a estas situaciones amenazantes con manifestaciones intensas de ansiedad. Son personas que tienden a sobrevalorar los riesgos y minusvalorar sus propios recursos, impresionables, aprehensivas, que necesitan muchas señales de seguridad para tomar decisiones o sentirse tranquilas y, normalmente prefieren las situaciones previsibles a las nuevas (Baeza, 2008).

Una diferencia entre rasgo y estado de ansiedad es la duración temporal. El rasgo es relativamente estable a lo largo del tiempo; el estado, en cambio, es transitorio y fluctúa en el tiempo. La hipótesis de la estabilidad del rasgo de ansiedad ha sido confirmada en múltiples estudios que han hallado correlaciones significativas entre dos medidas de auto informe con un intervalo temporal entre ambas largo. Por ejemplo, (Usala y Hertzog, 1991) obtuvieron una correlación significativa de 0.90 con un intervalo de dos años. Así mismo,

(Calvo y Cano-Videl, 1997) hallaron una correlación de 0.84, igualmente significativa, con 90 días de separación entre los registros.

3.3.2 Rasgos de la Personalidad de las personas predispuestas a padecer Trastornos de Ansiedad

Peutifoy (2005) Describe en su libro “Anxiety, Fobias and Panic” una serie de Rasgos de la personalidad o temperamento de las personas predispuestas a padecer trastornos de Ansiedad los cuales son:

- 1) Tendencia a la dependencia o a una excesiva necesidad de aprobación.- una persona con este rasgo depende de los demás para su autoaceptación. Esto le genera un sentimiento de autorrechazo, que la hace hipersensible a las críticas y le dificulta la posibilidad de negarse a las demandas y requerimientos de los demás. Por otra parte, es particularmente susceptible a las necesidades de otros, a los que trata siempre de complacer.
- 2) Pensamiento rígido o dicotómico.- Es una tendencia a percibir los hechos de la vida, en una serie polarizada de blancos o negros, correcto o incorrectos, lo cual lo conduce a autoimponerse reglas muy rígidas. Guía sus conductas muchas veces por el deber.
- 3) Elevadas autoexigencias.- intenta imponer un nivel de perfección tanto así misma como a los demás. Esto lo lleva a estar atento a mínimas fallas, propias o ajenas o a no tolerarlas.
- 4) Gran nivel de imaginación o visualización.- Quienes sufren trastornos de ansiedad, suelen ser muy creativos para imaginar vívidamente diferentes sucesos. Pero lamentablemente, esta creatividad tiende a estar centrada hacia lo negativo, anticipa hechos atemorizantes o catastróficos que podrían ocurrir a partir de una situación dada.
- 5) Hipercontrol y supresión de la percepción de los propios sentimientos. Estas personas suelen ser rotuladas como “muy fuertes” por amigos y parientes. Como necesitan dominar todas las situaciones o los cambios

inesperados, deben suprimir los sentimientos, pues perciben que el demostrarlos podría causarles una pérdida de control o exponerlos a sufrir la desaprobación de los demás. Hay en ellos una tendencia a ignorar las propias necesidades físicas, los signos del cuerpo que indican si están cansados y necesitan reposo. Solamente notan la fatiga cuando están exhaustos.

Los rasgos mencionados anteriormente, suelen estar presentes, en cierta proporción en la mayoría de las personas, pero es la presencia exagerada de los mismos lo que tiende a ocasionar problemas. Las personas que padecen trastornos de ansiedad tienden a estar ubicadas en el extremo de uno o de varios de estos rasgos.

Algunos autores mencionan que la “**ansiedad rasgo**”(disposición a percibir situaciones como peligrosas y/o amenazantes y responder, en forma intensa y frecuente con sentimientos de preocupación, nerviosismo, preocupación y activación del sistema nervioso autónomo) es la característica de personalidad que subyace a muchos trastornos de ansiedad, debido a que se trata de una característica de personalidad con una importante carga genética y se considera que podría estar implicada en la mayor vulnerabilidad a padecer trastornos de ansiedad y depresión. Algunos trabajos estiman en un 30 % la contribución de la genética a la explicación del trastorno de ansiedad generalizada, mientras que en el Trastorno de Pánico se sitúa alrededor del 40 %. (Tsuang, 2002).

Esta predisposición heredada es altamente influenciada por el entorno (experiencias tempranas y tardías) y es así como se van modelando y creando las variaciones temperamentales, caracteriales y de vulnerabilidad a la ansiedad (Cascardo 2005).

Considerando la aportación que los factores genéticos representan para el desarrollo de problemas de ansiedad, la idea de estilos de personalidad

manifiestos desde etapas tempranas de la vida como factores predisponentes de estados de ansiedad ha aportado algunos hallazgos interesantes. Por ejemplo algunos autores han mencionado que otro rasgo que tienen en común los trastornos de ansiedad es: la evitación al daño. El cual lo relacionan con una característica temperamental que se ha observado en niños muy pequeños **“la inhibición conductual”** Este tipo de temperamento explica el desarrollo de problemas de ansiedad, supone patrones de respuesta específicos caracterizados por miedo, reticencia o restricción en el repertorio conductual de una persona al encontrarse en situaciones sociales desconocidas o poco familiares. Varios estudios han encontrado una fuerte asociación entre la manifestación de inhibición conductual en niños y la presencia de trastornos de ansiedad en padres. (Saiz,2001)

Esto coincide con otros estudios que sugieren que ciertas características de personalidad muy relacionadas con la ansiedad son el “neuroticismo” o “ansiedad rasgo” y “la inhibición conductual”.(Baeza 2008).

El neuroticismo es definido, en forma simple, como la predisposición a experimentar afecto negativo (Cia, 2007)

Baeza (2008) menciona que los trastornos de ansiedad también suelen tener en común otro rasgo de la personalidad: la evitación al daño. Las personas con un nivel alto de inhibición conductual o evitación del daño suelen evitar o mostrarse inhibidos ante estímulos novedosos o no familiares, suelen reaccionar con retraimiento (no se acercan al estímulo desconocido, se alejan de él). Muchos estudios han asociado este rasgo temperamental en los primeros años de vida con la presencia de fobia social en la infancia, la adolescencia o la adultez, Sin embargo, presentar este rasgo o temperamento no conduce invariablemente a padecer una fobia social. Las personas que presentan este trastorno de ansiedad pueden haber carecido de modelos de conducta (por ejemplo, que sus padres también son tímidos) o no haber tenido experiencias que les enseñen a comportarse de otro modo.

La evitación del daño también se ha visto asociada al Trastorno de Pánico. Algunos estudios sugieren que las personas con ataques de pánico podrían tener unos rasgos temperamentales comunes que precederían la aparición del trastorno (Baeza, 2008) como:

- 1) Miedo excesivo a padecer una enfermedad.
- 2) Hipersensibilidad a la separación: son personas dependientes, con necesidad de protección o de proteger a los suyos, muestran una marcada unión con familiares.
- 3) Dificultad para alejarse de lugares conocidos: les cuesta adaptarse a los cambios y novedades, no se suelen establecer muy lejos de su lugar de origen y de las personas que conocen.
- 4) Necesidad de seguridad: necesitan que alguien les tranquilice, les asegure que no va a pasar nada de lo que temen.

Se trata de personas muy preocupadas por la salud y la enfermedad, con una importante hipervigilancia a las sensaciones corporales.

Además de la evitación al daño, otras características de personalidad podrían actuar como predisponentes específicos del trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Las personas con este problema suelen ser perfeccionistas, rígidas e inflexibles. Son personas que dedican mucho tiempo a repetir tareas hasta que estas alcanzan la perfección, tienen problemas para adaptarse a los cambios y para adoptar diferentes puntos de vista. Su estabilidad emocional depende del control, la rutina y el orden.

Algunos autores señalan que estas características de personalidad no necesariamente preceden la aparición del trastorno. No está claro si los rasgos de la personalidad preceden del tiempo o se dan de forma simultánea a un problema de ansiedad. Incluso algunos autores afirman que algunas de estas características o rasgos podrían verse afectados por el curso del trastorno. Por ejemplo, las personas con ataques de pánico pueden volverse más aprensivas

e hipervigilantes a los síntomas físicos a consecuencia de su problema (Baeza, 2008).

Rapee (1995), mencionó que los pacientes con TAG presentan a menudo características de personalidad tales como perfeccionismo, dependencia y falta de asertividad, las cuales pueden haber sido favorecidas por haber sido educados por padres sobreprotectores, muy exigentes y/o ansiosos.

El objetivo de nuestro estudio es ver si existen rasgos de la personalidad en común en los pacientes que tienen Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Pánico, pues aunque sabemos que ambos son trastornos de ansiedad y tienen síntomas en común estos difieren en cuanto a duración, intensidad y frecuencia.

3.4 Evaluación de la Personalidad

A partir de finales del siglo XIX, los psicólogos y psiquiatras se preocuparon por crear métodos más formales que permitieran medir de manera objetiva y precisa las diferencias individuales entre los seres humanos.

Métodos Projectivos

Las pruebas proyectivas están sustentadas en la base psicoanalítica que considera que lo fundamental de la personalidad esta en el inconsciente, por lo que es necesario halar una forma de que salgan a la luz los impulsos y conflictos del inconsciente. Por medio de los tests proyectivos se le invita a la persona a que interprete lo que ve en una serie de dibujos, que son ambiguos con el fin de que el contenido del inconsciente se proyecte en el discurso del individuo (Vaquero, 2005).

Dos de las pruebas proyectivas se citan a continuación

Prueba de Rorschach.- Esta prueba fue diseñada por el alemán Herman Rorschach en 1921. Consta de una serie de 10 manchas de tinta, cinco de ellas

en color. Se pide a la persona que exprese a que se asemejan en su opinión, esas manchas y que parte de ellas está viendo. De acuerdo con las respuestas que se dan, son clasificadas por su localización.

Prueba de Apercepción Temática.- Fue elaborada por Murray Henry, que incluye series de 20 tarjetas que contienen fotografías en situaciones sugestivas, pero difusas. Se le solicita al individuo que cuente una historia señalando lo que sucedió antes y lo que ocurrirá después, además de lo que sienten, piensan y dicen los personajes.

Métodos Objetivos

Estas pruebas tienen como objetivo principal evitar la subjetividad de los tests proyectivos, los cuales se han utilizado a partir de la Segunda Guerra Mundial.

EPI de Eysenk.- Nos permite evaluar la extraversión, introversión y neuroticismo. Además tiene una escala paralela para detectar sinceridad.

Cuestionario de personalidad de Catell 16 PF.- La prueba tiene 185 preguntas destinadas a medir 16 rasgos de la personalidad. Los rasgos que evalúa son: afabilidad, razonamiento, estabilidad, razonamiento, estabilidad, dominancia, animación, atención, atrevimiento, vigilancia, abstracción, privacidad, aprensión, apertura, autosuficiencia, perfeccionismo y tensión.

Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota (MMPI/MMPI-2).- El MMPI está compuesto por 567 reactivos, realizarlo se lleva entre 60 y 90 minutos y puede tomar hasta dos horas. Se obtienen puntuaciones en 10 escalas clínicas y 4 de validez. Entre las primeras se encuentran las siguientes: hipocondriasis, depresión, hipomanía, histeria, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia e introversión social.

Los test objetivos (que a veces se llaman tests estructurales de la personalidad), en comparación con los test proyectivos, constan de preguntas fijas y precisas o ítems de tests; el sujeto debe de escoger una entre varias

respuestas preescritas (ejemplo: “Me preocupo bastante” –“Si” “No”). A veces los ítems ponderan diferencialmente. Todos los tests modernos son legados del Inventario de síntomas neuróticos, original de Robert S. Woodworth, que se usó en la selección de reclutas durante la primera Guerra Mundial. Los ítems de Woodworth, en nuestros días, aparecen y reaparecen en la proliferación de los tests contemporáneos, y reconocemos ese origen de los tests psicométricos al llamarlos inventarios (Cohen, 1978).

Existen aproximadamente trescientos tests psicométricos para la evaluación de tipos y rasgos y motivos de la personalidad: algunos miden una variable (unidimensional) para producir un puntaje único y otros miden muchas variables (multidimensionales) para producir varios puntajes (Cohen, 1978). Los tests psicométricos multidimensionales de la personalidad, y más concretamente el MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad) de Hathaway y McKinley, es de los instrumentos más utilizados (Buros, 1978).

CAPITULO 4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA MMPI-2

El MMPI es un test multidimensional de validez empírica, que contiene 566 ítems de test, para evaluar cualquiera de más de 213 variables de la personalidad en adultos y adolescentes alfabetizados. Es el test de personalidad más ampliamente administrado de todos y ha sido objeto de más de 1200 reseñas de investigación. Se ha traducido a más de 17 idiomas (Cohen, 1978).

En el presente capítulo se describirá a grandes rasgos debido al origen de nuestro estudio en Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota desde sus antecedentes de construcción del instrumento hasta su aparición y uso aquí en México, finalmente también se describirán las escalas que lo componen y que mide cada una de ellas, así como su puntuación e interpretación.

4.1 Fundamentos del MMPI

El creador de la prueba S.R Hathaway un hombre con múltiples intereses: electrónica, aprendizaje de idiomas, matemáticas, estadística, fisiología, neuroanatomía y filosofía, estudio Ingeniería en la Universidad de Ohio y más tarde Psicología. En 1929 llegó a la Universidad de Minnesota para estudiar su doctorado en Psicología, que obtuvo en 1932. Allí entro en contacto con el Dr. J.C. Mckinley, jefe de la división de neuropsiquiatría.

De acuerdo con sus estudios de fisiología y anatomía, Hathaway estaba interesado en lo que realmente ocurría en el cuerpo y creía que cualquier descubrimiento en el estudio de la personalidad tenía que estar de acuerdo con los conocimientos fisiológicos, o de lo contrario, debían revisarse los conocimientos en ambos campos. Manifestó también una resistencia hacia las teorías puras con fundamentos escasos o vagos, que consideraba como prematuras; este rechazo le decidió a dar prioridad, en su trabajo, a las técnicas de la clínica práctica, que demostraran su utilidad y posibilidades de aplicación.

Trabajando en contacto con el Dr. McKinley se dió cuenta de que podía contribuir poco a los procedimientos de diagnóstico, por lo que decidió desarrollar rutinas psicológicas aplicables a problemas médico-psiquiátricos. En aquella época el material disponible en el área de diagnóstico y pronóstico para el estudio de la personalidad era escaso. Hathaway estudio Rorschach con Klopfer y Beck, pero no tardó en desecharlo por el subjetivismo de las interpretaciones. Entre las pruebas objetivas, el Inventario de Woodworth y el cuestionario de Bernreuter, tampoco encontró un material apreciable, una por ser ya muy antigua y la otra por proporcionar escasa información fueron así mismo desechadas. La finalidad de crear una nueva prueba psicológica era ir más allá, en la obtención de información, de lo que se pudiera ir en una entrevista con el paciente, añadir nueva información, de la misma manera que ya se podía conseguir con las pruebas fisiológicas, y descubrir áreas ocultas de problemas. Los principios básicos sobre los que se construyó el MMPI, para conseguir estas finalidades fueron:

- 1) La prueba debía tener aplicación práctica en los problemas clínicos que requirieran evaluación de la personalidad, y solo en ellos.
- 2) Dado que la base para todas las decisiones acerca del diagnóstico y conocimiento de la gran variedad de padecimientos de un paciente en su propia descripción o la de otras personas, se pensó en el uso de formas verbales del tipo "Soy..." como la principal fuente para recoger información sobre el tipo y grado de enfermedad.
- 3) La prueba debería contribuir cuantitativamente, más que una entrevista, al diagnóstico del sujeto.
- 4) La prueba debía ser eficaz en su administración y tener un coste menor, en tiempo y adiestramiento profesional, que cualquier otro método diagnóstico.
- 5) Las puntuaciones debían ser simples e inequívocas.
- 6) Debían medir variables comunes y significativas en la consulta psiquiátrica.

