

T.O.
E/139

I

89

142

Juan de la Parra

Juan María García-Jaramillo Ramírez

ESTRUCTURA SEMIOLOGICA DE LOS
TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

TESIS DOCTORAL

DON JOSE GINER UBAGO, CATEDRATICO DE PSIQUIATRIA Y DON MANUEL CAMACHO LARAÑA, PROFESOR TITULAR DE PSIQUIATRIA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA,

CENTIFICAN: Que Don Juan M^a García-Jaramillo Ramírez, ha realizado bajo nuestra dirección el presente trabajo denominado: "ESTRUCTURA SEMIOLOGICA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD", que presenta como Tesis Doctoral y que a nuestro juicio reúne las condiciones exigibles para optar al grado de Doctor.

Para que conste expedimos el presente certificado en Sevilla, a cuatro de Julio de mil novecientos noventa y uno.

M. Camacho
Fdo: Prof. Dr. M. Camacho Laraña.

J. Giner Ubago
Fdo: Prof. Dr. J. Giner Ubago.



DEDICATORIA

A Manuel García Jaramillo

AGRADECIMIENTOS

Quiero hacer patente mi reconocimiento a los Profs. Dr. Giner Ubago y Dr. Camacho Laraña; ambos diseñaron y dirigieron este estudio; e hicieron posible con su dedicación y estímulo personal llevar a buen término este trabajo. Igualmente quiero agradecer a los Profs. Dr. Martínez García y Dr. García Ramírez, su inestimable aportación en los aspectos metodológicos y en el tratamiento de los datos.

Mi más sincera gratitud a todos aquellos pacientes que amablemente se brindaron para colaborar en este trabajo.

Y para aquellos a los que mi dedicación a este trabajo les privó de tantas cosas, vaya ahora mi más emocionado recuerdo. A Juana , a Manuel Alberto, a Lucía, muchas gracias.

INDICE GENERAL

CAPITULO PRIMERO: INTRODUCCION.....	1
1.1. EL CONCEPTO DE ANSIEDAD - ANGUSTIA.....	4
1.1.1. Reseña histórica del concepto de Ansiedad: de la Filosofía a la Psicopatología.....	5
1.1.2. Aportaciones conceptuales a la ansiedad....	10
1.1.2.1. Desde el Modelo Psicoanalítico....	12
1.1.2.2. Desde el Modelo de la Psico- logía Experimental.....	15
1.1.2.3. Desde el Modelo Médico.....	30
1.1.3. Elementos para una definición de la Ansiedad.....	50
1.2. LA PATOLOGIA DE LA CONDUCTA ANSIOSA.....	54
1.2.1. Acercamiento semiológico a los Trastornos de la Ansiedad.....	57
1.2.1.1. Nivel de respuesta Cognitivo.....	58
1.2.1.2. Nivel de respuesta Somato- Fisiológico.....	63
1.2.1.3. Nivel de respuesta Motor.....	76

1.2.2. Acercamiento nosológico a los Trastornos de la ansiedad.....	85
1.2.2.1. SIGMUN FREUD.....	91
1.2.2.2. Desarrollo de las ICDs y los DSMs.....	96
1.2.2.3. El D.S.M.-III y su Revisión (DSM-III-R).....	105
1.2.2.3.1. Relación de los sín- tomas ansiosos en el DSM-III-R.....	115
1.2.2.3.2. Descripción de los Trastornos por ansie- dad en el DSM-III-R...	118
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y FORMULACION DEL OBJETIVO.....	131
CAPITULO SEGUNDO: MATERIAL Y METODO.....	139
2.1. MUESTRA.....	141
2.2. MEDIDAS.....	144
2.2.1. Historia Clínica.....	144

2.2.2. Relación de Variables Sociodemográficas.....	144
2.2.3. Relación de Síntomas Ansiosos del DSM-III-R.....	146
2.2.4. Criterios Diagnósticos del DSM-III-R para los Trastornos por Ansiedad.....	151
2.3. PROCEDIMIENTO.....	152
2.4. ANALISIS DE DATOS.....	154
CAPITULO TERCERO: RESULTADOS.....	158
3.1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA MUESTRA.....	163
3.1.1. Sexo y Edad de la muestra.....	163
3.1.2. Estado civil.....	163
3.1.3. Nivel de estudios.....	164
3.1.4. Situación laboral.....	164
3.2. RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR A LA MUESTRA LA RELACION DE SINTOMAS ANSIOSOS RECOGIDOS EN EL DSM-III-R.....	166
3.2.1. Síntomas Psíquicos.....	166

3.2.2. Síntomas Somáticos.....	173
3.3. RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM-III-R A LOS SUJETOS DE LA MUESTRA.....	176
3.4. RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR A LA MUESTRA EL ANALISIS FACTORIAL DE CORRESPONDENCIAS.....	189
3.4.1. Se seleccionan todos los Síntomas Psíquicos y Somáticos con $f_a > 10$	193
3.4.2. Se seleccionan sólo los Síntomas Psíquicos con $f_a > 10$	198
CAPITULO CUARTO: ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	
4.1. CONSIDERACIONES PREVIAS.....	205
4.2. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR A LA MUESTRA LA RELACION DE SINTOMAS ANSIOSOS RECOGIDOS EN EL DSM-III-R.....	212

4.3. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR A LA MUESTRA EL ANALISIS FACTORIAL DE CORRESPONDENCIAS.....	219
4.3.1. Datos relativos al conjunto de sínto- mas Psíquicos y Somáticos con $f_a > 10$	219
4.3.2. Datos relativos a los síntomas Psíquicos con $f_a > 10$	230
4.3.2.1. El factor Ansiedad-Angustia.....	235
4.3.2.2. El factor Fobia.....	243
4.3.2.3. Los restantes factores.....	246
CONCLUSIONES.....	250
RESUMEN.....	253
BIBLIOGRAFIA.....	257

CAPITULO 12: INTRODUCCION

INDICE

1.1.	EL CONCEPTO DE ANSIEDAD - ANGUSTIA.....	4
1.1.1.	Reseña histórica del concepto de Ansiedad: de la Filosofía a la Psicopatología.....	5
1.1.2.	Aportaciones conceptuales a la ansiedad....	10
1.1.2.1.	Desde el Modelo Psicoanalítico....	12
1.1.2.2.	Desde el Modelo de la Psico- logía Experimental.....	15
1.1.2.3.	Desde el Modelo Médico.....	30
1.1.3.	Elementos para una definición de la Ansiedad.....	50
1.2.	LA PATOLOGIA DE LA CONDUCTA ANSIOSA.....	54
1.2.1.	Acercamiento semiológico a los Trastornos de la Ansiedad.....	57
1.2.1.1.	Nivel de respuesta Cognitivo.....	58
1.2.1.2.	Nivel de respuesta Somato- Fisiológico.....	63

1.2.1.3. Nivel de respuesta Motor.....	76
1.2.2. Acercamiento nosológico a los Trastornos de la ansiedad.....	85
1.2.2.1. SIGMUN FREUD.....	91
1.2.2.2. Desarrollo de las ICDs y los DSMs.....	96
1.2.2.3. El D.S.M.-III y su Revisión (DSM-III-R).....	105
1.2.2.3.1. Relación de los sín- tomas ansiosos en el DSM-III-R.....	115
1.2.2.3.2. Descripción de los Trastornos por ansie- dad en el DSM-III-R...	118
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y FORMULACION DEL OBJETIVO.....	131



1.1. EL CONCEPTO DE ANSIEDAD-ANGUSTIA.

Es tradicional en la literatura científica que el concepto de ansiedad aparezca invariablemente asociado al de angustia, bien por considerar que se trata de entidades análogas, o de distintos grados de la misma. De aquí -más tarde retomaremos este comentario- debemos partir, con la intención de no restringir el objeto de nuestro estudio a una batalla perdida con qué términos usar.