- 7) Que pudiera utilizar directamente lo que los pacientes dijeran de sí mismos con una presentación objetiva y completa de enunciados verbales, semejantes a los que podían ser recogidos por el psicólogo en una entrevista.
- 8) Que aportara así mismo una medida de la actitud del sujeto frente a la prueba, grado de colaboración o actitud defensiva.

Con todos estos presupuestos Hathaway creyó poder construir una prueba única que pudiera reunir todas las variables diagnosticas de interés clínico. Dado a que la nosología dominante en la época era Kraepeliana, Hathaway la tomo como modelo, sirviéndose además de los conocimientos estadísticos que podían permitir conocer el valor predictivo de cada uno de los elementos que componían el cuestionario. Kraepelin (1855-1926) parte del concepto de enfermedad de Virchow e intenta identificar síndromes clínicos definidos a partir de formas de comienzo, signos, curso y terminación del trastorno psicopatológico. Para él las enfermedades serian debidas a infecciones del SNC u otras enfermedades corporales, o podrían tener su origen en una función metabólica irregular transmitida por la herencia. Kraepelin, que impulso el conocimiento el conocimiento de las enfermedades mentales con un sistema de clasificación, dio lugar a un cierto fatalismo en lo que se refiere al tratamiento de las mismas, por su concepción de las causas hereditarias imposibles de alterar: más adelante esto indujo una reacción a un sistema de clasificación, que logro introducir modificaciones en el mismo, pero no consiguió hacerlo desaparecer. La clasificación psiquiátrica ha evolucionado mucho en los últimos años, de la misma forma que la interpretación del MMPI, en la que ya no se consideran tanto las puntuaciones alcanzadas en una o varias escalas aisladas como la estructura de los perfiles y los rasgos de la personalidad que corresponden a dichos perfiles. Esto hace pensar que el valor alcanzado por las escalas fundamentales, tras la experiencia acumulada a lo largo de muchos años, podría ser el mismo a pesar de que estas hubieran sido definidas en base a otros criterios externos, distintos de la propia nosología Kraepeliana.

Por lo que se refiere al tratamiento estadístico, el autor recurrió siempre a las diferencias simples, buscando aquellos ítems que discriminaban mejor a los sujetos que pertenecían a una categoría psiquiátrica de los que pertenecían a otra o eran normales, imprimiendo al trabajo de creación de esta prueba el enfoque empírico que presidiría siempre su labor de investigación (Roig-Fuste, 1993)

4.2 Construcción de la prueba

La elaboración del MMPI fue iniciada a fines de la década de los años 1930 por Hathaway y McKinley (1940, 1951), quienes fueron motivados por sus reconocimientos de la necesidad, tanto en la investigación como en la práctica psiquiátrica clínica, de un instrumento multidimensional objetivo que ayudara a la identificación de la psicopatología (Lanyon et.al., 1977).

Dichos autores desarrollaron el MMPI como una ayuda en la tarea cotidiana de evaluar y diagnosticar a pacientes con trastornos mentales en los hospitales de la Universidad de Minnesota. Los inventarios –supuestamente objetivos- que se utilizaban en esa época estaban demasiado sujetos a teorías psicológicas de la estructura de la personalidad y se habían desarrollado con estudiantes universitarios, o median variables no relacionadas con la psicopatología; por lo que resultaban poco útiles para el trabajo de Hathaway en el servicio psiquiátrico para adultos (Lucio, 2003).

El MMPI se construyó con un enfoque empírico, por medio del cual se pretendía obtener grupos de escalas que diferenciaban entre diferentes grupos de pacientes. Este enfoque que requería determinar empíricamente reactivos que diferenciaban entre grupos diversos, es muy común ahora, pero constituía una innovación importante en la época en la que el instrumento fue construido.

Hathaway y McKinley recopilaron un conjunto amplio de posibles reactivos (alrededor de 1000), que eran en su mayoría indicadores de síntomas de trastornos mentales o de otros problemas tratados en un servicio psiquiátrico.

Compararon empíricamente las respuestas de los individuos normales con las de los grupos de pacientes bien clasificados, al fin de determinar cuales reactivos serian incluidos en una escala en particular.

Los reactivos de formularon a partir de las historias clínicas de los pacientes del hospital psiquiátrico de Minnesota, así como de lo que los mismos pacientes decían acerca de si mismos y de sus síntomas, ya que los autores de la prueba consideraban que desde el punto de vista clínico la mejor manera de saber lo que le sucede a una persona en preguntándose, aunque también es necesario considerar los síntomas que los demás observan en ellos. También utilizaron reactivos provenientes de otras escalas previamente publicadas, exámenes psiquiátricos, libros de texto de psiquiatría, y las dispusieron en un formato de autorreferencia (cierto o falso). Al final tuvieron un grupo de 1000 reactivos de entre los que seleccionaron 504 que consideraron realmente independientes uno del otro.

Cada escala fue elaborada empíricamente contrastando las respuestas de sujetos control no psiquiátricos con las de los pacientes de una categoría de diagnostico psiquiátrico particular, utilizando el sistema tradicional de diagnostico originado por la obra de Krapelin a fines del siglo XIX. Más de 800 pacientes psiquiátricos cuidadosamente estudiados constituyeron el banco de sujetos clínicos, mientras que aproximadamente 1,500 sujetos control fueron tomados de visitantes del hospital, pacientes normales del Departamento de Examen de la Universidad de Minnesota, trabajadores locales y pacientes de medicina general (Cohen, 1978).

El método usual para seleccionar los reactivos consistía en considerar un banco básico de aquellos reactivos que mostraran una diferencia de frecuencia de porcentajes estadísticamente significativa entre las respuestas del grupo criterio y los sujetos control. Los reactivos eran excluidos si la frecuencia de respuesta en ambos grupos era muy alta o muy baja, si no diferenciaba entre grupos relevantes adicionales, o si la diferencia del grupo parecía tener una base

irrelevante, como el estado civil. Los artículos que documentan la construcción y validación originales del MMPI han sido reimpresos por Welsh y Dahlstrom (1956).

Al poco tiempo de haberse desarrollado, su uso se extendió más allá de los hospitales de la Universidad de Minnesota a Clínicas psiquiátricas y hospitales de todo EUA empleándose con pacientes en diversos escenarios; medicina general, con estudiantes, adolescentes internos de correccionales, personas en unidades de tratamiento por problemas de drogadicción y alcoholismo e incluso en la evaluación del personal militar. Se aplicó también en escenarios laborales con individuos que aspiraban a algún puesto específico, a mayores responsabilidades o a actividades como las de piloto aviador, oficial de policía u operador de plantas de energía nuclear. El MMPI llegó a ser también la medida de la psicopatología más ampliamente usada en estudios psicológicos y psiquiátrico, así como en investigaciones médicas (Lucio, 2003).

4.3 Revisión del MMPI

A pesar de que el MMPI había sido el inventario más utilizado en la práctica clínica, no carecía de problemas tanto en EUA como en México y en otros países, los cuales se hicieron más evidentes con los cambios en el diagnóstico psiquiátrico, particularmente con las transformaciones en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM (American Psychological Association).

Con el tiempo, otras personas señalaron problemas en el MMPI original. Butcher (1972), junto con otros autores como Tellegen (1966) y Owen (1978), concluyeron que muchos reactivos del inventario eran obsoletos o poco convenientes, y recomendaron que el instrumento fuera revisado para eliminar estos reactivos y ampliar el conjunto incluyendo temas contemporáneos. También se cuestionó el uso de las normas originales.

Por los problemas señalados en 1982 la editorial de la Universidad de Minnesota; para lo cual constituyo un Comité de reestandarización en el que participaron James N. Butcher, W.Grant Dahlstrom, John R. Graham y Auke Tellegen, dicho comite se dio a la tarea de revisar el instrumento; como resultado de este proceso de reestandarización hubo cambios importantes en el nivel de reactivos ya que muchos sufrieron modificaciones, las cuales hicieron que el instrumento fuera más fácilmente comprensible y se actualizo el lenguaje empleado.

También se utilizo un grupo normativo más extenso y de diferentes regiones del país lo cual hizo que las normas fueran mas útiles no solo en EUA, sino en otros países, pues esta muestra normativa incluyo grupos étnicos muy diversos, cosa que no se logro con el instrumento original.

Es claro que el MMPI2 se constituyo como un mejor instrumento y más adecuado para detectar problemas emocionales en las personas. Además permite evaluar otras áreas que no se incluían en el MMPI original.

4.4 Desarrollo del MMPI en México

A finales del decenio de 1960-69, cuando los investigadores en EUA ya criticaban la versión original del inventario, el Dr. Rafael Núñez publico el MMPI en español para la población mexicana, construyendo una versión a partir de una primera versión de las frases del inventario realizado en Cuba por los doctores A. Bernal y E. Fernández. Los profesionales señalaban que había serios problemas lingüísticos y deficiencias culturales en la traducción mexicana, lo que produjo distorsiones y problemas en su interpretación. Dado que sistemáticamente se usaron las normas estadounidenses para la evaluación e interpretación del inventario, por lo general los estudios efectuados en México mostraron que los mexicanos puntuaban significativamente más alto que los estadounidenses en algunas escalas como en la de Depresión, o que las estudiantes mexicanas universitarias obtenían puntuaciones elevadas en las

escalas de Masculinidad-Femineidad. (Navarro 1971, Núñez 1987, Rivera 1991)

Debido a que el psicólogo clínico experimentado sabía que estas elevaciones no eran realmente exactas interpretaba la prueba haciendo una corrección automática a tales puntuaciones. Sin embargo, quienes tenían poca experiencia o tomaban rígidamente las puntuaciones, tomaron decisiones equivocadas con respecto a las personas que valoraron (Lucio, 2003).

En el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM se desarrollaron normas para la población de estudiantes, pero se usaban solo para investigación comparativa entre diversos grupos y no al evaluar individualmente a la persona. Aunque el MMPI fue creado con una finalidad básicamente clínica, en México sucedió lo mismo que en otros lugares del mundo, el inventario empezó a utilizarse con objetivos distintos, como selección de estudiantes y de personal. Es importante mencionar también que, dados los problemas lingüísticos que se presentaban con la versión en español del instrumento y la dificultad de lectura que evidenciaban una buena parte de la población se utilizó, en la mayoría de los casos, solamente una forma corta que incluía 370 reactivos. Lo anterior no permitió integrar en el trabajo realizado con el instrumento en México toda la investigación que se hizo en EUA acerca de las escalas suplementarias que fueron surgiendo a lo largo del tiempo. Debido a ello se considera ahora muy importante, toda vez que sea posible utilizar la versión completa del MMPI-2, lo que permita establecer con mayor detalle y fineza la validez y confiabilidad del instrumento en México (Lucio, 2003).

4.5 Escalas

El MMPI registra 3 escalas de Validez y 10 escalas clínicas básicas para la elaboración de un perfil básico. Después tiene 15 escalas suplementarias.

El contenido de los ítems varia cubriendo áreas como la salud general, afectiva, neurológica, síntomas motores, actitudes sexuales/políticas y sociales, aspectos educativos, ocupacionales, familiares y maritales y manifestaciones de conductas neuróticas y psicóticas.

En su última versión **MMPI-2** (revisión para adultos por Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989), el test se compone de 567 ítems dispuestos en 10 escalas clínicas, que exploran distintos aspectos de la personalidad, y en 3 escalas de validación, que señalan el grado de confiabilidad de las respuestas obtenidas. Si se quisieran evaluar sólo las escalas básicas, con los primeros 370 reactivos sería suficiente pero es conveniente realizarlo completo para poder valorar todas las escalas.

En esta nueva versión, se introdujeron 150 ítems nuevos y se revisaron 82 antiguos.

3 Escalas clínicas o de Validez

-L (Mentira).- sirve para evaluar la medida en que una persona quiere presentarse ante el examinador como excesivamente virtuoso. De acuerdo con Graham (2000) los individuos que obtienen un puntaje alto en L tratan deliberadamente de mostrarse en forma favorable y evitar admitir incluso las fallas menores a las que se refieren los reactivos.

-F (Incoherencia) o Validez.- Evalúa hasta que punto una persona intenta exagerar sus síntomas o problemas, atribuyéndose un excesivo número de síntomas que corresponden a diversos cuadros psicopatológicos y que, por tanto, son poco frecuentes en la población normal.

-K (Corrección) o Defensa.- Detecta la tendencia de las personas para negar psicopatología. Esta escala se utiliza como factor de corrección de cinco de las escalas clínicas Hipocondriasis (Hs), Depresión (D), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Es) e Hipomanía (Ma) y, al igual que en el MMPI original, se

utilizan diferentes fracciones de K para corregir las mencionadas escalas clínicas.

-INVER (Inconsistencia de las respuestas verdaderas).- fue desarrollada por Tellegen para el MMPI2 para evaluar la tendencia de las personas a responder en forma consistente a los reactivos de la prueba.

-INVAR (Inconsistencia de las respuestas variables).- esta escala se desarrollo para identificar a aquellas personas que contestaban en forma inconsistente los reactivos porque muchas veces en realidad no los habían leído y los respondían al azar.

10 Escalas clínicas o Básicas.- Brindan básicamente información sobre la posibilidad de estar frente a un caso con características fundamentalmente neuróticas, (Hipocondría, Depresión, Histeria de Conversión, Psicastenia); de tipo psicótico. (Paranoia, Manía, Esquizofrenia, Introversión social); y las relacionadas con la Identidad Sexual y tendencias a actuar Psicopáticamente.

-1 Hs (Hipocondriasis).- De todas las escalas la escala 1 parece ser la más homogénea y unidimensional, pues mide la tendencia del individuo a preocuparse por quejas referentes a los diversos sistemas del cuerpo, sin una base orgánica. Con respecto al contenido, los reactivos no están restringidos a un solo sistema, representan más bien quejas vagas y, por tanto, poco específicas que se refieren a malestar general como dolores, debilidad, fatiga y mala salud.

-2 D (Depresión).- Esta escala fue desarrollada para evaluar la depresión somática. El cuadro evaluado por D es aquel en el que hay un marco mental negativo y la persona se reporta como desmoralizada, sin esperanzas en el futuro, con una insatisfacción generalizada con su vida y un estado de ánimo de desconsuelo.

-3 Hi (Histeria).- dicha escala se construyo con la finalidad de tener una medida de la histeria conversiva, que hoy se conoce como trastorno conversivo. Los pacientes con trastorno conversivo a menudo manifiestan un patrón inusual de características de la personalidad en el que se incluye un desempeño social caracterizado por la negación y la extravagancia. Sin embargo, en un medio ambiente que ejerce presión o cuando las relaciones se vuelven tensas, el individuo quizá súbitamente llegue a la incapacidad por problemas físicos, usualmente vagos y de origen desconocido.

-4 Dp (Desviación Psicopática).- Mide tendencias antisociales y conducta psicopática. El contenido de los reactivos alude a problemas o dificultades con respecto a la conducta, a problemas o disgustos familiares, problemas sexuales y conflictos con la autoridad. Como es evidente el contenido de los reactivos es variado y heterogéneo, pero las calificaciones altas están correlacionadas con agresividad, impulsividad y manipulación interpersonal.

-5 Mf (Masculinidad-Feminidad: Varones).-Se desarrollo para identificar rasgos de personalidad de inversión sexual masculina. Los reactivos de esta escala cubren un rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes, y sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y pasatiempos en los que hombres y mujeres tradicionalmente difieren. El hecho de que la escala Mf se haya construido hace mucho tiempo y que los roles de género hayan cambiado tanto, contribuye a que se una de las escalas más débiles del instrumento.

-6 Pa (Paranoia).- Se desarrollo para identificar pacientes con rasgos paranoides, ideas de persecución, ideas de grandeza, suspicacia y excesiva susceptibilidad.

-7 Pt (Psicastenia).- Aunque el contenido de los reactivos se refiere a síntomas diversos como preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos o temores infundados, la escala Pt en general refleja más bien ansiedad o angustia(o emotividad negativa), así como tendencia a culparse cuando las cosas no salen bien y un esfuerzo para controlar de manera rígida los impulsos.

-8 Sc (Esquizofrenia).- Algunos de los reactivos de esta escala se refieren a conductas francamente psicóticas como delirios de persecución, ilusiones, alucinaciones y pensamiento delirante; otros aluden a alienación social, dificultades sexuales, relaciones familiares difíciles y problemas en el control de impulsos.

-9 Ma (Hipomanía).- Mide la conducta maniaca o hipomaniaca, es decir, la tendencia a actuar de manera eufórica, agresiva e hiperactiva.

-0 Si (Introversión Social).- Evalúa una dimensión bipolar de la personalidad, en la cual los puntajes elevados indican introversión social y los puntajes bajos refieren extroversión social. La elevación de la escala 0 no está relacionada con psicopatología, sino que se refiere a una característica de la personalidad denominada introversión social.

15 Escalas de Contenido.- Este tipo de escalas se alejan de la información centrada en la posible presencia de psicopatologías y permiten poder tener datos sobre áreas de problemas predominantes en una persona, (Butcher, Graham, Williams, Ben-Porath. 1990). Inicialmente, se hablaba de “ítems críticos” para referirse a estos contenidos específicos. La versión actual del MMPI-2 incluye las siguientes:

-ANX (Ansiedad).- se refiere a los síntomas de ansiedad, incluyendo tensión, problemas somáticos, dificultades para dormir, preocupaciones y falta de concentración.

-FRS (Miedos).-indican presencia de miedos específicos, que incluyen ver sangre; estar en lugares altos; manejo de dinero; temor a los animales. Implica también temor de dejar el hogar, miedo al fuego, las tormentas y desastres naturales.

-OBS (Obsesividad).- indica dificultades para tomar decisiones, conductas compulsivas como guardar o coleccionar cosas sin importancia.

-DEP (Depresión).- indica pensamientos depresivos significativos los cuales involucran sentimientos de tristeza, incertidumbre acerca del futuro y desinterés por la propia vida.

-SAU (Preocupaciones por la salud).- indica síntomas físicos en diversos órganos corporales, incluyendo síntomas gastrointestinales como náuseas, vómito, problemas estomacales, problemas neurológicos como convulsiones, mareos, desmayos, problemas en la piel, dolor de cabeza, de rodillas etc y problemas respiratorios como tos, fiebre etc.

-DEL (Pensamiento delirante).-indica alucinaciones auditivas, visuales y olfativas, además de reconocer que los pensamientos propios son extraños y peculiares.

-ENJ (Enojo).- indica problemas en el control del enojo, se consideran así mismas como irritables y gruñonas, además de impacientes, temperamentales y tercas.

-CIN (Cinismo).- indica la manifestación de ideas misantrópicas, las cuales suponen motivaciones ocultas y negativas detrás de las acciones de los demás, creen que los demás no son confiables y posiblemente mantengan actitudes negativas hacia las personas cercanas.

-PAS (Prácticas antisociales).- indican actitudes misantrópicas similares a las de CIN, problemas de conducta durante los años escolares y prácticas antisociales como robar o hurtar lo cual puede dar lugar a problemas con la ley.

-PTA (Personalidad tipo A).- indica que son personas muy trabajadoras, activas y orientadas hacia el trabajo; que frecuentemente se muestran impacientes, irritables y tensas.

-BAE (Baja autoestima).- Indica una pobre opinión de sí mismas, creen que no les agradan a los demás y que no son importantes para los otros, tienen actitudes negativas hacia ellos, incluyendo pensamientos como el no ser

atractivos, considerarse torpes, incapaces o inútiles, tienen poca confianza en sí mismos y se sienten abrumados por los defectos que ven en su persona.

-ISO (Incomodidad social).- Indica que les cuesta trabajo relacionarse con los demás y prefieren estar solos, es probable que en situaciones sociales se sientan aislados y poco integrados al grupo.

-FAM (Problemas familiares).- Manifiesta desavenencias y pleitos importantes con los miembros de su familia, a los cuales ven como desagradables y poco afectuosos.

-DTR (Dificultad en el Trabajo).- Indica conductas o actitudes que provocan un desempeño laboral pobre

-RTR (Rechazo al tratamiento).- Manifiesta actitudes negativas hacia los médicos y el tratamiento de salud mental. No creen que alguien pueda comprenderlos y ayudarlos.

Las Escalas Suplementarias.-Se ofrece un número de escalas adicionales que sirven de ayuda para la interpretación de las escalas clínicas o básicas y aumentar la cobertura de problemas y de trastornos clínicos. Incluimos en este rubro las escalas denominadas:

-A (Ansiedad).- Las calificaciones altas en esta escala reflejan angustia, ansiedad, inconformidad y problemas emocionales amplios. Las puntuaciones altas se dan en sujetos que tienden a ser inhibidos. Con un control exagerado se sus impulsos. Estas personas son además incapaces de tomar decisiones, inseguras y sumisas. Por otra parte son perturbadas fácilmente en situaciones sociales. Por el contrario las puntuaciones bajas reflejan ausencia de angustia emocional. Las personas con puntuaciones bajas, tienden a ser, además, enérgicas, competitivas y socialmente extrovertidas y generalmente prefieren la acción a la reflexión.

-R (Represión).- Las personas que tienen puntuaciones altas en esta escala , tienden a ser personas convencionales y sumisas, que se esfuerzan por evitar disgustos o situaciones desagradables. Las personas con puntuaciones bajas se muestran desinhibidas, enérgicas y expresivas. Pueden ser poco formales, astutas, agresivas y dominantes en sus relaciones con otros.

-Fyo (Fuerza del Yo).- Fue desarrollada por Barro (1953), para evaluar específicamente, la capacidad de un individuo para beneficiarse de una psicoterapia individual o de grupo. Las puntuaciones altas se asocian con espontaneidad, buen contacto con la realidad, sentimientos de suficiencia personal y buen funcionamiento físico, con capacidad para solucionar y manejar el estrés, así como recuperarse de los problemas. Las personas con puntuaciones bajas tienden a manifestar inhibición, malestares físicos y sentimientos de incapacidad para manejar la presión de su ambiente. Además pueden tener un pobre concepto de sí mismo y dificultades para adaptarse ante situaciones problemáticas.

-MAC-R (Alcoholismo de Mc-Andrew).- Las investigaciones con esta escala sugieren que las puntuaciones elevadas pueden estar asociadas con la propensión a la adicción en general, más que con la tendencia al alcoholismo solamente. Las puntuaciones crudas de 28 o más sugieren que se abusa marcadamente de las sustancias. Las puntuaciones entre 24 y 27, sugieren que se abusa, en cierto modo de sustancias y las puntuaciones por debajo de 24 indican ausencia del problema de abuso de sustancias.

-Hr (Hostilidad reprimida).- Las puntuaciones elevadas en esta escala son características de personas que tienden generalmente a responder apropiadamente, a la provocación pero que ocasionalmente muestran respuestas de agresión exagerada sin irritación aparente. Se dispone de poca información en cuanto a puntuaciones bajas. Se puede tratar, inclusive de personas crónicamente agresivas o individuos que expresan bastante agresión.

-Do (Dominancia).- Las puntuaciones altas se asocian con equilibrio, confianza, y seguridad en sí mismos e iniciativa social; así mismo perseverancia, resolución y liderazgo de grupo. Las personas con puntuaciones bajas tienden a ser sumisas, poco enérgicas y fácilmente se dejan sugestionar por otros individuos. Además carecen de confianza en sí mismas y sienten que manejan sus problemas inadecuadamente.

-Rs (Responsabilidad Social).- Los sujetos con puntuaciones altas tienden a conceptuarse a sí mismos y a ser percibidos por otras personas, como decididos a aceptar las consecuencias de su propia conducta. De igual manera se les considera dignos de confianza y personas íntegras, con sentido de responsabilidad para con el grupo. Por el contrario las personas con puntuaciones bajas en esta escala no pueden verse a sí mismas, ni ser percibidas por otras, como dispuestas a aceptar las consecuencias de su propio comportamiento. Estas últimas son personas carentes de responsabilidad, poco dignas de confianza, además faltas de integridad y con un pobre sentido de responsabilidad para con el grupo.

-EPK y EPS (Escala de desorden de Estrés Postraumático).- Las puntuaciones altas en esta escala nos indica que las personas tienden a presentar síntomas de trastorno por estrés postraumático en la cual se incluyen angustia emocional intensas, así como ansiedad y alteraciones en el sueño, sienten culpa y depresión por sus experiencias y manifiesten tener pensamientos intrusivos no deseados, también puede que sientan que han perdido el control sobre sus sentimientos y pensamientos por lo que expresan sentimientos de no ser comprendidos y considerados por los demás, debido a las situaciones estresantes que ha vivido.

-Is1 (Timidez).- Indica que las personas pueden mostrarse tímidas con los demás, apenarse fácilmente, molestas en situaciones sociales e incómodas en situaciones nuevas.

-Is2 (Evitación Social).- Indica disgusto y repudio a las actividades en grupo y al estar en multitudes, por lo que estos sujetos evitan el contacto con otras personas.

-Is3 (Evitación social y Alienación).- Esta escala indica baja autoestima y poca confianza autocrítica, cuestionamiento del juicio propio y sentimientos de incapacidad para determinar el propio destino. Las personas con puntuaciones altas reflejan nerviosismo, temores e indecisión. Además, las altas indican desconfianza con respecto a los demás.

4.6 Puntuación e interpretación

Como muchos tests estandarizados, las puntuaciones obtenidas en las diversas escalas del MMPI-2 no son representativas de que tan "bien" o "mal" está alguien que ha hecho el test. Los resultados se comparan con los resultados de un grupo normativo estudiado. Las puntuaciones brutas o puntuaciones directas son transformadas en una medida estandarizada conocida como puntuaciones T (media 50, desviación típica 10), haciendo su interpretación más sencilla. La puntuación T obtenida indica la probabilidad que tiene la persona de presentar una patología, no necesariamente su grado de intensidad. Se han logrado interpretaciones más precisas y acuciosas al analizar los patrones escalares de respuestas, lo que sin embargo resulta mucho más complejo y requiere de mayor experticia en el manejo del test.

CAPITULO 5

METODOLOGIA

5.1 Planteamiento del Problema

¿Existen diferencias significativas en características de la personalidad en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada y pacientes con Trastorno de Angustia?

5.2 Tipo de Estudio

El empleado en la investigación es de tipo exposfacto debido a que el investigador no manipula la variable independiente solo evalúa efectos, es decir, las variables consideradas existían anticipadamente a la elaboración del estudio. En este tipo de estudio no se construyó ninguna situación sino que se observaron situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente.

5.3 Objetivo General

Describir las características de personalidad de dos grupos de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Angustia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente e identificar si existen diferencias significativas de acuerdo a la prueba MMPI-2 entre ambos grupos.

5.4 Planteamiento de la Hipótesis

Hipótesis de trabajo (HI)

Existen diferencias significativas en los rasgos de personalidad medidos por las escalas MMPI2 en los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia.

Hipótesis Nula (HO)

No existen diferencias en las escalas MMPI2 en los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia.

5.5 Identificación de variables

Variable dependiente: Rasgos de personalidad

Variable Independiente: Tipo de trastorno de Ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de Pánico)

Definición de variables

Rasgos de la personalidad: “Patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales”.

Trastorno de Ansiedad Generalizada: es una enfermedad que comprende una preocupación excesiva e incontrolable, durante seis meses como mínimo, sobre dos o más aspectos de la vida del individuo, provocándole interferencias en su habilidad para desempeñarse normalmente.

Trastorno de Pánico: consiste en la aparición de crisis de ansiedad caracterizada por un intenso sentimiento de aprehensión y amenaza inminente que se presenta de forma espontánea y que está asociada con una amplia sintomatología física que puede ser neurológica, gastrointestinal, cardíaca o pulmonar.

5.6 Población

La población que participó en el estudio fueron 30 pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría, los cuales se fueron captando en un periodo de 6 meses. Se incluyeron 15 pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada y 15 con Trastorno de Angustia, los cuales cumplían con los siguientes criterios de inclusión:

-Que tuvieran el diagnóstico establecido por un médico psiquiatra de dicho Instituto de trastorno de ansiedad según la cuarta edición del Manual

Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV; American Psychiatric Association 1994).

- Que fueran a iniciar Terapia de grupo para el manejo del trastorno de ansiedad en el Instituto.

- Que aceptaran participar en el estudio

- Edad de 18 años en adelante

- Habilidad de lectura de segundo de secundaria

Los criterios de exclusión fueron: que hubiesen empezado ya la terapia de grupo para manejo del trastorno de ansiedad.

Así, a partir de la identificación de estas características, la población quedó distribuida de la siguiente manera: 15 pacientes fueron clasificados con Trastorno de Ansiedad Generalizada, 15 con Trastorno de Angustia, y 2 sin un diagnóstico establecido pero con crisis de angustia. Es importante mencionar que todos nuestros sujetos no tienen un diagnóstico puro como tal sino que todos ellos se encuentran en comorbilidad con algún otro trastorno, la mayoría de ellos con depresión.

5.7 Instrumento: Se utilizó el Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota MMPI-2, el cual se describió en el capítulo anterior.

5.8 Procedimiento

Para la recolección de datos se utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota MMPI-2 en español, la cual se aplicó como lo indica el manual en una sola sesión.

El primer paso de esta investigación fue solicitar el permiso en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz para poder tomar una muestra con pacientes de dicho Instituto y que de igual modo nos proporcionaran tiempo y facilidades para la aplicación de la prueba MMPI-2.

Posteriormente en la primera sesión de la Terapia de Grupo se convocó con los pacientes su participación voluntaria en la realización del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota MMPI2, explicándoles que los resultados de dicho inventario nos ayudarían a un estudio de investigación en el cual buscábamos ver si existían diferencias en las escalas MMPI2 en los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia. Las cuales miden los rasgos de la personalidad y que de igual modo esta prueba nos ayudaría a nosotros como terapeutas a evaluar características de su personalidad que nos ayudaran a obtener más información acerca de su padecimiento y de ese mismo modo orientarnos de una mejor manera en cuanto a su tratamiento. De igual modo se les ofreció darles una retroalimentación acerca de los resultados obtenidos que se les dio al finalizar la terapia de grupo. Posteriormente se estableció día y fecha para la realización de la misma debido a que no todos podían en los mismos horarios o en el mismo día, haciendo hincapié en que era un prueba un poco extensa que requeriría de dos horas para que pudieran contestarlo con tiempo y sin prisa, por lo que la prueba se realizó en subgrupos de 2 a 3 personas en diferentes horarios y fechas.

El día de la aplicación de la prueba se les llevó al salón en el cual se imparte la Terapia de Grupo la cual contaba con una mesa amplia, sillas, muy buena iluminación y ventilación, con escasez de ruido interno y externo, lo cual nos favoreció para la aplicación de nuestro instrumento pues las condiciones en las que se aplicó fueron cómodas para los sujetos, debido a que era un inventario muy extenso en el cual se llevarían más de una hora en contestar.

Posteriormente se les pidió que se pusieran cómodos debido a que se llevarían un buen tiempo en contestarla, después se les entregó a cada participante una hoja de respuestas, un cuadernillo de aplicación, un lápiz del número dos y un borrador. Se les pidió que anotaran sus apellidos y nombre completos, fecha de aplicación, escolaridad, ocupación, sexo, estado civil y edad. Y se procedió a leer las instrucciones del cuadernillo de aplicación en voz alta, y una vez leídas se hicieron algunas aclaraciones como que debían intentar contestar de forma espontánea sin pensar demasiado la respuesta y leer cuidadosamente cada una de las frases. También se hizo hincapié en que solo se puede dejar de contestar una frase cuando se trate de algo desconocido o de algo que no se aplique a su caso, pero que esto es muy raro porque en general se trata de actividades cotidianas que aplican a casi toda persona. De igual modo se les dijo que si tenían alguna duda con algún reactivo, se la preguntaran al aplicador, el cual se quedó durante todo el tiempo de la realización de la prueba para supervisar y para cualquier aclaración.