Ahora, al margen de lo dicho, tenemos que admitir que nos situamos ante un constructo que ha estado y está íntimamente ligado al pensamiento humano. Al igual que "dolor", "emoción" o "muerte", el término angustia o ansiedad ha sido constantemente superado en sus connotaciones propias de las ciencias médicas, originándose un flujo y reflujo de elementos informativos, imposible de delimitar.

Se impone por tanto, como tarea previa, revisar brevemente las aportaciones que se han realizado desde múltiples disciplinas, escuelas tanto filosóficas como

médicas, pues no cabe duda que el estudio actual de la psicopatología de la ansiedad tiene contraída una deuda importante con ellas.

Así, vamos a mencionar algunos de los aspectos más significativos aportados desde distintos puntos de vistas.

1.1.1. RESEÑA HISTORICA DEL CONCEPTO DE ANSIEDAD- ANGUSTIA: DE LA FILOSOFIA A LA PSICOPATOLOGIA.

La inclusión del término angustia en los tratados médicos se remonta a la antigüedad, pues ya HIPOCRATES hacía mención de tal palabra. Pero fué en los inicios del siglo XIX, y bajo los influjos del dualismo cartesiano, cuando se empezó a reconocer en las emociones dos elementos: uno físico y otro psíquico. De este modo, BRISSAUD en 1890, distinguía la angustia -fenómeno bulbar- (sensación física de constricción y sofoco), de la ansiedad, especie de angustia intelectual -fenómeno cerebral- (trastorno psíquico que se traduce por un sentimiento de

inseguridad indefinible). Esta distinción, como nos comenta LOPEZ IBOR (1950), ha seguido dominando durante años la psicopatología francesa, donde autores como DEVAUX, LOGRE, CLAUDE, LÉVY-VALENSI, tras hacer pequeñas matizaciones o modificaciones continuaron argumentando dichas hipótesis.

La tesis diferenciadora de BRISSAUD contrastaba con la que LITTRÉ estableciera en 1863, el cual mantenía que la "inquietud", la "ansiedad" y la "angustia", eran tres niveles o grados de un mismo fenómeno. Esta gradación fué más tarde defendida por BOVEN en 1935, quien distinguía la "inquietud" (sensación de malestar que invade el espíritu del hombre y lo interpretaba sólo como de origen psíquico o moral); la "ansiedad" (sufrimiento más intenso, en el que participa no sólo el espíritu, sino también el cuerpo); y la "angustia" (expresión grave, profunda, del cuerpo reflejada en el espíritu, y del espíritu en el cuerpo). Los tres grados de sufrimiento tienen, sin embargo, un denominador común, que según DELGADO ROIG (1943), sería el disturbio afectivo correspondiente,

originario de un conflicto en nuestra personalidad.

Ambas posturas originan un primer acercamiento que, con independencia de sus evocaciones a la polémica semántica que aún perdura en nuestros días, tienen el privilegio de ser el punto de partida de la extensa y fructífera bibliografía que nos proporcionó el transcurso del siglo pasado y principios del actual.

Fué KIERKEGAARD el primero en profundizar en el conocimiento de la angustia al entrever en ella una posible revelación de la condición humana.

KIERKEGAARD, en 1844, la define en su libro "El concepto de la angustia" como la expresión de la limitación y la finitud en que vive sumergido el hombre, lo que le aboca a la necesidad esencial de vivir siempre en una continua e inmediata dependencia de Dios, de lo absoluto, único camino para encontrar el sentido de su existencia (KIERKEGAARD, 1963).

Otros autores representativos de este movimiento

fenomenológico-existencialista fueron HEIDEGGER y JASPERS. Este último, hizo un planteamiento psicopatológico de la angustia, incluyéndola en lo que llamó "sentimientos sin objeto".

Para HEIDEGGER, en 1927, lo más característico de la existencia humana, del yo humano, es que éste se presenta en su dato más originario como ser-en-el-mundo, es decir, nuestro yo toma conciencia de sí mismo gracias a que se encuentra sumergido en el mundo. El yo se encuentra a sí mismo tomando conciencia de su propio existir, siendo la angustia el camino para llegar a esta existencia auténtica (QUILES, 1948).

Por ello, al igual que para KIERKEGAARD, la angustia viene a constituir la esencia misma del hombre.

Por su parte, JASPERS, en 1932, considera que la angustia es un estado que afecta la vida del hombre en su totalidad, produciendo incluso el miedo de nuestro propio vivir. Este miedo a nuestra propia existencia,

por la imposibilidad de captar siquiera su significado, es lo que obliga a todos los hombres a trabajar cada vez con más tenacidad o, como muy bien apunta DELGADO ROIG (1943), a huir y a refugiarse en su enfermedad.

De este modo, JASPERS (1950), en su libro "Psicopatología General", al tratar los "Sentimientos sin Objeto", hace una diferenciación entre lo que es angustia y lo que es miedo. Considera que éste último es un sentimiento que tiene siempre un objeto, mientras que la angustia es inobjetiva.

Pero sin lugar a dudas es a FREUD, a quien se debe la introducción del término ansiedad, como palabra equivalente a la de angustia, en la Psicopatología. Este autor, se refiere con el vocablo "angst" de forma genérica a lo que posteriormente ha sido denominado indistintamente con los términos de angustia y ansiedad. Resumiendo, podemos decir que en el conjunto de su obra, el término angustia es utilizado como estímulo (angustia real), como la

reacción resultante de las tensiones somáticas sexuales reprimidas (angustia automática) y como motivo de defensa del yo (señal de angustia). Puntos de vista que con el paso de los años sufrirían numerosas modificaciones por parte de algunos de sus seguidores como MAY (1950) o SULLIVAN (1953, 1972). Esfuerzos éstos que no se plasmarían en una concepción operativa y útil para la investigación científica, quedando en meros intentos por captar la esencia de una supuesta "entidad" o "constructo" denominado angustia o ansiedad.

Pese a lo cual, como tendremos oportunidad de comprobar en los siguientes capítulos de esta introducción teórica, cabe reconocerles el mérito de que apuntasen muchas de las claves de la moderna semiología y nosografía psiquiátrica.

1.1.2. APORTACIONES CONCEPTUALES A LA ANSIEDAD.

Toda aproximación conceptual de la ansiedad, pasa necesariamente por su contextualización. Puntos de

vista diversos, han hecho que en ocasiones, la definición de la ansiedad sea un asunto más bien metateórico (cuyas acotaciones suelen formularse por aquello que aún no es y por lo que ya no es, y no por lo que es), en función de la justificación paradigmática que se buscara. Así, no es difícil encontrar fronteras imprecisas con otras emociones o sensaciones como son el miedo, la angustia, la inquietud, etc, resuelta las más de las veces en términos de inclusión o exclusión, y no de diferenciación.

Y como en todo constructo, la inclusión o exclusión de uno u otro indicador, elemento o manifestación definitoria, depende más de la utilidad y validez que se delimite en su resultado para el paradigma elegido, que de la objetividad con la que dicho indicador corresponde realmente a la entidad definida.

Por tanto, todo intento de describir, explicar, comprender o interpretar este estado emocional, donde

las manifestaciones sintomatológicas se corresponden con numerosos parámetros bioquímicos, neurofisiológicos, psicológicos, interpersonales y ambientales, pasa necesariamente por el modelo o paradigma del que se parta. Lo cual se agrava por el progresivo paralelismo resultante de modelos teóricos, independientes y enfrentados, que ha caracterizado el acercamiento científico a la ansiedad.

Por todo ésto, en el presente trabajo y antes de optar por una determinada opción conceptual, vamos brevemente a comentar las principales aportaciones de las líneas científicas que han abordado esta problemática, tanto en su vertiente descriptiva como diferenciadora, como paso previo a nuestra toma de posición.

1.1.2.1. DESDE EL MODELO PSICOANALITICO.

A pesar de que en el enmarque histórico que hemos realizado se comenta la importancia que supuso en el estudio de la ansiedad la obra de FREUD, no podemos

obviar este modelo ahora. Pues a los méritos que este autor tiene como impulsor del estudio psicopatológico de la ansiedad, debemos ahora unir las aportaciones que el desarrollo del modelo psicoanalítico y de toda la psicología dinámica, ha hecho en la formulación conceptual de la ansiedad y sus trastornos.