Finalmente se procedió a la calificación de cada una de las pruebas con el Software MMPI-2 estandarizado para México en el cual se meten las respuestas F o V, de cada inventario, se selecciona el sexo y nos da las puntuaciones de las escalas básicas, complementarias y suplementarias. Posteriormente a mano se graficaron dichos puntajes en cada escala para obtener los puntajes T y poder realizar el diagnóstico correspondiente.

CAPITULO 6

RESULTADOS

Una vez aplicado el MMPI a los 30 sujetos de investigación se clasificaron en dos grupos. El primero estuvo formado por 15 sujetos con Trastorno de Ansiedad Generalizada, y el segundo grupo con 15 sujetos con Trastorno de Angustia.

Una vez teniendo los puntajes en bruto que arrojó el Software MMPI2 estandarizado para México, se procedió a sacar los puntajes T de cada uno de ellos mediante las Tablas de puntuaciones T de la muestra normativa mexicana, en la cual se obtuvieron los siguientes resultados:

Pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada

Escalas Básicas

	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
1	68	66	34	64	77	63	58	51	59	66	63	50	72
2	36	74	43	76	58	76	46	34	47	57	64	61	58
3	63	48	50	43	64	38	53	32	41	49	38	39	59
4	72	60	47	81	94	84	66	27	57	83	70	37	73
5	40	85	30	61	75	63	63	64	70	91	99	55	79
6	40	88	30	67	81	61	69	51	87	87	95	74	67
7	36	88	35	67	71	59	81	34	84	83	93	55	84
8	54	110	35	90	69	86	81	45	97	79	108	82	65
9	36	119	30	76	69	71	79	45	97	87	119	79	65
10	54	63	41	74	71	73	66	37	74	75	81	55	50
11	54	65	37	56	79	71	56	37	77	81	79	55	61
12	40	74	37	83	75	88	69	56	74	83	90	69	58
13	54	74	41	81	96	88	76	61	80	95	79	50	63
14	50	68	47	65	88	69	79	13	80	87	83	50	78
15	68	57	52	47	54	50	53	59	57	63	49	42	52

Escalas de Contenido

Paciente	ANS	MIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR
1	71	47	64	77	71	55	62	73	58	50	76	69	51	79	60
2	68	48	53	57	75	49	52	49	61	62	62	51	55	61	56
3	60	47	44	53	47	55	49	52	50	57	47	54	64	56	46
4	85	67	63	63	66	52	66	45	44	61	55	75	62	81	66
5	82	80	81	97	79	62	70	64	48	66	89	69	69	91	86
6	88	56	81	98	72	83	66	75	55	74	87	67	69	83	86
7	79	52	81	72	72	72	73	60	64	60	77	72	79	76	75
8	82	74	78	93	88	79	78	56	52	66	79	53	84	91	86
9	88	56	85	99	86	97	83	79	89	70	87	77	82	89	97
10	68	56	53	76	81	52	66	49	48	51	62	44	55	52	66
11	74	56	67	80	73	65	62	44	50	43	65	44	52	76	63
12	82	74	78	84	92	79	78	45	52	56	67	59	69	82	75
13	79	64	78	84	76	49	58	49	45	44	79	57	59	83	69
14	71	48	59	103	62	37	78	44	37	48	71	66	77	84	80
15	62	56	59	53	49	52	47	52	48	61	47	46	52	54	56

Escalas Suplementarias

	A	R	FyO	MAC	Hr	Do	Rs	Dpr	GM	GF	EPK	EPS	Is1	Is2	Is3
1	77	65	23	50	53	24	37	71	39	40	68	78	77	50	67
2	56	53	32	50	45	53	47	67	42	40	58	61	41	52	54
3	55	43	59	38	45	59	59	55	54	52	45	47	59	52	51
4	67	71	26	24	49	39	53	82	35	55	71	77	65	80	54
5	84	56	15	41	45	25	41	83	16	55	95	96	65	63	80
6	86	43	22	41	38	36	32	82	32	34	96	95	70	58	77
7	77	51	21	44	52	27	32	82	20	40	89	86	65	80	68
8	74	53	24	47	42	28	35	83	26	43	90	92	47	69	68
9	86	33	19	83	38	27	19	88	34	13	101	100	67	58	77
10	67	51	32	64	45	52	44	70	37	58	65	81	47	46	54
11	73	63	30	47	45	27	32	75	30	46	79	78	47	46	63
12	69	48	20	55	45	42	44	80	22	43	79	85	50	80	63
13	73	63	15	44	38	39	44	83	32	43	85	83	53	69	63
14	73	66	21	38	56	36	59	86	27	64	87	81	62	69	63
15	56	48	46	41	49	49	50	57	51	40	52	56	47	41	51

Pacientes con Trastorno de Angustia

Escala Básica

	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
1	68	82	47	83	84	82	58	53	64	89	86	47	73
2	65	63	40	79	93	73	51	51	75	78	80	53	83
3	40	60	35	72	58	69	58	37	47	55	61	50	63
4	63	63	45	52	62	67	56	37	57	71	54	74	45
5	50	85	37	79	73	84	69	37	74	71	88	79	57
6	59	51	62	85	83	88	74	53	53	67	54	44	51
7	36	51	35	54	56	61	58	45	67	61	51	55	62
8	59	46	54	45	49	43	38	53	44	53	48	33	64
9	50	71	35	83	88	71	81	48	80	89	99	52	76
10	45	63	42	62	69	65	61	55	69	94	76	55	54
11	68	80	52	76	77	71	66	61	84	97	106	58	61
12	45	100	30	45	87	73	86	51	72	84	96	46	88
13	36	63	45	81	66	67	63	45	50	77	83	69	44
14	49	54	40	43	52	47	58	55	53	52	38	48	71
15	53	63	54	62	57	63	56	51	46	58	51	50	51

Escala de Contenido

	ANS	MIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR
1	76	87	67	78	86	65	66	52	50	70	84	75	55	76	86
2	66	73	58	72	90	37	48	52	44	59	69	71	55	57	60
3	82	48	59	63	75	52	52	52	53	54	58	59	57	61	66
4	62	43	56	61	55	49	55	45	44	54	47	41	55	52	46
5	85	56	70	61	84	55	66	49	50	79	53	59	79	74	58
6	62	50	50	59	70	49	47	46	46	42	43	52	47	49	49
7	65	67	70	61	64	44	66	61	46	70	60	54	50	76	66
8	52	64	53	45	47	37	44	44	48	35	53	52	43	55	56
9	88	67	78	93	81	69	70	68	60	74	82	67	74	87	83
10	76	73	67	79	66	58	72	46	50	53	62	61	62	61	55
11	68	64	47	68	72	65	52	44	42	61	65	64	59	70	66
12	88	70	81	89	80	68	79	69	62	71	85	73	93	99	83
13	68	50	70	65	75	58	66	52	60	51	67	44	57	76	66
14	54	47	52	56	48	52	62	47	50	48	47	71	60	55	53
15	53	68	52	51	52	43	51	47	46	56	51	69	48	39	47

Escalas Suplementarias

	A	R	FyO	MAC	Hr	Do	Rs	Dpr	GM	GF	EPK	EPS	Is1	Is2	Is3
1	74	66	15	64	45	28	44	70	26	31	79	77	62	80	63
2	68	68	27	43	43	22	48	72	26	53	72	72	70	72	64
3	67	56	38	38	42	44	56	64	51	52	68	71	44	69	63
4	60	48	40	58	52	52	53	59	60	55	53	55	38	46	57
5	64	48	32	36	35	45	47	72	35	52	76	77	44	58	66
6	48	63	44	38	59	59	59	60	44	46	55	55	44	63	48
7	66	51	44	44	38	45	44	65	32	58	63	53	47	58	68
8	55	63	50	36	49	35	50	52	34	61	45	46	62	52	48
9	84	43	21	44	49	32	32	86	20	58	85	90	67	63	71
10	71	40	27	45	46	27	27	81	37	37	80	93	45	61	61
11	66	53	23	53	56	32	38	73	39	40	84	75	70	46	63
12	86	43	27	40	27	31	32	89	26	43	91	87	80	56	80
13	70	41	38	50	38	38	27	72	44	24	68	74	38	41	66
14	57	47	50	53	46	48	42	56	55	69	57	61	67	77	58
15	46	54	44	38	49	58	42	54	48	53	54	55	58	56	43

Con los datos obtenidos en el apartado anterior, se procedió a aplicar la prueba estadística t de student. La t de student es una distribución de probabilidad que surge para estimar la media de una población normalmente distribuida cuando el tamaño de la muestra es pequeño. Esto se realizó con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) que es un programa estadístico informático muy usado en las ciencias sociales y las empresas de investigación de mercado. Originalmente el SPSS fue creado como el acrónimo de Statistical Package for the Social Sciences. Ayuda al cálculo de varias medidas u operaciones estadísticas, por lo que este programa computarizado se utilizó para calcular la t de student de los grupos de cada uno de los rasgos.

Mediante la prueba t de student para dos muestras independientes se compararon los rasgos de la personalidad (puntajes T) de los 2 grupos en el cual se obtuvieron los siguientes resultados:

Grupo 1. Sujetos con Trastorno de Ansiedad Generalizada

Grupo 2.- Sujetos con Trastorno de Pánico.

Escala s Básicas

Estadísticos de grupo

TRASTORNO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
L 1.00	15	51.0000	12.64346	3.26453
2.00	15	52.4000	10.92049	2.81966
F 1.00	15	75.9333	19.34819	4.99568
2.00	15	66.3333	14.80187	3.82183
K 1.00	15	39.2667	7.31404	1.88848
2.00	15	43.5333	8.94321	2.30913
Hs 1.00	15	68.7333	13.33345	3.44268
2.00	15	66.7333	15.61349	4.03138
D 1.00	15	74.7333	11.89518	3.07132
2.00	15	70.2667	14.43936	3.72823
Hi 1.00	15	69.3333	14.30618	3.69384
2.00	15	68.2667	12.16239	3.14032
Dp 1.00	15	66.3333	11.38713	2.94014
2.00	15	62.2000	11.89358	3.07091
Mf 1.00	15	43.0667	14.23510	3.67549
2.00	15	48.8000	7.27226	1.87769
Pa 1.00	15	72.0667	16.87969	4.35832
2.00	15	62.3333	13.18368	3.40401
Pt 1.00	15	77.7333	13.21507	3.41212
2.00	15	73.0667	15.28055	3.94542
Es 1.00	15	80.6667	21.60578	5.57859
2.00	15	71.4000	21.53336	5.55989
Ma 1.00	15	56.8667	13.80924	3.56553
2.00	15	54.2000	11.93554	3.08174
Is 1.00	15	65.6000	9.94844	2.56868
2.00	15	62.8667	13.23883	3.41825

Escalas de Contenido

Estadísticos de Grupo

TRASTORNO		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
ANS	1.00	15	75.9333	8.97987	2.31859
	2.00	15	69.6667	12.34427	3.18728
MIE	1.00	15	58.7333	10.70024	2.76279
	2.00	15	61.8000	12.33578	3.18508
OBS	1.00	15	68.2667	12.88669	3.32733
	2.00	15	62.0000	10.58975	2.73426
DEP	1.00	15	79.3333	17.11168	4.41822
	2.00	15	66.7333	13.37090	3.45235
SAU	1.00	15	72.4667	12.84449	3.31643
	2.00	15	69.6667	13.98809	3.61171
DEL	1.00	15	62.5333	16.27824	4.20302
	2.00	15	53.4000	10.51394	2.71469
ENJ	1.00	15	65.9333	11.15774	2.88092
	2.00	15	59.7333	10.53882	2.72111
CIN	1.00	15	55.8667	11.88557	3.06884
	2.00	15	51.6000	8.15738	2.10623
PAS	1.00	15	53.6000	11.98094	3.09346
	2.00	15	50.0667	6.21595	1.60495
PTA	1.00	15	58.0667	9.14539	2.36133
	2.00	15	58.4667	12.40891	3.20397
BAE	1.00	15	70.0667	13.71895	3.54222
	2.00	15	61.7333	13.65109	3.52470
ISO	1.00	15	60.9333	10.57940	2.73159
	2.00	15	60.8000	10.54379	2.72239
FAM	1.00	15	65.2667	11.39214	2.94144
	2.00	15	59.6000	13.21147	3.41119
DTR	1.00	15	76.0667	13.43485	3.46886
	2.00	15	65.8000	15.80325	4.08038
RTR	1.00	15	71.1333	14.08579	3.63694
	2.00	15	62.6667	12.95964	3.34617

Escalas Suplementarias

Estadísticos de grupo

TRASTORNO		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
A	1.00	15	71.5333	10.17607	2.62745
	2.00	15	65.4667	11.32549	2.92423
R	1.00	15	53.8000	10.33164	2.66762
	2.00	15	52.2667	9.25409	2.38939
FyO	1.00	15	27.0000	11.85628	3.06128
	2.00	15	34.6667	10.93923	2.82450
AMAC	1.00	15	47.1333	13.31952	3.43908
	2.00	15	45.3333	8.54122	2.20533
HR	1.00	15	45.6667	5.44671	1.40633
	2.00	15	44.9333	8.24159	2.12797
Do	1.00	15	37.5333	11.44469	2.95501
	2.00	15	39.7333	11.44219	2.95436
Rs	1.00	15	41.8667	11.03156	2.84834
	2.00	15	42.7333	9.98904	2.57916
Dpr	1.00	15	76.2667	10.20831	2.63577
	2.00	15	68.3333	11.26097	2.90757
GM	1.00	15	33.1333	10.61580	2.74099
	2.00	15	38.4667	11.74045	3.03137
GF	1.00	15	44.4000	12.04634	3.11035
	2.00	15	48.8000	11.98332	3.09408
EPK	1.00	15	77.3333	16.93545	4.37271
	2.00	15	68.6667	13.82889	3.57060
EPS	1.00	15	79.7333	14.97363	3.86617
	2.00	15	69.4000	14.58375	3.76551
Is1	1.00	15	57.4667	10.71625	2.76692
	2.00	15	55.7333	13.54077	3.49621
Is2	1.00	15	60.8667	13.17393	3.40149
	2.00	15	59.8667	11.30655	2.91934
Is3	1.00	15	63.5333	9.53839	2.46280
	2.00	15	61.2667	9.51290	2.45622

Los datos obtenidos fueron comparados con los valores críticos para la distribución t de student con un grado de libertad de 28 y un intervalo de confianza de 0.95, que resultó ser de un valor tabulado de 1,7011.

Considerando las hipótesis planteadas, se procedió a la contrastación de datos, a partir de las siguientes premisas:

Si mi puntaje $t < 1,7011 = H_0$ Se Rechaza

Si mi puntaje $t > 1,7011 = H_1$ Se Acepta

Con ello, se obtuvieron los siguientes resultados, marcando con color gris aquellas escalas en las que se acepta la hipótesis de investigación

Tabla1

Escalas Básicas

Escalas	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	H ₀
L	-.325	28	.748	-1.40000	Se rechaza
F	1.526	28	.138	9.60000	Se rechaza
K	-1.430	28	.164	-4.26667	Se rechaza
Hs	.377	28	.709	2.00000	Se rechaza
D	.925	28	.363	4.46667	Se rechaza
Hi	.220	28	.827	1.06667	Se rechaza
Dp	.972	28	.339	4.13333	Se rechaza
Mf	-1.389	28	.176	-5.73333	Se rechaza

Pa	1.760	28	.089	9.73333	Se acepta
Pt	.895	28	.379	4.66667	Se rechaza
Es	1.177	28	.249	9.26667	Se rechaza
Ma	.566	28	.576	2.66667	Se rechaza
Is	.639	28	.528	2.73333	Se rechaza

Escalas de Contenido

Escalas	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	HI
	ANS	1.590	28	.123	6.26667
MIE	-.727	28	.473	-3.06667	Se rechaza
OBS	1.455	28	.157	6.26667	Se rechaza
DEP	2.247	28	.033	12.60000	Se acepta
SAU	.571	28	.573	2.80000	Se rechaza
DEL	1.825	28	.079	9.13333	Se acepta
ENJ	1.565	28	.129	6.20000	Se rechaza
CIN	1.146	28	.261	4.26667	Se rechaza
PAS	1.014	28	.319	3.53333	Se rechaza
PTA	-.100	28	.921	-.40000	Se rechaza

BAE	1.668	28	.107	8.33333	Se rechaza
ISO	.035	28	.973	.13333	Se rechaza
FAM	1.258	28	.219	5.66667	Se rechaza
DTR	1.917	28	.065	10.26667	Se Acepta
RTR	1.713	28	.098	8.46667	Se Acepta

Escalas Suplementarias

Escalas	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Hi
	A	1.543	28	.134	6.06667
R	.428	28	.672	1.53333	Se rechaza
FyO	-1.841	28	.076	-7.66667	Se acepta
AMAC	.441	28	.663	1.80000	Se rechaza
HR	.288	28	.776	.73333	Se rechaza
Do	-.526	28	.603	-2.20000	Se rechaza
Rs	-.226	28	.823	-.86667	Se rechaza
Dpr	2.022	28	.053	7.93333	Se acepta
GM	-1.305	28	.203	-5.33333	Se rechaza
GF	-1.003	28	.324	-4.40000	Se rechaza

EPK	1.535	28	.136	8.66667	Se rechaza
EPS	1.915	28	.066	10.33333	Se acepta
Is1	.389	28	.700	1.73333	Se rechaza
Is2	.223	28	.825	1.00000	Se rechaza
Is3	.652	28	.520	2.26667	Se rechaza

En lo que respecta a los datos estadísticos se demuestra que:

Hipótesis de trabajo (H1)

Existen diferencias significativas en los rasgos de personalidad medidos por las escalas MMPI2 en los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia

Hipótesis Nula (H0)

No existen diferencias en las escalas MMPI2 en los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia

Como puede observarse, los rasgos de personalidad que difieren entre los dos grupos de Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Angustia son: en las Escalas Básicas: Paranoia, Escalas de contenido: Depresión, Pensamiento Delirante, Dificultad en el trabajo, Rechazo al tratamiento y en las Escalas Suplementarias: Fuerza del Yo, Desajuste Profesional, Estrés postraumático. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H0).

A partir de los resultados obtenidos, puede decirse que el Trastorno de Ansiedad Generalizada y en el Trastorno de Angustia tienen muchos rasgos de la personalidad en común respecto a lo obtenido en las escalas del MMPI-2, sin embargo también se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

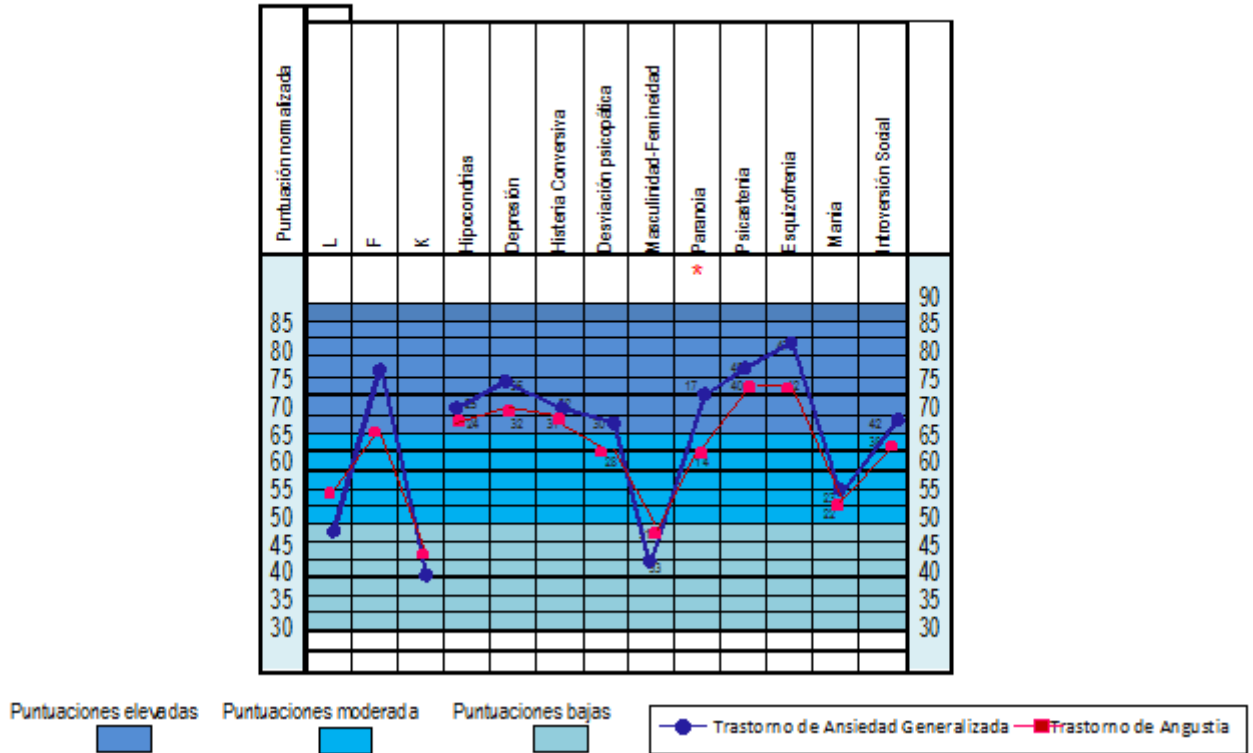
En la tabla 1 se pueden observar los perfiles de ambos grupos, primero describiremos los datos obtenidos en las escalas de validez (L,F,K).

Las puntuaciones obtenidas en L de ambos grupos (entre T45 Y T55) nos indican que los individuos contestaron con franqueza el inventario y que aceptan abiertamente sus fallas sociales, las puntuaciones en la escala F de ambos grupos (entre 65 y 80) nos indica que se trata de un perfil probablemente válido pero con la posibilidad de exageración de algunos síntomas, debido a que presentan una variedad de problemas psicológicos; se muestran abiertos y accesibles a la discusión de sus problemas, las puntuaciones en la escala K (ambos por debajo de T50) sugieren que las defensas de la persona son inadecuadas y que están suplicando ayuda para resolver sus problemas emocionales. Una vez obtenidos dichos resultados en las escalas de validez los cuales indican que los perfiles son validos, se describirán los resultados obtenidos:

En cuanto escalas básicas (clínicas) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en una de ellas: en la escala de **Pa (Paranoia)** en la cual los pacientes con TAG obtuvieron un puntaje elevado de (T72) en comparación con las pacientes con TA que obtuvieron un puntaje de (T63) que se ubica dentro de la media. Esto nos sugiere que los pacientes con TAG, tienen más predisposición y orientación paranoide pero, en general no desarrollan síntomas francamente psicóticos, son hipersensibles y responden de manera exagerada a las reacciones de los demás, por lo que suelen mostrarse cautelosos, defensivos, y desconfiados en las relaciones interpersonales, suelen ser hostiles, resentidos y discuten frecuentemente, contantemente piensan que los demás los rechazan, sin percatarse que muchas veces son ellos los que se rechazan a sí mismos; por otra parte tienden a ser rígidos y moralistas. Los pacientes con TP mostraron una elevación moderada la cual nos indica que también muestran algunos de los síntomas descritos con anterioridad pero en menor grado, pues aunque suelen mostrarse

cautelosos en los contactos sociales iniciales suelen confiar más en los demás y muestran más habilidades sociales.

Figura 1. PERFIL DE LAS ESCALAS BÁSICAS DE AMBOS GRUPOS.
MMPI-2



En cuanto a las demás escalas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas sin embargo es importante abordar cada una de ellas, pues como podemos ver el perfil de ambos grupos nos muestra también que tienen muchos rasgos de personalidad en común, que nos ayudan a poder establecer las características o rasgos de personalidad propios de los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada y de los pacientes con Trastorno de Pánico.

En la escala 1(Hipocondriasis) se mostraron puntajes para el grupo con TAG de (T69),y el TA de (T66) ambos grupos obtuvieron un puntaje por arriba de T65 el cual nos indica que ambos reflejan preocupaciones corporales excesivas, síntomas somáticos vagos y quejas indefinidas como malestar gástrico, fatiga, dolor y debilidad física.

En la escala 2 (Depresión) los pacientes con TAG obtuvieron un puntaje de (T75) y el TA (T70) los cuales a partir de T65 se consideran puntuaciones elevadas esto nos refiere que ambos grupos pueden ser descritos como deprimidos, infelices, con tendencia a presentar un estado de ánimo apagado, pesimistas, autocríticos, con inclinación a sentirse culpables e indolentes. Tienen poca confianza en si mismos y expresan sentimientos de inutilidad e incapacidad para funcionar en forma eficiente la mayor parte del tiempo.

En la escala 3 Hi (Histeria Conversiva) el grupo TAG obtuvo (T69) y el TA (T67) esta escala nos indica que las personas con puntuaciones mayores de T65 por lo general son un tanto inmaduras, cuando se sienten agobiados, tienden a presentar síntomas físicos, pues no son capaces de enfrentar los problemas emocionales. Probablemente sean también personas desinhibidas y caprichosas que reaccionen con conductas infantiles ante la frustración. También suelen ser manipuladores, les gusta llamar la atención y son fácilmente influenciables.

En la escala 4 (Desviación Psicopática) el primer grupo obtuvo un puntaje de (T67) lo cual indica que los pacientes con TAG probablemente tengan poca capacidad de juicio y, por lo mismo, son incapaces de planear adecuadamente sus acciones. La elevación de esta escala puede indicar también inestabilidad e irresponsabilidad en un sujeto inmaduro y centrado en si mismo, que presenta conductas antisociales. El grupo de TA obtuvo un puntaje de (T62) el cual se considera un rango moderado (T60 A T64) el cual refiere que no se debe interpretar como reflejo de las características de personalidad antisocial. En las situaciones sociales se les percibe como ostentosos, exhibicionistas y poco sensibles. Suelen crear una buena primera impresión, son simpáticos, aunque son poco profundos y superficiales en las relaciones.

En la escala 5 Masculinidad- Femeinidad en los pacientes con TAG se obtuvo (T42) y en los pacientes TA (T48), las cuales se consideran puntuaciones bajas; en los hombres indica intereses tradicionalmente masculinos y actitudes

machistas. En las mujeres de igual modo indica que estas se ajustan a intereses tradicionales femeninos y que disfrutan de su rol de esposa y ama de casa. Por otra parte, quizá se trate de personas inseguras, devaluadas, con tendencia a la pasividad y a la sumisión.

En la escala 7 Pt (Psicastenia), ambos grupos mostraron una puntuación elevada TAG (T77) y TA de (T73), puntuaciones que son características de personas ansiosas, tensas y agitadas, que se preocupan demasiado por problemas insignificantes y son temerosas y aprehensivas. Con frecuencia muestran incomodidad, nerviosismo y dificultad para concentrarse. Además, son introspectivos, meditan demasiado y llegan a presentar síntomas obsesivos y compulsivos. Son autocríticos, autoconscientes y moralistas. Pueden ser personas con un super yo muy rígido, por lo que se guían por normas elevadas para sí mismos y los demás. Se sienten inseguros e inferiores por lo que carecen de confianza en sí mismos y tienen dudas persistentes acerca de todo lo que hacen. Lo cual les genera una gran dificultad para tomar decisiones y les cuesta mucho trabajo realizar cambios en su vida.

En la escala 8 Es (Esquizofrenia), el grupo TAG obtuvo (T80) y el grupo TA (T72) los cuales se consideran muy altas, indicando un estilo de vida esquizoide, no se sienten parte de su medio social, se aíslan, se enojan y se consideran incomprendidos. Manifiestan sentirse rechazados, evitan el trato con la gente y las situaciones novedosas, además son ansiosos, resentidos, hostiles y agresivos. Suelen ser incapaces de mostrar sus sentimientos y tienden a reaccionar al estrés abstrayéndose en fantasías y ensoñaciones. Por tanto, exhiben dificultades para separar la realidad de la fantasía, dudas importantes acerca de sí mismos y sentimientos de inferioridad, incompetencia e insatisfacción.

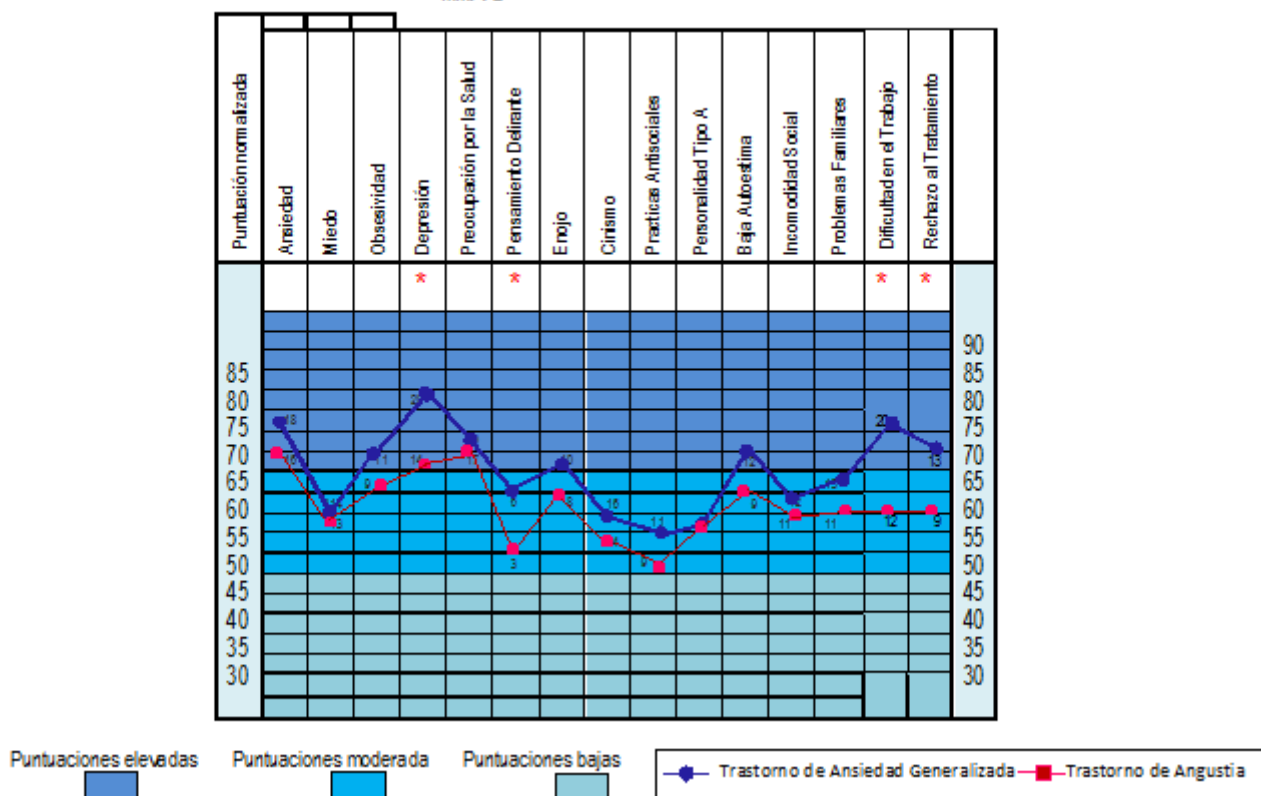
En la escala 9 Ma (Hipomanía) el primer grupo obtuvo (T55) y el segundo (T52) las cuales se consideran puntuaciones bajas, lo que indica que son

personas convencionales y conservadoras; así mismo pueden ser autocontroladas y sumisas.

En la última escala Is (Introversión Social) los pacientes con TAG muestran un puntaje por arriba de T65, lo que indica que son introvertidos, tímidos y socialmente inseguros, evitan involucrarse con las personas significativas que los rodean y tienden al aislamiento. Por otra parte, privilegian el pensamiento sobre la acción, así que resulta poco probable que actúen impulsivamente y lleguen a bloquearse por pensar demasiado. Los pacientes con TA se encuentran dentro de una puntuación moderada (T 63) lo que dice que aunque estas personas tienen la habilidad para relacionarse con los demás, prefieren no hacerlo por lo que normalmente se mantienen en pequeños grupos o a solas.