La "angst" ocupa una posición central en la compleja teoría freudiana de la personalidad siendo considerada el núcleo de toda neurosis y por tanto, los síntomas neuróticos como equivalentes angustiosos. Así, en la primera interpretación que FREUD (1895) dió de la neurosis de angustia en "La neurastenia y la neurosis de angustia", consideró que ésta estaba provocada por la descarga inadecuada de la libido. Cuando debido a las normas sociales, la libido no encuentra cauce, se reprime. De esta represión nace la angustia y es en el tratamiento, donde se produce una liberación de la misma. Por tanto, la angustia es desde esta concepción, la expresión anormal o patológica de la energía libidinal no controlada.

Más adelante, al reformar su teoría de la angustia en "Inhibición, síntoma y angustia", FREUD (1926) introdujo tres nuevos términos: "angustia automática" ("automatische angst"), "angustia real" ("realangst") y "señal de angustia" ("angstsignal").

Al margen de aspectos privados para el Psicoanálisis, con el término "angustia real", FREUD hace referencia al estado afectivo de carácter displaciente (acompañado generalmente de sensaciones físicas) que experimenta todo individuo expuesto a una situación de peligro exterior, constituido para éste en una amenaza real. Es decir, con este término FREUD no califica la angustia, sino lo que la motiva. Ya no se trata de la angustia ante la pulsión, sino ante un peligro real.

De este modo, en la angustia "la representación del mundo está teñida de temores vividos con realismo, y la imaginación de sí mismo en ese mundo o situación está cualificada por el temor" (RUIZ OGARA, 1985).

Esta nominación y definición, a pesar de sus

limitaciones, ha tenido una gran trascendencia en los estudios posteriores de la ansiedad, especialmente en toda la Psicología Dinámica, cuyo modelo teórico se formulará sobre un aparato psíquico (Ello, Superyo y Yo) sometido a dos grandes fuerzas en contradicción (Eros y Thanatos); y la libido como energía recorriendo el inconsciente entre el principio del placer y la realidad (RUIZ RUIZ, 1988).

1.1.2.2. DESDE EL MODELO DE LA PSICOLOGIA EXPERIMENTAL.

Frente a las imprecisiones conceptuales de la escuela psicodinámica, han ido apareciendo desde diferentes escuelas psicológicas, modelos teóricos y líneas de investigación para el estudio de la ansiedad. Esto ha hecho posible que desde esta vertiente se hayan configurado tres enfoques distintos, que han aportado datos muy relevantes para la comprensión de la ansiedad y sus trastornos. A saber: el acercamiento conductista o comportamental, el psicométrico y el acercamiento cognitivo.

Bajo la línea conductista y tomando como referencia la hipótesis de YERKES y DODSON (1908) que postula la existencia de una cierta relación entre el nivel de excitación de un sujeto y su nivel de ejecución en una determinada tarea, y asumiendo los postulados de la teoría del impulso de HULL (1952), una larga serie de autores han querido considerar la ansiedad como un "drive" motivacional, responsable de la capacidad del sujeto para emitir respuestas ante una determinada estimulación. En este sentido, cabe destacar a DOLLARD y MILLER (1950), SPENCE y TAYLOR (1953), y SPENCE y SPENCE (1966). Estos últimos comprobarían experimentalmente que existe una relación entre la ansiedad y la ejecución, en el sentido de que un cierto grado de ansiedad facilita la ejecución de tareas que dominamos y dificulta el aprendizaje de aquellas tareas en las que no somos diestros.

Desde este mismo punto de vista, encontramos otros intentos de explicar la ansiedad como una respuesta condicionada. Destacando en este sentido los esfuerzos de PAVLOV (1927) por inducir mediante

condicionamiento clásico lo que él denominó neurosis experimental. Aplicándose también posteriormente procedimientos de condicionamiento operante para instaurar neurosis experimentales (MASSERMAN, 1943).

Pero probablemente, la versión más completa de la ansiedad, desde el punto de vista clínico, sea la contenida en la teoría biprocesual de MOWRER (1960) que establece los siguientes principios:

1.- La ansiedad es una conducta aprendida mediante condicionamiento clásico.

2.- Esta puede facilitar, en cierta medida, el aprendizaje por ensayo y error.

3.- Se puede conseguir la reducción de la ansiedad por medio de procedimientos instrumentales de evitación.

De este modo, MOWRER concilia las dos propuestas experimentales anteriores, a saber:

a) que la ansiedad puede ejercer de "drive"

motivacional para el aprendizaje, y

b) que la ansiedad es una respuesta condicionada o aprendida que, consiguientemente, también puede ser descondicionada. Y es en esto último, precisamente, donde radica su interés clínico.

Ahora bien, aunque es cierto que los resultados de los trabajos experimentales antes citados han constituido un claro avance en la delimitación operativa del constructo ansiedad, también lo es el que en este planteamiento se hace notar la falta de atención prestada a los factores disposicionales y cognitivos que presumiblemente intervienen en la adquisición, mantenimiento y extinción de la ansiedad.

De hecho, no está suficientemente explicada la resistencia a la extinción (EYSENK, 1981) ni la persistencia de conducta de miedo cuando se ha extinguido la conducta de evitación o de la conducta de evitación cuando se ha extinguido la conducta de miedo (VILA, 1983). Se ha postulado que la relación entre la activación autonómica y la conducta de

evitación está modulada por las expectativas de peligro del sujeto (BANDURA, 1987), pero no hay una evidencia empírica al respecto, ni de esta hipótesis se concluyen tampoco unas perspectivas claras de intervención.

La teoría del aprendizaje social, expuesta por BANDURA (1969, 1977 y 1987), supone un intento de superar las insuficiencias de las teorías tradicionales del condicionamiento y de ampliarlas con un modo de aprendizaje específicamente humano.

En relación con la adquisición o el desarrollo de las reacciones fóbicas o de ansiedad, este modelo -nos comenta CARROBLES (1989)- postula la existencia de tres posibles vías de adquisición de estas reacciones que sugieren, por su parte, distintas formas de intervención terapéutica para modificarlas. Las tres modalidades de adquisición son:

- a) la experiencia directa con acontecimientos aversivos o traumáticos,
- b) la observación de otra persona viviendo la situa-



ción traumática (aprendizaje observacional) y
c) la recepción de información en torno a situaciones de miedo (cuentos, leyendas, etc.).

A partir de los años sesenta, el tema que nos ocupa es recogido por un nuevo enfoque que intenta establecer las relaciones existentes entre la ansiedad y otros constructos y variables integrantes de la personalidad. Esta nueva línea, caracterizada por su preocupación psicométrica, intenta establecer un nuevo modelo teórico general de la ansiedad apoyándose en las técnicas de análisis factorial, así como en la teoría de los rasgos de personalidad. Nos referimos a la línea psicométrico-factorial.

Debemos a RAIMOND CATTELL el primer intento sistemático de medir e identificar el constructo ansiedad. En su obra «El significado y medida de neuroticismo y ansiedad» (CATTELL y SCHEIER, 1961) destaca la existencia de dos factores relativos a la ansiedad: ansiedad-rasgo y ansiedad-estado. El factor de ansiedad-estado se encuentra caracterizado por la

aparición de una serie de respuestas altamente correlacionadas y que, tomadas en conjunto, definen lo que los teóricos anteriores a él han denominado «ansiedad». Tal aparición se produce en un momento concreto y es medible mediante diversos procedimientos, aunque por motivos prácticos, CATTELL se inclina por el empleo de cuestionarios.

Cuando el estado de ansiedad se hace consistente a lo largo del tiempo, conforma lo que este autor denomina «ansiedad rasgo» que se constituye en uno de los factores integrantes de la personalidad del sujeto. También este factor puede ser medido a través de cuestionarios y a tal efecto se construyó el tan utilizado cuestionario «16-PF» (para un comentario más amplio de los trabajos de CATTELL ver SPIELBERGER, 1972).

Autores como GOLDFRIED y LINEHAM (1977), HERSEN (1976) y MISCHEL (1968, 1969 y 1971) se han mostrado críticos ante esta aproximación. Sus objeciones tienden a poner de manifiesto la escasa evidencia

empírica que apoya la consistencia transituacional de los rasgos de personalidad. Y en cuanto a los instrumentos de medida que evalúan tales constructos, hacen hincapié en su escasa validez y en la poca o ninguna relación existente entre el diagnóstico que con ellos se efectúa y el tratamiento subsiguiente. Asimismo, esta corriente ha recibido la crítica realizada contra todo el planteamiento psicométrico en el sentido de que éste prima la información general obtenida de grandes muestras y no las características específicas que definen a un sujeto determinado (BORKOVEC, WEERTS y BERNSTEIN, 1977).

El segundo gran modelo conceptual desde este acercamiento lo encontramos en SPIELBERGER (1966). Dicho autor, en su trabajo «Ansiedad y Conducta» sienta los pilares principales de su teoría del «estado-rasgo-proceso» que desarrollará en trabajos posteriores (SPIELBERGER, GORSUCH y LUSHENE, 1970). En ellos insiste en la necesidad de clarificar las relaciones existentes entre estos tres conceptos; primero, la ansiedad como estado; segundo, la ansiedad

como un rasgo de personalidad y tercero, la ansiedad como un proceso complejo que incluye el miedo y el estrés.

Para SPIELBERGER (1976), es erróneo considerar la ansiedad como un todo unitario aprehensible en todos sus elementos, pues la ansiedad es un proceso, es decir, una secuencia compleja de hechos cognitivos, afectivos y comportamentales evocada por algunas formas de «estrés» (condiciones estimulantes que desencadenan la ansiedad). Los estímulos pueden ser interpretados cognitivamente como potencialmente peligrosos, elevándose entonces el nivel de ansiedad-estado que consiste en aquellos sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo que son percibidos conscientemente y que suelen ser acompañados de la activación del S.N.A. y Endocrino. Al elevarse el estado de ansiedad, se producen operaciones cognitivas y conductuales que tienden a disminuir el nivel de ansiedad-estado, y que pueden ser de tres tipos:

a) Reinterpretación del estímulo.

b) Evitación de la situación.

c) Emisión de conductas y/o «mecanismos de defensa» que tiendan a reducir la ansiedad-estado.

Como nos comenta ANSORENA y cols. (1983), SPIELBERGER conceptualiza el segundo componente de su modelo, la ansiedad-rasgo, como aquellas diferencias individuales estables en la tendencia a interpretar como «peligrosas» un amplio espectro de situaciones y a responder a ellas con elevaciones de la ansiedad-estado.

Según lo expuesto, el modelo de SPIELBERGER podría ser reducido a la siguiente fórmula:

$$A-p = f(A-e \times A-r)$$

En él, la ansiedad como proceso es función de la interacción entre la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo. Es decir, entre factores estimulares y disposicionales en cuya base encontramos el modo en que el sujeto interpreta y evalúa su medio, ya sea de

una forma circunstancial y situacional o de un modo estable y transituacional.

Desde el enfoque cognitivo existen toda una serie de teorías que se han ocupado ampliamente del tema de la ansiedad.

A finales de la década de los 60 y principios de los 70, LAZARUS propone una teoría del estrés estrechamente vinculada con el objeto de esta tesis. Los conceptos centrales de dicha teoría son el de «estrés» y el proceso de afrontamiento del «estrés». En su primera aproximación, describe el estrés como estímulo y como respuesta:

-Como estímulo, el estrés es definido como una circunstancia externa a la persona que le supone demandas extraordinarias o inusuales (LAZARUS, 1969).

-Como respuesta, LAZARUS indica cuatro tipos principales de reacción que pueden utilizarse generalmente como indicadores de «estrés»:

-Autoinformes de emociones disfóricas como miedo,

ansiedad, ira, etc.

- Conductas motoras.
- Cambios inadecuados del funcionamiento cognitivo.
- Cambios fisiológicos.

Centrando su atención en el elemento puramente psicológico del «estrés», elabora el concepto de amenaza, a la que atribuye dos propiedades: primero, tiene carácter anticipatorio, es decir, se halla en referencia a expectativas negativas de futuro y, segundo, depende de procesos cognitivos.

En la respuesta de «estrés» distingue cuatro elementos:

- Antecedentes.
- Mediadores psicológicos.
- Modos de expresión de afrontamiento.
- Respuestas específicas de afrontamiento.

Las condiciones "antecedentes" corresponden tanto a la situación como al sujeto (sus rasgos de personalidad, creencias, estilos cognitivos, etc.).

Ambos elementos determinan la evaluación cognitiva que, como "mediador psicológico", hace el sujeto del estímulo presentado. Si éste es evaluado como amenaza potencial, el sujeto responderá por medio de la puesta en práctica de sus habilidades de afrontamiento; éstas pueden ser, en general, de dos tipos: a) acciones directas (generalmente de tipo motor y encaminadas a la eliminación del peligro o a la consecución del refuerzo positivo), y b) procesos intrapsíquicos (fundamentalmente cognitivos y encaminados a la resolución del conflicto).

El proceso de evaluación cognitiva es, al propio tiempo, proceso de reevaluación de la situación estimular en función del flujo de los acontecimientos de tal situación y del «feed-back» recogido tras la emisión de las conductas de afrontamiento del sujeto.

Resumiendo, con los trabajos de LAZARUS y los anteriormente expuestos de SPIELBERGER, podríamos decir que se establecen las bases para romper con la falsa dicotomía «persona» (rasgo y variables disposi-

cionales) "versus" «situación» (estado, variables situacionales). Ruptura que se hace más patente, si cabe, en el modelo de ansiedad propuesto por ENDLER y HUNT (1969), en el que se insiste en la necesidad de especificar la interacción entre los rasgos personales que definen la ansiedad y las situaciones específicas en que tal ansiedad se manifiesta, al objeto de predecir y modificar determinadas conductas que resultan ser desadaptativas.

Para poder especificar tal interacción, ENDLER, HUNT y ROSENSTEIN (1962) habían construido el "Inventario de Ansiedad Estímulo-Respuesta", instrumento que pretende medir el rasgo-multidimensional-ansiedad integrado por tres componentes:

- 1.- Ansiedad interpersonal.
- 2.- Ansiedad ante el peligro físico.
- 3.- Ansiedad en situaciones ambiguas.

En definitiva, estos autores vinieron a demostrar que la mayor parte de la varianza de la ansiedad total expresada por un sujeto ante una situación ansiógena,

es explicada por la interacción del sujeto con dicha situación, y no por uno de estos dos elementos; es decir: no por las peculiaridades individuales del sujeto ni por la carga ansiógena de la situación (ENDLER y HUNT, 1969).

Hasta aquí hemos revisado brevemente las líneas de investigación más relevantes que han aparecido desde el campo de la psicología para dar cuenta del concepto de ansiedad, y cuyas aportaciones a la aproximación conceptual son:

Por un lado, considerar a la ansiedad como un complejo comportamental que puede ser provocado o instaurado mediante procedimientos experimentales como el condicionamiento clásico y el operante. Así, es considerado como una respuesta aprendida susceptible de cambios a través de modificaciones ambientales.

Aquella otra que la conceptualiza como un rasgo disposicional o de personalidad que fluctua en la interacción del organismo con el medio, en función de la vivencia e interpretación que la persona realiza de

los acontecimientos medio ambientales. Desde este enfoque, se debe distinguir entre la ansiedad rasgo, lo que equivaldría a la carga disposicional, y la ansiedad estado, que es la manifestación concreta a partir de vivencias ansiosas.