En la tabla 2 se puede observar el perfil de ambos grupos de la Escala de Contenido en la cual solo se obtuvieron diferencias significativas en 4 escalas: **Depresión, Pensamiento Delirante, Dificultad en el trabajo y Rechazo al tratamiento**, las cuales se describen a continuación.

Figura 2. PERFIL DE LAS ESCALAS CONTENIDO DE AMBOS GRUPOS.
MMPI-2



En la escala de **Depresión (DEP)**, los pacientes con TAG obtuvieron un puntaje de (T80) el cual se considera extremadamente alto y mayor en comparación con los pacientes con trastorno de Angustia con un puntaje de (T67), sin embargo los puntajes por arriba de T65 se consideran elevados y nos indican que suelen ser personas deprimidas, infelices, pesimistas, autocriticas, con inclinación a sentirse culpables e indolentes, así mismo pueden reportar preocupaciones somáticas, debilidad, fatiga, poca energía y tensión constante. Tiene poca confianza en sí mismas lo cual puede probar pensamientos de inutilidad e incapacidad para funcionar de forma eficiente la mayor parte del tiempo. Suelen ser introvertidos, tímidos y aislados por lo que evitan involucrarse con las otras personas. Esta escala se puede relacionar con la escala de **Baja Autoestima (BAE)** los pacientes con TAG obtuvieron un puntaje elevado de (T70), el cual los caracteriza como individuos con una pobre opinión de sí mismos, con muchas actitudes y pensamientos negativos como el no ser atractivos, considerarse torpes, incapaces e inútiles y percibirse como

una carga para los demás, por lo que se sienten abrumados por los defectos que ven en su persona.

En la escala de **Delirio (DEL)** los pacientes con TAG muestran un puntaje de (T63) y los pacientes TP (T52), aunque los pacientes con TAG tuvieron un puntaje más alto, ambos puntajes se encuentran dentro de la media, lo cual nos indica la ausencia de alucinaciones auditivas, visuales u olfativas.

En la escala de **Rechazo al Tratamiento (RTR)**, de igual modo los pacientes con TAG mostraron un puntaje mayor de (T71) el cual indica que son personas con actitudes negativas hacia los médicos y el tratamiento relacionado con la salud mental pues probablemente no creen que alguien pueda entenderlos o ayudarlos. Les resulta muy incómodo tratar con alguien más sus asuntos o problemas personales. Quizá deseen que todo permanezca igual en su vida y probablemente creen que un cambio es imposible, por lo que muchas veces prefieren darse por vencidos, que enfrentarse a las crisis o dificultades. Los pacientes con TP mostraron un puntaje promedio de (T 60), el cual nos indica que se encuentran dispuestos y motivados a recibir el tratamiento terapéutico.

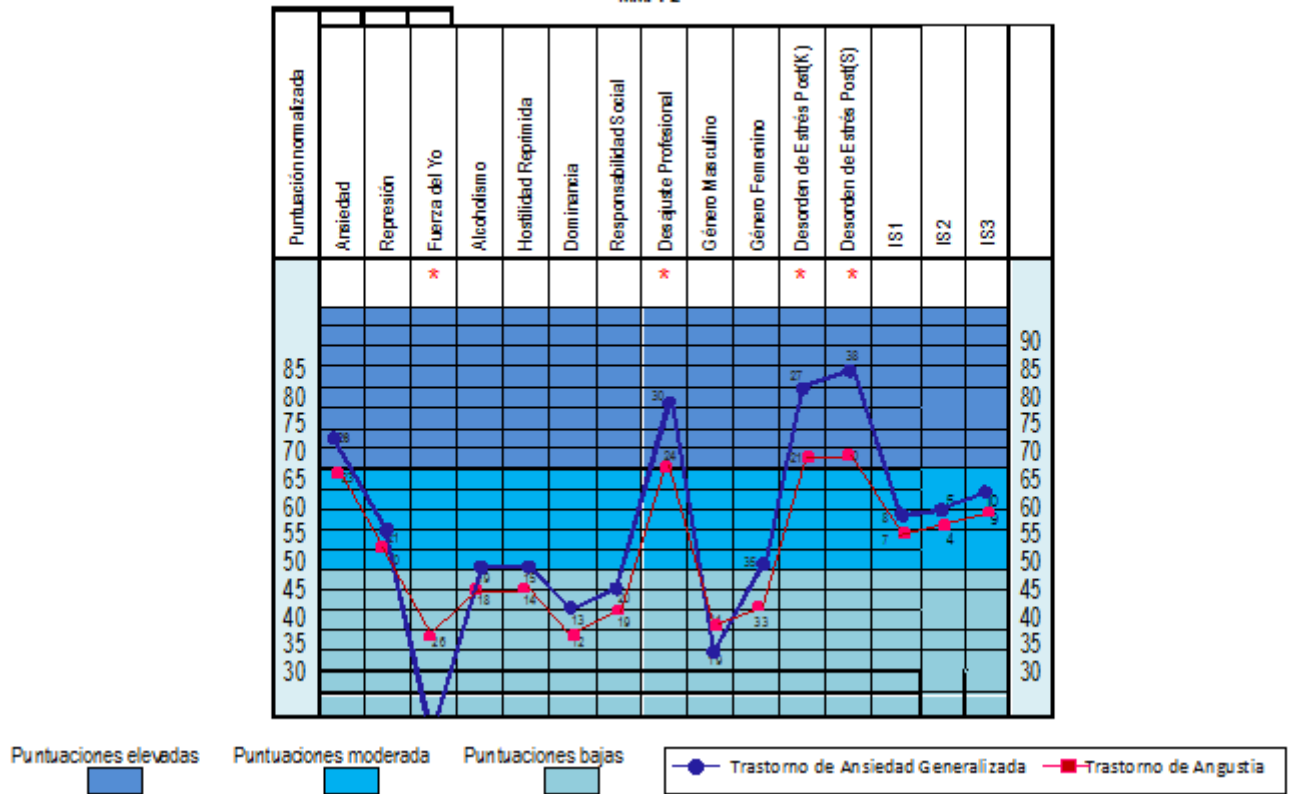
En las escalas de **Dificultad en el trabajo (DTR)**, los pacientes con TAG obtuvieron un puntaje significativamente elevado de (T75), el cual indica que la presencia de conductas o actitudes que probablemente contribuyan a un desempeño laboral pobre. Algunos de los problemas de estas personas se relacionan con la poca confianza que tienen en sí mismos, falta de concentración, obsesividad y tensión, así como dificultad para tomar decisiones, parecen estar poco adaptadas a su entorno, son ineficientes, generalmente pesimistas y la mayoría del tiempo están angustiadas. Los pacientes con TA obtuvieron un puntaje de (T60) el cual se encuentra dentro de la media y nos indica que muestran actitudes optimistas y tienden a adaptarse mejor en el ámbito laboral.

En cuanto a las demás escalas se puede observar que en la escala de **ANSIEDAD (ANS)**, ambos grupos obtuvieron puntajes significativamente

elevados por arriba de (T70), los cuales denotan síntomas generales de ansiedad incluyendo tensión y problemas somáticos (como taquicardia y dificultad en la respiración); además de problemas para dormir, tendencia a preocuparse en exceso y falta de concentración. En la escala de **OBSESIVIDAD (OBS)** solo los pacientes con TAG obtuvieron un puntaje elevado de (T68) lo cual nos indica que dichos pacientes tienden a preocuparse en exceso, lo que con frecuencia puede llevarlos a sentirse abrumados por sus pensamientos. En la escala de **PREOCUPACION POR LA SALUD (SAU)** ambos grupos tuvieron una puntuación elevada por arriba de T70, lo cual nos indica que muestran síntomas físicos en relación con diversas funciones corporales (malestar estomacal, estreñimiento, vomito, convulsiones, desmayo, parálisis, dolores de pecho, problemas de la piel, dolor de cabeza y cuello etc.) Estos individuos se preocupan por su salud y se sienten más enfermos que la mayoría de las personas. En la escala de **ENOJO (ENJ)** los pacientes con TAG obtuvieron un puntaje por arriba de T65 el cual indica la presencia de problemas para controlar el enojo, se consideran a si mismas como irritables, gruñonas e impacientes y posiblemente puedan llegar a maldecir o destrozar cosas. Por último en la escala **PROBLEMAS FAMILIARES (FAM)** los pacientes con TAG mostraron un puntaje de T65 el no se considera muy alto sin embargo nos indica que dichos pacientes manifiestan desavenencias y pleitos importantes. Describen a sus familias como carentes de amor, peleoneras y desagradables. Recuerdan haber sufrido abusos en su infancia y consideran sus matrimonios como infelices y carentes de afecto.

En la tabla 3, perfil de escalas suplementarias se puede observar que se obtuvieron diferencias significativas en 4 escalas: **Fuerza del YO, Desajuste Profesional, Desorden de Estrés Postraumático (EPK) y Desorden de Estrés Postraumático (EPS)**, las cuales se explican a continuación.

Figura 3. PERFIL DE ESCALAS SUPLEMENTARIAS DE AMBOS GRUPOS.
MMPI-2



En la escala **Fuerza del Yo (Fyo)** los pacientes con TAG muestran un puntaje promedio de T27, fue mayor al de los pacientes con TA que muestran un puntaje promedio de T35, sin embargo ambos se consideran bajos y nos indica que tienden a manifestar inhibición, malestares físicos y sentimientos de incapacidad para manejar la presión de su ambiente, pues cuentan con pocos recursos psicológicos para adaptarse al estrés. Probablemente también tengan un pobre concepto de sí mismos y dificultades para adaptarse ante situaciones problemáticas.

En la escala de **Desajuste Profesional (Dpr)**, los puntajes de los pacientes con TAG fueron significativamente elevados (T78), dicha escala se relaciona con la escala de DIFICULTAD EN EL TRABAJO, en la cual los puntajes elevados indican poca adaptación y conductas pesimistas, pueden desarrollar síntomas físicos durante los periodos de mayor estrés y se sienten abrumados y angustiados la mayor parte del tiempo por lo cual trabajan con ineficiencia. De

igual modo los pacientes con TA obtuvieron un puntaje menor el cual indica una mejor adaptación en el área laboral.

En la escala de **Desorden de estrés postraumático(EPS)** los pacientes con TAG obtuvieron un puntaje elevado de T80, mientras que los pacientes con TA muestran un puntaje menor de T69, sin embargo ambos se consideran elevados lo cual nos indica la presencia de síntomas de trastorno por estrés postraumático en ambos grupos, entre los cuales se incluyen: angustia emocional intensas, así como ansiedad y trastornos del sueño, posiblemente sientan culpa y depresión por sus experiencias y manifiesten tener pensamientos intrusivos no deseados, también puede que sientan que han perdido el control sobre sus sentimientos y pensamientos por lo que expresan sentimientos de no ser comprendidos y considerados por los demás, debido a las situaciones estresantes que ha vivido.

En cuanto a las demás escalas la escala **Ansiedad (A)** ambos grupos obtuvieron un puntaje elevado por arriba de T65 el cual se relaciona con la escala de ANSIEDAD (ANS) de las escalas de contenido. Las cuales indican síntomas de ansiedad, tensión, etc. En la escala de **Alcoholismo de MacAndrew Revisada (A-MAC)** ambos grupos obtuvieron una puntuación baja (entre T45 Y T50) la cual indica la ausencia de problemas de abuso de sustancias. En la escala de **Hostilidad Reprimida (HR)** ambos grupos obtuvieron puntuaciones bajas TAG (T47) y TA(T45)sin embargo no existen suficientes datos que permitan la interpretación adecuada, por lo que dichas interpretaciones pueden interpretarse de dos formas ya que se puede tratar de personas crónicamente agresivas o de individuos que expresan de manera bastante apropiada sentimientos de agresión. En la escala de **Dominancia (Do)** ambos grupos mostraron puntuaciones bajas TAG (T41) y TA (T39), los cuales se asocian a una tendencia a ser personas sumisas, poco enérgicas y fácilmente influenciables por otras personas, carecen de confianza en sí mismos y sienten que manejan sus problemas inadecuadamente. En la escala de **Responsabilidad Social (Rs)** ambos grupos obtuvieron puntajes bajos TAG

(T44) y TA (T41), los cuales nos refieren que son personas que se caracterizan por no estar dispuestas a asumir responsabilidades y tal vez no hayan aceptado valores o normas sociales; por otra parte no pueden ser vistos ni verse a si mismos como dispuestos a aceptar la responsabilidad de su propio comportamiento; suelen ser poco dignos de confianza, faltos de integridad y con un pobre sentido de responsabilidad para con el grupo. En cuanto a las escalas de **Genero Masculino (GM)** Y **Genero Femenino (GF)** ambos grupos obtuvieron puntuaciones bajas, sin embargo existen datos limitados sobre su validez, por lo que no se han generado descriptores que puedan ser aplicados con confianza en la interpretación de puntuaciones altas y bajas.

Por último las 3 subescalas **Timidez y autoconcepto (Is1)**, **Evitación social (Is2)** y **Enajenación de sí mismo y otros (Is3)** se relacionan con la escala **Is (Introversión Social)** de las escalas clínicas donde los pacientes con TAG muestran un puntaje por arriba de T65 el cual nos indica conductas introvertidas y timidez, lo cual les dificulta sus relacionarse con los demás.

Las escalas de Miedo, Cinismo, Practicas antisociales, Personalidad tipo A, Incomodidad social, Represión, no cuentan con interpretación debido a que los puntajes q obtuvieron ambos grupos se encontraron dentro de la media, por lo que no son significativas para el estudio.

CONCLUSIONES

A partir del estudio llevado a cabo, puede concluirse que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada y los pacientes con Trastorno de Angustia, en las escalas clínicas, de contenido y suplementarias del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota MMPI-2.

De manera específica en todas las escalas en donde se encontraron diferencias significativas: Paranoia, Depresión, Pensamiento Delirante, Dificultad en el trabajo, Rechazo al tratamiento, Fuerza del Yo, Desajuste Profesional y Estrés postraumático. Los pacientes con TAG obtuvieron puntajes mucho más elevados que los pacientes con Trastorno de Angustia.

La información obtenida en las escalas básicas en ambos grupos, puede ser resumida, como lo menciona Lucio (2003), por medio de un código que incluye las escalas más altas. En este caso se formó el CODIGO 2-7-8 el cual indica que los individuos que obtienen este perfil se caracterizan por tener un patrón de desadaptación psicológica crónica. Se sienten habitualmente hundidos en la ansiedad, tensión y depresión, muestran un grave desorden psicológico y probablemente se les diagnostique como individuos neuróticos con trastorno de ansiedad o distímico en una personalidad esquizoide, lo cual coincide con el diagnóstico psiquiátrico de trastorno de ansiedad que tienen dichos pacientes.

En la escala de **Paranoia (Pa)** diversas investigaciones han reportado que su elevación se encuentra relacionada con psicopatología severa (Lucio 2003). En dicha escala se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, los pacientes con TAG tuvieron un puntaje mucho más alto que los pacientes con TA. De acuerdo a los criterios diagnósticos del MMPI-2 esto nos indica que no tienen confianza en el terapeuta y se les dificulta hablar de sus problemas emocionales, lo cual también puede relacionarse con la escala de **Rechazo al Tratamiento (RTR)** en la cual de igual modo los pacientes con TAG mostraron un puntaje elevado, esto indica que suelen tener actitudes

negativas hacia los médicos y el tratamiento relacionado con la salud mental pues probablemente no creen que alguien pueda entenderlos o ayudarlos. En este mismo sentido, un estudio longitudinal sobre trastornos de ansiedad Weisberg y col. (1999), hallaron que pacientes con TAG registraban peores percepciones sobre su salud física y emocional que los pacientes con otros trastornos de ansiedad. En contraste los pacientes con TA muestran encontrarse dispuestos y motivados a recibir el tratamiento terapéutico. De acuerdo a lo que se observó en el proceso de terapia de grupo es cierto que al principio los pacientes suelen mostrarse resistentes al tratamiento psicológico e incluso muchos dudan de asistir a la terapia pues creen que es muy difícil que puedan recuperarse, sin embargo conforme van pasando las sesiones y se les va dando psicoeducación acerca del trastorno ellos comienzan a tener confianza en el terapeuta y más aun en ellos mismos para poder mejorar y recuperarse.

En un estudio realizado en el 2007, Henning y col. reportan que el impacto del cuadro de TAG recae en la baja autoestima, la sensación de fracaso en el logro de los objetivos personales, así como en el trabajo, dinero, familia y relaciones sociales. Lo cual podemos relacionar con las altas puntuaciones de los pacientes con TAG en la escala de **Depresión (DEP)**. Así, puede sugerirse que el TAG juega un rol importante en el desarrollo de la depresión, lo cual podría estar aunado a que menos del 25 % de los pacientes con TAG recibe una medicación farmacológica adecuada, debido a que es común que la mayoría de estos pacientes hagan una consulta con el profesional que les administra un tratamiento adecuado, como promedio 10 años después del inicio de la patología (Cascardo, 2005). En cambio los pacientes que sufren de TA, frente a otros trastornos de ansiedad, son los que visitan más frecuentemente las consultas de Atención Primaria y de Salud Mental (Fernandez et al., 2006; Roy-Byrne et al., 2005). Sin embargo antes de llegar al diagnóstico correcto los pacientes con TP son sometidos a numerosos estudios complementarios, recorriendo diversas especialidades de la clínica médica (cardiología, gastroenterología, neurología), antes de ser bien diagnosticados. Diversos

estudios señalan que aproximadamente la mitad de los pacientes con TP no se diagnostican correctamente en Atención Primaria (Kroenke et al.,2007), y que menos de una tercera parte reciben un tratamiento farmacológico y/o psicológico adecuado (Stein et al., 2004).

Por lo cual tanto en el Trastorno de Ansiedad Generalizada como en el trastorno de angustia, la depresión juega un papel importante debido a que antes de llegar al diagnostico correcto pasa un gran lapso de tiempo en el que se van dañando y deteriorando aspectos psicológicos y sociales de dichos individuos.

En esta línea, estos hallazgos pueden relacionarse con la escala de **Dificultad en el Trabajo (DTR) y Desajuste Profesional (DPR)** en las cuales, los pacientes con TAG tuvieron puntuaciones significativamente altas, ya el TAG también ha sido asociado con un impacto negativo en el funcionamiento laboral. El ECA(Epidemiological Catchment Area) encontró que el 25 % de los pacientes con TAG recibían subsidios por incapacidad, y solamente aproximadamente el 50% del total de las personas con TAG trabajaban jornada completa. De esos individuos que estaban trabajando, el 38% tuvo al menos una semana de ausencia relacionada con la ansiedad en el año previo (Massion y col., 1993). Además, la investigación del ECA encontró una fuerte asociación entre el estatus ocupacional y los ingresos, y el TAG. La fuerte correlación sugirió que el TAG presentaba una probabilidad tres veces mayor de que el individuo en el trabajo ocupase los puestos de menor jerarquía. Estudios más recientes han corroborado los resultados del ECA, sugiriendo severas discapacidades y pobre calidad de vida asociada con TAG (Maier y col., 2000; Sanderson y Andrews, 2002). Estos datos los pudimos corroborar en las entrevistas iniciales y durante la terapia de grupo en las cuales muchos de los pacientes referían que ya no trabajaban o que dejaban de ir a trabajar por largos periodos, debido a que la sintomatología del trastorno nos les permitía desarrollar bien sus actividades laborales.

En cambio los pacientes con TP mostraron un puntaje dentro de la media lo que indica que posiblemente sean personas que se adaptan más fácilmente, son optimistas y consistentes en el ámbito laboral.

En la escala **Fuerza del Yo (Fyo)** los pacientes con TAG obtuvieron un puntaje más bajo que los pacientes con TA, sin embargo ambos se consideran bajos. Muchas investigaciones sugieren que la escala FyO mide la habilidad para resistir el estrés, más que el potencial para el éxito terapéutico (Lucio 2003) y en pacientes psiquiátricos estas puntuaciones suelen ser muy bajas (Gottesman y col. 1959). Así, esta escala indica que ambos grupos tienen pocos recursos psicológicos para enfrentarse al estrés. Sin embargo hay algunos datos que muestran que las puntuaciones bajas en FyO se elevan como resultado de la psicoterapia y otros procedimientos de tratamiento. Lo cual se podría corroborar si se les aplicara de nuevo el MMPI-2 al finalizar la terapia de grupo, ya que el instrumento solo se aplicó antes de comenzar el tratamiento psicológico. Sin embargo es importante mencionar que de acuerdo a lo que se observó durante y al finalizar la terapia de grupo, los pacientes mostraron cambios en su autoestima, así como en su aliño en el aspecto personal, se mostraron con mas habilidades de comunicación, así como más motivados e incluso muchos de ellos se reincorporaron a sus empleos.

En las escalas de **DESORDEN DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (EPS) y (EPK)** ambos grupos obtuvieron puntajes altos; estas escalas parecen estar relacionadas con las escalas de ansiedad del inventario, **PSICASTENIA (Pt) y ANSIEDAD (A)**, debido a que EPS y EPK suelen elevarse en personas que presentan trastornos somáticos en los que la ansiedad es un componente importante (Lucio et,al. 2003), de igual modo, indican la presencia de situaciones estresantes vividas.

Los pacientes con TAG obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que los pacientes con TA; en comparación a personas sin TAG, las personas con TAG han informado de una mayor frecuencia de eventos de estrés postraumático en el pasado, tanto en general como en tipos concretos de

trauma (enfermedad/daño, muerte de otros, agresión física/sexual, acontecimientos emocionales con familiares y amigos.(Bados 2009). Lo cual también se pudo corroborar en las entrevistas iniciales y dentro de la terapia de grupo, pues muchos de ellos referían haber pasado por alguno o algunos de los eventos mencionados anteriormente.

Hace algunos años Massion y Col. (1993) compararon la calidad de vida de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Angustia y encontraron que quienes padecían TAG, registraban mayor interferencia en las actividades cotidianas, percepción de salud emocional y pobre funcionamiento social.

Así, puede concluirse que los pacientes con TAG muestran un mayor deterioro psicológico y social que los pacientes con TA, lo cual como puede considerarse, está relacionado con los rasgos o características de personalidad que poseen dichos pacientes. En este sentido, puede afirmarse que el presente estudio permitió identificar las características de personalidad propias del Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Angustia lo que podría ayudar al desarrollo de técnicas terapéuticas que permitan trabajar con estos rasgos y generar estrategias para modificarlos; ello podría contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas que sufren estos trastornos.

Por otra parte, a partir de este estudio pueden sugerirse algunas características básicas de los trastornos estudiados

Así, cabría señalar que los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada suelen caracterizarse por tener tendencias paranoides(son hipersensibles y responden de forma exagerada a las reacciones de los demás), suelen ser personas deprimidas (con baja autoestima, desánimo, falta de felicidad, de interés, apatía, retardo psicomotor, irritabilidad), tienen una fuerza del yo muy baja (lo cual les genera sentimientos de incapacidad para manejar la presión de su ambiente y cuentan con pocos recursos psicológicos para enfrentar el estrés)

Tienen síntomas de ansiedad (tensión, manifestaciones somáticas, insomnio, preocupaciones excesivas y falta de concentración) y obsesividad (rumiaciones, indecisión y conductas compulsivas). Así como hipocondriasis (preocupaciones excesivas por la salud y quejas somáticas vagas). La mayoría de las veces los pacientes no cuentan con los recursos de afrontamiento necesarios para enfrentar los problemas emocionales por lo que cuando se sienten agobiados o tensos tienden a desarrollar síntomas físicos: dolores de cabeza, fatiga, taquicardia.

Suelen tener un estilo de vida esquizoide (no se sienten parte del entorno social, se aíslan y tienen relaciones familiares deficientes) en el entorno social son introvertidos, tímidos, socialmente inseguros y fácilmente influenciables. Suelen mostrar conductas o actitudes que interfieren en su trabajo por lo cual suelen tener un desempeño laboral pobre. Se muestran como personas conservadoras, convencionales y autocontroladas, por lo general las mujeres muestran ser sumisas, sensibles, modestas con intereses tradicionalmente femeninos y el hombre se muestra extremadamente masculino (actitudes machistas).

La mayoría de los pacientes con TAG muestran síntomas de estrés postraumático (situaciones estresantes vividas que les causan angustia emocional intensa, sentimientos de culpa, etc). En cuanto a su tratamiento suelen mostrar actitudes negativas hacia los médicos y el tratamiento de salud mental, pues creen que nadie puede atenderles ni ayudarles.

Por otro lado, los pacientes con Trastorno de Angustia muestran síntomas de ansiedad generales (tensión, manifestaciones somáticas, problemas para dormir, preocupaciones y falta de concentración), así como hipocondriasis (preocupaciones excesivas por la salud y quejas somáticas vagas).

Suelen ser personas deprimidas (con tristeza, desesperanza , desánimo, falta de interés, apatía, retardo psicomotor, irritabilidad, tendencia a la preocupación,

etc), Cuando se sienten agobiados o tensos tienden a desarrollar síntomas físicos como dolores de cabeza, fatiga, taquicardia debido a que no cuentan con los recursos de afrontamiento adecuados para enfrentar los problemas emocionales), también tienen una fuerza del yo muy baja (lo cual les genera sentimientos de incapacidad para manejar la presión de su ambiente y cuentan con pocos recursos psicológicos para enfrentar el estrés).

Indican tener un estilo de vida esquizoide ya que en algunos casos no se sienten parte de su entorno y se aíslan, en las situaciones sociales se les percibe como ostentosos y poco sensibles, suelen crear una buena primera impresión, son simpáticos, aunque poco profundos y superficiales en sus relaciones. Tienen un bajo nivel de dominancia, se presentan sumisos, poco enérgicos y fácilmente influenciables

Tienen habilidad para relacionarse con los demás pero prefieren no hacerlo o se mantienen en pequeños grupos. En el ámbito laboral muestran actitudes optimistas y tienden a adaptarse más fácilmente.

Los pacientes con Trastorno de Angustia también muestran tener la presencia de síntomas de estrés postraumático (situaciones estresantes vividas que les causan angustia emocional intensa, sentimientos de culpa, etc). En cuanto al tratamiento suelen mostrarse optimistas y motivados a recibir atención por parte de los médicos.

Finalmente, a partir de este estudio, puede sugerirse que es importante generar mayor difusión de las características de los Trastornos de Ansiedad entre los médicos generales y de asistencia primaria, para que puedan reconocer los síntomas de la enfermedad, dado que un diagnóstico correcto es el primer paso para un manejo satisfactorio y eficaz de la enfermedad.

De igual modo, sería relevante brindar información de los Trastornos de Ansiedad acerca de sus criterios diagnósticos a la población en general, para

que las personas puedan identificar con facilidad entre una ansiedad normal y una ansiedad patológica, debido que muchas veces piensan que es normal sentirse así o que ya ellos ya son así, por lo que no buscan la atención que necesitan.

Por otro lado sería interesante aplicar el MMPI-2 antes y después de la terapia de grupo para ver si después de la intervención psicológica hay modificaciones en las escalas del MMPI-2. Y en base a estos resultados poder orientar la intervención hacia puntos específicos o nuevas líneas de tratamiento.

Una de las limitaciones de este estudio puede referirse a que los pacientes incluidos fueron pocos, por lo que para lograr que los hallazgos sean más representativos de la población en estudio y, por tanto, más generalizables, sería pertinente extender la investigación a un mayor número de sujetos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente o de otras instituciones psiquiátricas.

BIBLIOGRAFIAS

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

Ayuso, J. L. (1988). Trastornos de angustia. Barcelona: Ediciones Martínez Roca. Citado en Sierra, Juan CarlosOrtega, Virgilio; Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-estar E Subjetividade, Março, 10 - 59.

Bados, A. (2009). Trastorno de ansiedad Generalizada. Evaluación y tratamiento psicológico. Universidad de Barcelona.

Baeza, J.C. Balaguer, G., Belchi, I., Coroas, M., Guillaman, N.(2008). Higiene y prevención de la ansiedad. España: Ediciones Díaz de Santos.

Bandura, A. (1986). Social Foundations of Thought and Action. A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall. Citado en Martínez,R.(1987).Traducción española: Pensamiento y acción. Fundamentos sociales. Barcelona

Barlow DH, Blanchard RB, Vermilyea JB, et al.(1986).Generalized Anxiety and Generalized anxiety disorder: Description and reconseptualization. Am J Psiquiatry 143:40-44.Citado en Cascardo, E.(2005). Trastorno de ansiedad generalizada. Bases para el diagnostico y el tratamiento del paciente con preocupacion excesiva. Buenos Aires: Argentina. Editorial: Polemos.

Barlow, D.H (1988). Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic. New Cork: Guillof Press. Citado en Cia, A.H. (2007). La ansiedad y sus trastornos, manual diagnostico y terapéutico. Buenos Aires: Segunda Edición. Editorial Polemos.

Bensabat, S. (1987). Stress: Grandes especialistas responden. Bilbao: Mensajero.

Bobes, J., Bousoño, M.(2002). Trastorno de Ansiedad Generalizada. Barcelona: España. Edit. Ars Medica.

Bousoño, M., Jiménez, L.(2005). Comorbilidad del trastorno de ansiedad generalizada. Area de psiquiatría. Universidad de Oviedo. Vol. XVIII.No.1.

Buros, O.(1978). The mental measurement Years Books. New York: Gryphon. Citado en Vallejo J. (1991).Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 340 – 354.

Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., y Kaemmer, B. (1989). Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring. Minneapolis: University of Minnesota Press. Citado en Vetere, G., Portela, A., Rodriguez, B.R. (2007). Perfil de personalidad de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. Revista argentina de clínica psicológica XVI.p.p 129-134. Fundacion AIGLE.

Calvo, M.G., y Cano-Vindel, A. (1997). The nature of trait anxiety: Cognitive and biological vulnerability. *European Psychologist*, 2, 301-312. Citado en Castillo, M.D y González, P.(2010). Estrés y ansiedad. Relación con la cognición. Onceavo Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2010, www.interpsiquis.com.

Campbell, S. B. (1986). Developmental issues in childhood anxiety. En R. Gittelman, *Anxiety disorders of childhood* (pp. 24-57). New York: Guilford Press. Citado en Sierra, Juan Carlos Ortega, Virgilio; Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, Março, 10 - 59.

Caraveo-Anduaga, J.J., Colmenares, B.E., Saldivar, H.G. (1995). Morbilidad Psiquiátrica en la Ciudad de Mexico: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental* 62-67. Citado en Palomares, C.E., Campos C.P., Ostrosky, S.F., Tirado, D.E., Mendieta, C.E. (2010). Evaluación de funciones cognitivas: atención y memoria en pacientes con trastorno de pánico. *Salud Mental* 33:481-488.

Carrera, M., Ayestaran, A., Herran, A., Vazquez, J.L. (2003). Estados emocionales y perfil de personalidad en pacientes con trastorno de angustia. Cuarto congreso virtual de psiquiatría. Interpsiquis. España.

Cassano GB, Perugi G, Masetti L. (1990). Comorbidity in panic disorder. *Psychiatry Ann.* 20:517-521. Citado en Cascardo, E., Resnik, P. (2003). Comorbilidad en trastornos de ansiedad. Análisis de una población clínica. XVI Congreso Mundial de Estado Depresivos. Enes Simposio Internacional de Desordenes cognitivos.

Cascardo, E., Resnik, P. (2003). Comorbilidad en trastornos de ansiedad. Análisis de una población clínica. XVI Congreso Mundial de Estado Depresivos. Enes Simposio Internacional de Desordenes cognitivos.

Cascardo, E. (2005). Trastorno de ansiedad generalizada. Bases para el diagnóstico y el tratamiento del paciente con preocupación excesiva. Buenos Aires: Argentina. Editorial: Polemos.