Y por último, la que considera la ansiedad como un comportamiento manifiesto o encubierto resultado de la interacción de variables personales y situacionales; originándose una respuesta ansiosa en función de un procesamiento de la información estimular, a través de un feed-back de tipo positivo.

1.1.2.3. DESDE EL MODELO MEDICO.

La psicopatología moderna, un enfoque basado en el modelo médico, es la perspectiva dominante en el acercamiento médico-psiquiátrico de la ansiedad.

Esta aproximación al estudio de la ansiedad, es quizás la más densa históricamente, y donde no es posible obviar la problemática semántica.

En la lengua castellana y en la francesa, se utilizan de forma indiferente los dos vocablos "ansiedad" y "angustia", tanto a nivel popular como a nivel de la práctica clínica, mientras en otros idiomas como los anglosajones, ambos términos aparecen integrados en un sólo concepto.

Este uso indiferenciado de los términos se ha debido a que las diferencias encontradas a nivel teórico entre ambos conceptos no son posible matizarlas a nivel práctico, por la dificultad que entraña a la hora de precisar dichos matices en enfermos concretos. Igualmente, desde el punto de vista del tratamiento, usualmente psicofarmacológico, dicha diferenciación tiene poca utilidad (GINER, 1984).

Sin embargo, recientemente, autores como HARDY y cols. (1985), vuelven a subrayar la oposición que tradicionalmente había considerado la Psiquiatría a nivel teórico, entre ansiedad como un estado psicológico y la angustia como la representación

corporalizada de la misma, indicando que dicha oposición ha vuelto a cobrar sentido, en gran parte, gracias a los tratamientos biológicos de la angustia o, lo que es lo mismo, al empleo de fármacos activos más selectivos sobre uno u otro polo del fenómeno: tranquilizantes en la ansiedad psíquica y β -bloqueantes en la ansiedad física (GRANVILLE-GROSSMAN y TURNER, 1966).

Esta tendencia a utilizar los dos términos la vemos reflejada en una de las clasificaciones con más vigencia en la Psiquiatría actual (DSM-III-R, 1987), donde la ansiedad hace referencia a los «estados», es decir a una sintomatología mantenida y generalizada sin tener en cuenta matices vivenciales diferenciales; quedando la angustia, para los trastornos que se presentan en forma de «ataques», es decir, de crisis más o menos entrecortadas y recurrentes.

A nivel psicopatológico, muchos autores en nuestro medio, resaltan la importancia de los matices diferenciales entre el concepto de angustia y el de

ansiedad (LOPEZ IBOR, 1950, 1966; ALONSO-FERNANDEZ, 1977; CONDE, 1985; LOPEZ-IBOR ALIÑO, 1986; GINER, 1987; AYUSO, 1988; ROJAS, 1989) y no sólo en sus raíces etimológicas, sino también en sus implicaciones terapéuticas.

Las diferencias encontradas a nivel teórico entre ambos conceptos quedan perfectamente plasmadas en las descripciones que a tal efecto hace LOPEZ IBOR en sus libros: "La angustia vital" (1950) y "Las neurosis como enfermedades del ánimo" (1966).

Para LOPEZ IBOR (1966), angustia y ansiedad "son matices de la misma experiencia. Imaginariamente los podemos considerar situados en planos distintos: la angustia es más profunda, más visceral, más física y más constrictiva. La ansiedad es más elevada, más noética y más libre. Cuando se analiza bien lo que es la experiencia angustiosa se topa con los dos matices de la escala": por un lado, "el temor a la disolución de la unidad y continuidad del yo", y por otro "cuando amenaza la disolución, aparece el «vértigo de la

libertad».

Más adelante, puntualiza que "son dos momentos de la misma vivencia, el primero más bien expresado por la palabra angustia y el segundo por la palabra ansiedad." En la angustia, nos comenta, hay "una especie de distensión del éxtasis existencial" lo que le da la experiencia de "detención del tiempo vivido". Cuando, por el contrario, todo es posible, "el tiempo interior cursa más veloz", se acorta el presente. "Al ansioso le falta el tiempo para realizar todo lo que podría realizar" (LOPEZ IBOR, 1966).

Desde esta línea, y desde los escritos de dicho autor muchos psicopatólogos han estudiado, matizado y esquematizado tales diferencias, pero todos vienen a corroborar de forma generalizada lo propuesto por LOPEZ IBOR. Entre dichos autores podríamos citar a: JIMENEZ y GINER (1968), ALONSO-FERNANDEZ (1977, 1978 y 1982), SEVA (1979), LOPEZ-IBOR ALIÑO (1982), GINER (1987), AYUSO (1988).

Por su parte, ALONSO-FERNANDEZ (1977) comenta al

respecto: "la angustia es más visceral y más física, tiende a concretarse como una opresión precordial o epigástrica, acompañada de un encogimiento o sobreco-
gimiento, y lleva implícita la experiencia de deten-
ción del tiempo vivido. La ansiedad es más noética y
más elevada, toma la forma vivencial de sensación de
falta de aire -tiene más valencias respiratorias que
cardíacas- y suele acompañarse de inquietud o
sobresalto y de aceleración del tiempo vivido. La
angustia es más bien vivencia de amenaza, amenaza de
muerte o de locura. La ansiedad, vivencia de que todo
es posible". Todo ello, lo esquematiza en 1978 en el
cuadro que a continuación exponemos (Cuadro nº 1):

CUADRO Nº 1

	ANGUSTIA	ANSIEDAD
Experiencia corporal Global	Sensación de espera incierta e inmovilizante.	Sensac.de inquietud.
Experiencia corporal Localizada	Opresión precordial o epigástrica (cardíaca).	Sensac.falta de aire (respiratoria).
Vivencia	Temor a volverse loco o a morir repentinamente (presento. disolución Yo).	Posibilidad de que todo ocurra (zozobra).
Plano psicomotor ...	Inhibición y encogimiento: Sobrecogimiento.	Inquietud y desasosiego: Sobresalto.
Tiempo vivido	Lentificación y hasta detención.	Aceleración.
Espacio individual..	Reducción.	Exaltación.
Nota esencial	Más visceral y física.	Más psíquica y elevada.
Presentación	En la mayor parte de los neuróticos fásicos.	Sólo en aquellos neuróticos fásicos que tienen una gran capacidad de introspección.

Igualmente, JIMENEZ y GINER (1968) basándose en los mismos conceptos, relacionan ansiedad y angustia con estructuras de personalidad, encontrando "que la ansiedad se relacionaba con la «emotividad» de HEYMANS y WIERSMA, mientras que la angustia lo hacía con la

«no emotividad»", lo que resumen en el siguiente cuadro (Cuadro nº 2):

CUADRO Nº 2

ANGUSTIA. Caracterizada por:	ANSIEDAD. Configurada en:
-Lentificación del tiempo vivido con ambigüedad del presente.	-Precipitación del tiempo vivido con ambigüedad del presente.
-Ahogo de las vivencia tendenciales.	-Incremento vacío de las vivencias tendenciales.
-Inseguridad en el espacio pático, que se vuelve «vibrátil» (López Ibor)	-Insuficiencia del espacio pático que tiende a ser rellenado a expensas del espacio objetivo.
-Cuando se corporaliza, lo hace a través de la musculatura lisa como constricción.	-Al corporalizarse lo hace a través de la musculatura lisa, en la modalidad vivencial de onda expansiva, o a través de la estriada como inquietud o espasmodización.

De la misma manera, AYUSO (1988) esboza tales diferencias entre los conceptos de ansiedad y angustia como vemos en el siguiente cuadro (Cuadro nº 3):

CUADRO Nº 3

ANGUSTIA	ANSIEDAD
Más visceral	Más psíquica
Más constrictiva	Más libre
Opresión precordial o epigástrica	Sensación de falta de aire
Sobrecogimiento	Sobresalto

Observamos, en dicho cuadro, que la angustia es más física, más inmovilizante y más sobrecogedora. La ansiedad es más psíquica, siendo vivenciada con inquietud y sobresalto.

Por otro lado, ambos términos se asocian al miedo, al temor, a la inquietud o al pánico y todos ellos se corresponden con una intensa experiencia de amenaza o peligro. De aquí la necesidad de distinguir entre miedo, que es la expresión de la defensa o el enfrentamiento con una situación de amenaza conocida, de la ansiedad y la angustia donde se vivencia el miedo sin que exista un peligro real objetivado.

La idea de que el miedo se diferencia fundamentalmente de la angustia, por hallarse dirigido hacia un objeto determinado, aparece ya en los escritos de KIERKEGAARD. "El miedo -dice Kierkegaard (1912)- se refiere a algo determinado, está unido a un objeto; la angustia, por el contrario, no es un sentimiento intencional, sino un "humor" sin objeto" (ALONSO-FERNANDEZ, 1977).

En el ámbito de la psicopatología esta distinción entre angustia y miedo, basada en la ausencia o presencia de un peligro real, ha tenido una amplia y duradera difusión.

Así, PIERRE JANET en 1928, afirmaba que la angustia era "un miedo sin objeto" (HARDY y cols., 1985). Por su parte KURT SCHNEIDER (1951), al analizar las diferencias entre estos fenómenos, nos dice: "Designamos asimismo como «angustia» y no siempre como «temor», a la ansiedad inmotivada. La palabra «angustia» parece aludir en general a algo más elemental, más referido a sentimientos e instintos; la

palabra «temor» suena como algo más racional, más de acuerdo con la reflexión...".

Para LOPEZ IBOR, entre la angustia y el miedo, hay otros fenómenos de transición. «Uno de ellos es el "pánico", que es "un miedo a todo, a un peligro que amenaza de todas partes y, en el fondo, no lo hace desde ninguna". Entre el miedo y la angustia también se halla el "temor", donde el "impacto de lo desconocido es más evidente que en el miedo". Además hay estados mixtos, por ejemplo, "el miedo angustioso" y "el miedo a la angustia"» (ALONSO-FERNANDEZ, 1977).

Esta diferenciación que acabamos de describir, en opinión de AYUSO (1988), puede ser sintetizada, de tal forma que para dicho autor no hay diferencias ni subjetivas ni fisiológicas entre el miedo y la angustia, aunque ambos sentimientos difieren objetivamente, tal y como muestra el cuadro que exponemos seguidamente (Cuadro nº 4):

CUADRO Nº 4

MIEDO	ANGUSTIA
Reacción normal ante situac. de peligro identificado en el ambiente	Respuesta a la amenaza anticipada del ser
Sentimiento motivado	Sentimiento inmotivado o autónomo
Se acompaña siempre de objeto concreto	No se acompaña de objeto concreto. Objeto indefinido.

Según esto, se usa el término miedo para designar aquel sentimiento ansioso que resulta de una amenaza ante un peligro externo identificable en el ambiente. Al contrario que la angustia, que es vivenciada como indeterminada y carente de objeto. Al ser conocido el objeto en el miedo, existe la posibilidad de evitarse, por tanto, la amenaza de la angustia es distinta de la amenaza del miedo.

En esta misma línea, ROJAS (1989) recoge como miedo aquel "temor específico, concreto, determinado y objetivo ante algo, que de alguna manera viene de fuera de nosotros ...", y como ansiedad la "vivencia

de temor ante algo difuso, vago, inconcreto. Comparte con el miedo la impresión interior de temor, de indefensión, de zozobra". Pero mientras en el miedo esto se produce por algo, en la angustia se difuminan las referencias, es decir se produce por nada.

Pero a pesar de estas diferencias, la realidad muestra que en la práctica clínica estos términos se aunan de manera indiferenciada, ya que el sujeto angustiado establece una relación causa efecto. En cualquier caso, los argumentos diferenciadores están más cerca de disquisiciones dialécticas que de indicadores objetivos; ya que en todo caso la reacción del sujeto es la misma, sea motivada o no, sea leve o severa, sea concreta o inespecífica, sea breve o duradera; y cuya única referencia, desde el punto de vista psicobiológico, es que todas son respuestas ansiosas, de reacción ante el peligro (real o falso), de alerta, de disposición a la huida o ataque, etc.

Por tanto, bajo este enfoque, es posible definir la ansiedad como el "estado del organismo en el que

éste se sitúa en "alertización" con respecto a una amenaza a su integridad, física o psicológica, con objeto de posibilitar un gasto suplementario de energía capaz de dar respuesta al peligro o agresión, ya sea mediante el ataque o la huida (LADER, 1981; TYRER, 1982; HERRERO y cols. 1983; KLEIN y cols., 1984; JABLENSKY, 1985; ALVAREZ y BERNARDO, 1990; DIEZ, 1990).

La aceptación de esta definición, vuelve a plantear nuevas interrogantes. Pero no debemos obviar en este momento aquella que nos sitúa ante un constructo determinado psicopatológicamente, o en términos fisiológicos. Dicha definición, nos muestra un tipo de respuesta necesaria para la supervivencia, tal cual es la reacción del organismo ante las amenazas ambientales; no es necesariamente, una construcción patológica.

A lo largo de la historia se ha tratado en multitud de ocasiones, de establecer ciertas distinciones para con la angustia normal o real. De

esta forma, en 1926, FREUD en "Inhibición, síntoma y angustia" separa la ansiedad normal de la patológica afirmando que la primera era una ansiedad referida a un peligro conocido, mientras que la neurótica se refería a un peligro que "aún está por ser descubierto".

Por su parte, LOPEZ IBOR (1966) en "La angustia vital" considera insuficiente el criterio cuantitativo para trazar las fronteras de la angustia patológica y establece la diferencia aplicando la clasificación de los sentimientos de SCHELER: sentimientos sensoriales, vitales, psíquicos y espirituales. Así, nos dice: "la angustia normal ocurre en el plano de los sentimientos psíquicos o dirigidos, y la angustia patológica en el plano de los sentimientos vitales o endotímicos". LOPEZ-IBOR ALINO (1986), haciendo referencia a dicho autor, recoge los tres rasgos diferenciales entre la angustia morbosa, neurótica o timopática y la angustia normal, existencial o metafísica, y que son:

- 1) La angustia patológica tiene un carácter más

somatizado, acompañado siempre de síntomas corporales, que suelen ser aquellos por los que acude el enfermo a consulta (palpitaciones, diarreas, insomnio, etc.).

2) Los mecanismos defensivos que se ponen en marcha, tales como fobias, obsesiones o síntomas de conversión. Si la angustia es capaz de evocar defensas que son patológicas es porque ella en sí misma lo es. Será la presencia de estos cuadros patológicos, los que la diferenciarán una de otra.

3) El criterio terapéutico, hoy quizás de menos valor, ya que los fármacos ansiolíticos se utilizan cotidianamente para contener estados de angustia normales.

Más recientemente, SHEEHAN (1982) ha propuesto la distinción angustia endógena versus angustia exógena, siendo esta última como la ansiedad normal, es decir, apareciendo solo como respuesta a un trauma o una situación, o ligada a un estímulo determinado (monofobias). Sin embargo, la endógena se asocia a múltiples síntomas y generalmente a múltiples fobias

(PASNAU, 1987).

Por su parte, AYUSO (1988) resalta la importancia de la distinción conceptual y práctica entre la angustia normal y la angustia patológica, y la esquematiza en el siguiente cuadro (Cuadro nº 5):

CUADRO Nº 5

ANGUSTIA NORMAL	ANGUSTIA PATOLÓGICA
Más ligera	Más profunda, recurrente o persistente
Función adaptativa	Deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico
Menos corporal	Más corporal
Ocurre en el plano de los sentimientos psíquicos	Ocurre en el plano de los sentimientos vitales
Surge dentro del ámbito de la libertad	Implica reducción de la libertad personal

Como observamos en este cuadro, la angustia normal es más leve en cuanto a su intensidad, tiene una función adaptativa, está muy poco corporalizada,

se mueve en el plano de los sentimientos psíquicos y no implica una reducción de la libertad personal.