Castillo, M.D y González, P. (2010). Estrés y ansiedad. Relación con la cognición. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2010, www.interpsiquis.com.

Cattell, R.B., y Scheier, I.H. (1961). The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. New York: Ronald. Citado en Castillo, M.D y González, P.(2010). Estrés y ansiedad. Relación con la cognición. 11° Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2010, www.interpsiquis.com.

Chambers, J., Power, K. y Durham, R. (2004). The relationship between trait vulnerability and anxiety and depressive diagnoses at long-term follow-up of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 587 – 607. Citado en Vetere, G., Portela, A., Rodriguez, B.R. (2007). Perfil de personalidad de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista argentina de clínica psicológica XVI*.p.p 129-134. Fundacion AIGLE.

Cia, A.H.(2007). La ansiedad y sus trastornos, manual diagnóstico y terapéutico. Buenos Aires: Segunda Edición. Editorial Polemos.

Cloninger S.C. (2003). Teorías de la Personalidad, Editorial:Pearson, Tercera edición. Prentice Hall.

Cohen, J. (197). Evaluación de la personalidad. México. Editorial Trillas

Duggan, C., Lee, A., y Murray, R. (1990). Does personality predict long term outcome in depression? *British Journal of Psychiatry*, 157, 19-25. Citado en Vetere, G., Portela, A., Rodriguez, B.R. (2007). Perfil de personalidad de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista argentina de clínica psicológica XVI*.p.p 129-134. Fundacion AIGLE.

Dupont, M. A. (1999).Manual clínico de ansiedad. México: Primera Edición. JGH Editores.

Echeburúa, E. (1993). Trastornos de ansiedad en la infancia. Colección 'Ojos Solares'. Madrid: Pirámide.

Emmanuel, R. (2001). La angustia ideas en psicoanálisis. Buenos Aires: Argentina. Editorial: Longseller S.A.

Endler, N. S. (1988). Hassles, health and happiness. In M. P. Janisse (Ed.), *Individual differences, stress and health psychology* (pp. 25-56). New York: Springer Verlag. Citado en Sierra, Juan CarlosOrtega, Virgilio; Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, Março, 10 - 59.

Epstein, S. (1972). The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 2). New York: Academic Press. Citado en Sierra, Juan CarlosOrtega, Virgilio; Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, Março, 10 - 59.

Fernandez, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martinez-Alonso, M., Autonell, J., et al. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96, 9-20. Citado en Cano, V.A., Wood, M.C, Dongil, E., Latorre, J.M.(2011). El trastorno de pánico en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 2011. Vol. 32(3), pp. 265-273. <http://www.cop.es/papeles>.

Franks, C. M. (1969). *Behavior therapy: Appraisal and status*. New York: McGraw-Hill. Citado en Sierra, Juan Carlos Ortega, Virgilio; Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, Março, 10 - 59.

Freud, S. (1895). On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description "anxiety neurosis", in *Standard edition of the Complete Psychological Work of Sigmund Freud*, Vol.3 Edited by Strachey J. London, Hogart Press, 1962, pp 90-117. Citado en Stein, D.J.(2004). *Tratado de los trastornos de ansiedad*. Barcelona: España. Editorial: Ars Medica.

Freud, S. (1964). A disturbance of memory on the Acropolis. London: Hogart. Citado en Sierra, Juan Carlos Ortega, Virgilio; Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, Março, 10 - 59.

Gomez, R. y Francis, L. (2003). Generalized Anxiety Disorder: relationships with Eysenck's, Gray's and Newman's theories. *Personality and Individual Differences*, 34, 3- 17. Citado en Vetere, G., Portela, A., Rodriguez, B.R. (2007). Perfil de personalidad de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista argentina de clínica psicológica XVI*.p.p 129-134. Fundacion AIGLE.

Gottesman, I.I. (1959) More construct validation of the ego Strength scale. *Journal of consulting Psychology*, 23, 342-346. Citado en Lucio, G-M.E.(2003). *Uso e interpretación del MMPI2 en español*. Editorial: Manual Moderno. México.

Gray, J. A. (1970). The psychophysiological basis of introversion – extraversion. *Behavior Research and Therapy*, 8, 249 – 266. Citado en Vetere, G., Portela, A., Rodriguez, B.R. (2007). Perfil de personalidad de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista argentina de clínica psicológica XVI*.p.p 129-134. Fundacion AIGLE.

Griesinger, W.(1861). *Die Pathologie und Therapie Psychischen*. Braunscheigh, Germany. Citado en Stein, D.J.(2004). *Tratado de los trastornos de ansiedad*. Barcelona: España. Editorial: Ars Medica. Citado en Stein, D.J.(2004). *Tratado de los trastornos de ansiedad*. Barcelona: España. Editorial: Ars Medica.

Henning, E.; Turk, C.; Mennin, D.; Fresco, D. & Heimberg, R.(2007). Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 24, 342-349. Citado en Vetere, G., Portela, A., Rodriguez, B.R. (2007). Perfil de personalidad de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista argentina de clínica psicológica* XVI.p.p 129-134. Fundacion AIGLE.

Hull, C.L. (1943). *Principles of Behavior*. New York: Appleton Century-Crofts. Citado en Sierra, Juan Carlos Ortega, Virgilio; Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, Março, 10 - 59.

Jensen, H., Halse, N. y Birket-Smith, M. (1996). Electrodermal lability in anxiety disorder. *Scandinavian Journal of Psychology*, 37, 103 – 108. Citado en Vetere, G., Portela, A., Rodriguez, B.R. (2007). Perfil de personalidad de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista argentina de clínica psicológica* XVI.p.p 129-134. Fundacion AIGLE.

Kessler, R.C.(2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. 593-602. Citado en Bados, A. (2009). *Trastorno de ansiedad Generalizada. Evaluación y tratamiento psicológico*. Universidad de Barcelona

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Lowe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146, 317-325. Citado en Cano, V.A., Wood, M.C, Dongil, E., Latorre, J.M.(2011). El trastorno de pánico en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 2011. Vol. 32(3), pp. 265-273. <http://www.cop.es/papeles>.

Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J.M. Shleien (Ed.). *Research in Psychotherapy*, III. American Psychological Association, Washintong. Citado en Sierra, Juan Carlos Ortega, Virgilio; Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, Março, 10 - 59.

Lanyon, R.I., y Leonard D.G. (1977). *Evaluación de la personalidad*. Editorial manual moderno. Mexico.

Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill. Citado en Castillo, M.D y González, P.(2010). Estrés y ansiedad. Relación con la cognición. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2010, www.interpsiquis.com.

Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer. (Trad.cast.: Barcelona: Ediciones Martínez Roca, 1986). Citado en Sierra, Juan Carlos Ortega, Virgilio; Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y

estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-estar E Subjetividade, Março, 10 - 59.

Lewis, A. (1980). Problems presented by the ambiguous Word anxiety as used in psychopathology. In G. D. Burrows. *Studies on Anxiety* (pp.1-15).Amsterdam: Elsevier/North-Holland. Citado en Sierra, Juan CarlosOrtega, Virgilio; Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-estar E Subjetividade, Março, 10 - 59.

Lopez-Ibor,J.J.(1969).La angustia vital. Madrid: Paz Montalvo.

Lucio, G-M.E.(2003). Uso e interpretación del MMPI2 en español. Editorial: Manual Moderno. México.

Marks, I.M. (1986). Tratamiento de Neurosis. Barcelona: Martínez Roca.

Mavisskalian, M., Hamann, M.S.(1988). Correlates of DSM-III Personality disorder in panic disorder and agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*. Citado en Carrera, M., Ayestaran, A., Herran, A., Vazquez, J.L.(2003). Estados emocionales y perfil de personalidad en pacientes con trastorno de angustia. Cuarto congreso virtual de psiquiatría. Interpsiquis.España.

Mavisskalian, M.(1990).The relationship between panic disorder /agoraphobia and personality disorders. *Psichiatry Clin North*. Citado en Carrera, M., Ayestaran, A., Herran, A., Vazquez, J.L.(2003). Estados emocionales y perfil de personalidad en pacientes con trastorno de angustia. Cuarto congreso virtual de psiquiatría. Interpsiquis.España.

Massion, A.; Warshaw, M. & Keller, M. (1993). Quality of life and psychiatric comorbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 600-607. Citado en Vetere, Giselle. Nivel de funcionamiento y calidad de vida en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. Anu. investig. [online].2008,vol.15 Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php>.

Medina-Mora M. E., Borges G., Lara C., Benjet C., Blanco J., Fleiz C.,Villatoro J., Rojas E., & Zambrano J. (2003).Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Mexico.*Salud mental*, Vol.26. No.4.

Medina-Mora M. E., Borges G., Lara C., Benjet C., Blanco J., Fleiz C.,Villatoro J., Rojas E., & Zambrano J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological medicine*, 35, 1773-1783.

Miguel-Tobal, J.J. (1990). La ansiedad. En J.L.Pinillos y J. Mayor. (Eds.), *Tratado de psicología general. Motivación y emoción*, (Vol. 8, pp. 309-344).

Madrid: Alambra Longman. Citado en Sierra, Juan Carlos Ortega, Virgilio; Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-estar E Subjetividade, Março, 10 - 59.

Miguel-Tobal, J.J. (1995). Emociones negativas: Ansiedad y miedo. En E.G. Fernandez-Abascal(Eds), Manual de motivación y emoción (pp. 389-410). Madrid: Centro de Estudios Ramon Areces. Citado en Castillo, M.D y González, P.(2010). Estrés y ansiedad. Relación con la cognición. 11° Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2010, www.interpsiquis.com.

Mischel, W. (1988). Aprendizaje Social: la teoría Conductista se vuelve cognoscitiva. En: Teorías de la Personalidad. Mischel, W. MacGraw-Hill.

Mowrer, O.H. (1960). Learning theory and behavior. New York: John Wiley. Citado en Castillo, M.D y González, P.(2010). Estrés y ansiedad. Relación con la cognición. 11° Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2010, www.interpsiquis.com.

Navarro, R. (1971). El MMPI(Español) aplicado a jovenes mexicanos: influencias de sexo, edad y nive de inteligencia. [The MMPI (Spanish) applied to mexican youngsters: Sex, age and intelligence influence].Revista Latinoamericana de Psicología, 5(3-4), 127-137. Citado en Lucio, G-M.E.(2003). Uso e interpretación del MMPI2 en español. Editorial: Manual Moderno. México.

Nuñez, R. (1987). Pruebas psicométricas de la personalidad. Manual práctico del MMPI. Mexico. Trillas. En Lucio, G-M.E.(2003). Uso e interpretación del MMPI2 en español. Editorial: Manual Moderno. México.

Peutifoy, R.Z.(2005). Anxiety, Phobias and Panic. Warner books, New York, Boston.

Pichot,P.(2003). Los conceptos de trastorno del estado de animo y de ansiedad: evolucion historica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [online]., n.88.Disponible en: <<http://scielo.isciii.es/scielo.php>.

Rapee, R.M.(1995). Trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo, G., Buela- Casal y J.A. Carrobles, Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: Vol.1(p.p.471-491).Madrid: Siglo XXI. Citado en Bados, A. (2009). Trastorno de ansiedad Generalizada. Evaluación y tratamiento psicológico. Universidad de Barcelona.

Ravagnan,L.,M.(1981).El origen de la Angustia. Buenos Aires. Editorial Universitaria.

Rivera, O. (1991) Interpretación del MMPI en psicología clínica, laboral y educativa [MMPI interpretation in clinical, industrial and educational psychology].

Editorial El Manual Moderno, México. Citado en Lucio, G-M.E.(2003). Uso e interpretación del MMPI2 en español. Editorial: Manual Moderno. México.

Roig-Fuste, Joseph M.(1993). MMPI y MMPI2 en la exploración de la personalidad. Barcelona. Citado en Lucio, G-M.E.(2003). Uso e interpretación del MMPI2 en español. Editorial: Manual Moderno. México.

Rojas,E.(1998) La ansiedad como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones. México: Editorial Planeta.

Rollo, M., Tanley, S., Chachter, S. (1968). La angustia normal y patológica. Buenos Aires. Primera Edición. Editorial Paidós.

Roy-Byrne, P. P., Wagner, A. W., & Schraufnagel, T. J.(2005). Understanding and treating panic disorder in the primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 Suppl 4, 16-22. Citado en Cano, V.A., Wood, M.C, Dongil, E.,Latorre, J.M.(2011).El trastorno de pánico en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 2011. Vol. 32(3), pp. 265-273.<http://www.cop.es/papeles>.

Sandin, B. y Charot, P.(1995) Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A.B Belloch, B. Sandin y F. Ramos (Eds), *Manual de psicopatología* (vol. 2 pp.53-80). Madrid: McGraw-Hill. Citado en Sierra, Juan CarlosOrtega, Virgilio; Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, Março, 10 - 59.

Saiz, R.J., Ibañez,C.A., Montes,M.R.(2001).Trastorno de angustia. Crisis de pánico y agorafobia en atención primaria. Barcelona.

Sierra, Juan CarlosOrtega, Virgilio; Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, Março, 10 - 59.

Sierra, B.D., Carrera, M.,Herran, A., Ayestaran, A., Ramirez, M.L.(2008).Estudio de las fases tempranas del trastorno de angustia. *Norte de Salud Mental*. No.30. Pag 32-38.

Schlatter, N., J.(2005). *Supera la Ansiedad y el Estrés de tu vida Diaria*. Everest Primera Edición.

Schultz, D.P.et al, *Teorías de la Personalidad*, McGraw-Hill, Madrid, 1996.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press. (Trad. cast.: *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones, 1982). Citado en Castillo, M.D y González, P.(2010). Estrés y ansiedad. Relación con la cognición. 11° Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2010, www.interpsiquis.com.

Spielberger, C. (1979). Tensión y ansiedad. México: Harla S.A.

Stein, D.J.(2004). Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: España. Editorial: Ars Medica. Citado en Stein, D.J.(2004). Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: España. Editorial: Ars Medica.

Stein, M. B., Sherbourne, C. D., Craske, M. G., MeansChristensen, A., Bystritsky, A., Katon, W., et al. (2004). Quality of care for primary care patients with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2230-2237. Citado en Cano, V.A., Wood, M.C, Dongil, E., Latorre, J.M.(2011). El trastorno de pánico en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 2011. Vol. 32(3), pp. 265-273. <http://www.cop.es/papeles>.

Suarez Richards, M. (1995). Introducción a la psiquiatría. Buenos Aires, Argentina: Salerno. Citado en Sierra, Juan Carlos Ortega, Virgilio; Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, Março, 10 - 59.

Taylor, S. E. (1986). *Health psychology*. New York: Random House. Citado en Sierra, Juan Carlos Ortega, Virgilio; Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, Março, 10 - 59.

Thyer, B. A. (1987). *Treating anxiety disorders: A guide for human service professionals*. London: Sage Publications. Citado en Sierra, Juan Carlos Ortega, Virgilio; Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, Março, 10 - 59.

Usala, P.D., y Hertzog, C. (1991). Evidence of differential stability of state and trait anxiety in adults. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 471-479. Citado en Castillo, M.D y González, P.(2010). Estrés y ansiedad. Relación con la cognición. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2010, www.interpsiquis.com.

Valdés, M. & Flores, T. (1990). *Psicobiología del estrés (2a ed. Actual.)*. Barcelona: Martínez Roca.

Vaquero, C.C.(2005). *Psicología: Un espacio para tu reflexión*. Editorial Esfinge, México.

Vila, J.(1984). Técnicas de reducción de ansiedad. En J.Mayor y F.J.Labrador (Eds), *Manual de Modificación de Conducta* (pp.229-264). Madrid: Alhambra.

Weisberg, R.; Keller, M.; Warshaw, M.; Dolan, R.; Culpepper, L. & Wasson, J. (1999). Health and health perceptions in primary care patients with generalized anxiety disorder. Presented at the 19th National Conference of Anxiety Disorders Association of America, San Diego. Citado en Vetere, Giselle. Nivel

de funcionamiento y calidad de vida en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. Anu.investig. [online].2008,vol.15. Disponible en: <<http://www.scielo.org.ar/scielo.php>.