Por otro lado, vemos cómo la angustia patológica es desproporcionada con la situación o se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. Está más corporalizada, ocurriendo en el plano de los sentimientos vitales. El sujeto se siente como paralizado, con un sentimiento de indefensión o se considera incapaz de tomar la acción apropiada para neutralizar las situaciones provocadoras de ansiedad. Además, compromete el funcionamiento del individuo reduciendo su libertad personal (AYUSO, 1988).

En resumen, hemos podido constatar que esta perspectiva psicopatológica, establece un modelo explicativo basado en parámetros psicobiológicos, donde las variables de tipo social adquieren una gran relevancia en la interacción con las variables orgánicas, que son las determinantes en los comportamientos ansiosos.

En este sentido, la ansiedad es una experiencia

humana universal que se dá como mecanismo adaptativo ante infinidad de situaciones de la vida cotidiana que entrañan peligro; dándose una adecuación entre los estímulos y la respuesta que desencadenan. Aunque existe un contínuum entre lo que es normal y patológico, podríamos decir que la ansiedad sería patológica cuando la respuesta se pone en marcha ante estímulos inadecuados o inexistentes; o cuando siendo estos estímulos correctos, la duración y/o intensidad de la respuesta de alerta van más allá de los límites adaptativos.

Así, y al margen de los términos usados, entendidos la mayor de las veces como sinónimos, y en todo caso con el objeto de diferenciar distintos grados de intensidad de un mismo fenómeno (inquietud-ansiedad-angustia), o para diferenciar entre un sentimiento indefinible de inseguridad (ansiedad) y las sensaciones físicas de constricción y opresión asociadas (angustia) como vivencia somática de la ansiedad, debemos aceptar la doble vertiente de este estado emocional: psicológica y física.

El componente psíquico que se manifiesta como un sentimiento subjetivo de temor indefinido, de tensión interna e inseguridad frente a un peligro -a diferencia del miedo-, que no se conoce; donde impera la expectativa de una amenaza inminente e imparable, aunque en ocasiones ésta pueda ser percibida como absurda y sin sentido, pero irrefrenable, como es el caso de los trastornos fóbicos.

El componente físico o somático de la ansiedad depende de los cambios fisiológicos periféricos mediatizados por el sistema neurovegetativo y por una activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal similar a los producidos por el miedo, pero con distintos matices y duración. Afectan, fundamentalmente, a la esfera cardio-respiratoria y digestiva; aunque las diferencias individuales encontradas, recorren el más completo compendio de patología médica.



1.1.3. ELEMENTOS PARA UNA DEFINICION DE LA ANSIEDAD.

Hasta aquí hemos revisado las aportaciones más relevantes que se han vertido desde las diferentes escuelas y modelos psicológicos y psicopatológicos acerca del concepto de la ansiedad.

Es obvio, que ninguno de ellos, ha sido capaz de aportar una definición definitiva sobre qué es la ansiedad. Pero con todo, cada uno, y en base a su propia perspectiva, ha aportado una serie de indicadores que, ya en la actualidad, no son cuestionados por el resto de la comunidad científica.

En este sentido, consideramos más oportuno relacionar los elementos diferenciadores de la ansiedad con otras construcciones psicopatológicas que son aceptadas de forma generalizada, pues unos no se oponen a los otros y muy al contrario, enriquecen el acercamiento objetivo y científico al objeto de nuestro estudio: la ansiedad y sus trastornos. Así:

10.- Con el término ansiedad, se hace referencia al

conjunto de respuestas que el organismo pone en funcionamiento ante las situaciones de peligro (real, o imaginario) o de incertidumbre. De esta forma, es una respuesta orgánica cuya intención es homeostática. Pero al igual que toda respuesta orgánica, puede tener formas patológicas.

20.- Este conjunto de respuestas implica al organismo como un todo. De esta forma, ante una situación de peligro, se ponen en marcha mecanismos peculiares a nivel fisiológico, motor y cognitivo; que son los tres medios de respuesta de que consta nuestro organismo.

30.- Las respuestas ansiosas pueden variar cualitativa y cuantitativamente. Así, engloba, por una parte, todo el espectro de emociones con que nuestro organismo se manifiesta ante los indicadores ambientales que suponen una amenaza para él. Y por otra, incluye los grados y la resolución con que cada una de estas emociones se presentan. Por tanto, inquietud, miedo, terror, angustia, pánico, etc., deben considerarse dentro del término genérico ansiedad; pudiéndose

establecer un contínuun entre unos y otros, determinándose de este modo el nivel de resolución con que la respuesta ansiosa influye en el comportamiento del sujeto.

49.- El nivel de implicación de cada uno de los tres elementos del sistema con que un organismo responde ante el peligro, determinará la presentación formal del comportamiento. Por otra parte, las influencias del sustrato caracterial y disposicional de cada sujeto, determinarán presentaciones distintas de las respuestas ansiosas. Por tanto, sus formas de presentación, recorre el más amplio espectro de signos, pudiendo revelarse a través de cuadros caracterizados por respuestas cognitivas, por modificaciones fisiológicas, por alteraciones motoras o por todas las interrelaciones posibles.

50.- Los trastornos de la conducta ansiosa pueden ser debido fundamentalmente a dos procesos:

a) Al disparo de la conducta ansiosa, en ausencia de un peligro real.

b) A la falta de correlación entre el peligro y la relevancia (complejidad y/o duración) de la respuesta de alerta.

Como conclusión debemos admitir que en la actualidad, el término genérico ansiedad es equiparable al de «conductas ansiosas», término con el cual hacemos referencia a una serie de manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras con las que el organismo responde a las situaciones ambientales de alerta y peligro. Esta forma de proceder estará determinada por las diferencias individuales orgánicas y por las categorías peculiares de la situación ambiental; siendo una característica común de dichas manifestaciones su potencial carácter adaptativo.

1.2. LA PATOLOGIA DE LA CONDUCTA ANSIOSA.

Habida cuenta de la naturaleza adaptativa que tiene la conducta ansiosa, al precisar el posible carácter anormal o patológico que pueden adquirir este tipo de reacciones, debemos partir de una serie de indicadores básicos que presupongan patología. A saber: (CARROBLES, 1989)

1º.- La reacción del sujeto debe ser excesiva o desproporcionada en relación con las demandas de la situación peligrosa, e incluso en ausencia de ésta.

2º.- La reacción debe ser involuntaria, es decir, el sujeto no debe poder controlarla a pesar de sus repetidos intentos por conseguirlo.

3º.- El sujeto debe reconocer lo irracional y lo extraño de su conducta, y considerarla inhabitual entre las personas que le rodean.

4º.- La conducta del sujeto debe no ser adaptativa; y perturbará el funcionamiento normal y cotidiano del paciente, principalmente por sus conductas de

evitación y por su preocupación por ocultar el problema.

Por otro lado, debemos tener presente que la propia naturaleza de la respuesta ansiosa, hace que ésta se dispare ante cualquier situación que sea valorada como peligrosa para el sujeto; de este modo se encuentra presente en casi todos los trastornos mentales con independencia de su etiología. Es indudable el carácter adaptativo de esta respuesta en la situación mencionada; pero también es indudable su carácter patológico, pues precipita una retroalimentación positiva del trastorno de base.

Esto nos lleva a la delimitación de los trastornos de la conducta ansiosa como síndromes y como síntomas. Esta diferenciación es importante tenerla presente; pues si la segunda debe contemplarse dentro del marco de referencia del trastorno que lo desencadena, la primera es la que contemplamos y a la que nos referimos en todo nuestro trabajo.

No obstante, pese a lo anterior y a los avances

descritos en la delimitación conceptual del término ansiedad, aún no existe acuerdo general acerca del contenido diferenciador de tales manifestaciones o, lo que es lo mismo, acerca de qué elementos son característicos de este comportamiento. Ante este estado de cosas, no es arriesgado afirmar que los trastornos de la conducta ansiosa y los límites que los pueden definir, encuentran serias dificultades para imponerse en el estudio actual de los trastornos de ansiedad.

Y ésto es así, fundamentalmente por extensión. Es decir, el gran número de manifestaciones clínicas con que se presentan estos trastornos, ha propiciado una gran imprecisión en cuanto a los signos y los síntomas que son realmente diferenciadores o definidores de cada uno de ellos, y sus niveles discriminativos entre los mismos.

Con la intención de acercarnos a lo que ha constituido el estudio clínico de los trastornos de la ansiedad nos proponemos a continuación exponer,

partiendo del "triple sistema de respuesta" pregonizado por LANG (1971) en que -actualmente- se analiza la conducta humana (psico-cognitivo, motor y somato-fisiológico), en qué medida se modifican éstos hasta configurar un patrón patológico de la conducta ansiosa, sin obviar las formas en que dicho patrón disfuncional se presenta y describe.

1.2.1. ACERCAMIENTO SEMIOLOGICO A LOS TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD.

Como ya hemos visto, los niveles de respuesta implicados en las conductas ansiosas, son tres: el nivel psico-cognitivo, el nivel motor y el nivel somato-fisiológico. Por tanto, las manifestaciones clínicas que se pueden presentar pueden estar determinadas por alguno de ellos, o por cualquiera de las interacciones posibles (SCHACHTER y SINGER, 1962; BURNS, 1983; JAMES, 1984), ya que la semiología de la ansiedad involucra la práctica totalidad de los órganos y sistemas de nuestra economía.

De cualquier forma, en estos momentos, lo que nos interesa es precisar cómo se alteran cada uno de estos niveles hasta configurarse como respuesta patológica.

1.2.1.1. NIVEL DE RESPUESTA COGNITIVO.

Determinados autores llaman a estos signos de los trastornos de la ansiedad, los "fenómenos mentales" (KESSELMAN, 1985) o las "experiencias subjetivas" (HARDY y cols., 1985) que refiere el paciente ansioso como explicación de lo que le pasa.

Otros autores, bajo una línea más clásica, optan por llamarlos "síntomas psíquicos" o "síntomas psicológicos" para separarlos así de aquellas otras manifestaciones que ocurren bajo el componente somático o físico de la ansiedad y que son los denominados "síntomas somáticos" (LOPEZ IBOR, 1950 y 1966; HAMILTON, 1959 y 1969)

En definitiva, en este nivel, se recogen los signos o los síntomas que el paciente nos expresa sobre la vivencia subjetiva de lo que le pasa, es

decir, sus emociones, sentimientos y pensamientos de lo que le está ocurriendo.

Y no podemos olvidar que los medios con los que el paciente nos comunica estas emociones, sentimientos y pensamientos están íntimamente ligados al lenguaje; ésto hace que nuestra valoración esté mediatizada por la riqueza psicológica y la capacidad de autoanálisis del sujeto, al igual que dependerá también de la facilidad que dicho sujeto tenga para describir sus sentimientos (HERRERO y cols., 1983; ROJAS, 1988 y SARTORIUS, 1988).

La expresión más habitual de este tipo de experiencias -a este nivel-, y usada incluso desde el ámbito de la Filosofía, es aquella de «miedo sin objeto real». Vemos de esta forma, cómo la sintomatología psico-cognitiva, es decir, lo expresado por el paciente de su vivencia subjetiva, ha servido para abordar la mayoría de las definiciones que existen sobre la ansiedad. Esta valoración, clave a nuestro entender en la comprensión de los trastornos

de la ansiedad, equivaldría a una yuxtaposición de este segmento conductual con la entidad psicopatológica que estamos abordando.

De hecho el componente psíquico de la ansiedad es posible describirlo como un sentimiento subjetivo de temor indefinido, de tensión interna e inseguridad frente a un peligro que no se conoce. Este miedo sin causa, no unido a nada preciso, indefinido pero cercano, origina la espera de una amenaza inminente e imparable, es decir, expectativa permanente ante la posibilidad de que ocurra algo grave: morirse, volverse loco o realizar un acto incontrolable. La importancia de esta experiencia queda ya recogida por FREUD en 1895, el cual la denomina "espera angustiosa" y la califica como "el síntoma nodular de la neurosis".

Dentro de las funciones psico-cognitivas quedan comprendidas entre otras: la sensación, la percepción, la memoria, la atención, el pensamiento, las ideas, los juicios, los raciocinios, etc. Por tanto, cuando

estas funciones se encuentran alteradas en los trastornos de ansiedad, frecuentemente podemos encontrar que la atención se hace dispersa, la memoria es pobre y el pensamiento se lentifica, llegando incluso a bloquearse o desorganizarse, funcionando de forma rumiante y catastrofista (AYUSO, 1988). Y cuando los niveles de ansiedad son muy intensos, pueden conllevar despersonalización: sensación de irrealidad relativa a uno mismo o al propio medio; desrealización: distorsión de las relaciones espaciales a fin de que el entorno se vuelva desconocido; y miedos exacerbados hacia la muerte, la locura o el suicidio.

Numerosos autores han dado relaciones exhaustivas de los síntomas psico-cognitivos presentes en este tipo de trastornos (FREUD, 1895; LOPEZ IBOR, 1950 y 1966; BURNS, 1983; HARDY y cols., 1985; BIONDI, 1988; ROJAS, 1989). Encontramos un acuerdo suficiente entre dichos autores, en los síntomas que exponemos en el siguiente cuadro (Cuadro nº 6):

CUADRO Nº 6

Disminución de la atención y de la memoria
Lentificación del pensamiento
Inseguridad
Sensación de vacío interior
Presentimiento de la nada
Desasosiego
Vivencias de amenaza
Experiencia de lucha o huida
Miedos diversos
Temores difusos
Temor a perder el control
Temor a agredir
Melancolía, aflicción
Pérdida de energías
Sospechas e incertidumbres negativas vagas

Si la ansiedad es muy intensa:

Temor a la muerte.
Temor a la locura.
Temor a suicidarse.
Pensamientos mórbidos, perniciosos.
Desrealización
Despersonalización

En resumen, y siguiendo el esquema propuesto por BURNS (1983), podemos diferenciar cuatro grupos de indicadores psico-cognitivos, que aglutinan los anteriormente descritos:

- a) Sentimientos de aprensión, miedo, tensión, preocupación o nerviosismo.
- b) Pensamiento o ideas irracionales, derrotistas, de inutilidad o inadecuación. Son de carácter improductivo e inservibles para afrontar la situación.
- c) Distorsiones cognitivas como la despersonalización y la desrealización.
- d) Ensayos cognitivo o rumiación de la situación temida con los consiguientes sentimientos derrotistas, de incapacidad, desmoralización y pobre auto-estima.

1.2.1.2 NIVEL DE RESPUESTA SOMATO-FISIOLOGICO.

A la hora de hablar de las implicaciones somato-fisiológicas de los trastornos de la ansiedad, debemos tener presente que un modelo de conducta patológica, no es necesariamente idéntico a la conducta de la que es modelo; aunque éste debe dar cuenta de síntomas, fenómenos causales y estructuras anatómicas implicadas en dicha patología (MASER y SELIGMAN, 1977).

En este sentido, no podemos obviar una serie de consideraciones básicas acerca de la capacidad que tiene el organismo humano para responder a las demandas de alerta medio-ambientales; o lo que es lo mismo, a los patrones complejos de nuestros procesos cerebrales como parte de nuestra interacción, para la acomodación, con el ambiente. Así, creemos oportuno referirnos a los aspectos biológicos de la naturaleza de la respuesta ansiosa.

Baste comentar que esta aproximación psicobiológica de los mecanismos de alerta, lleva implícito que es el cerebro, como mecanismo de procesamiento de la información (tanto interna como externa), el que controla los músculos lisos y esqueléticos, y las glándulas de todo el complicado sistema del organismo humano; y por ello, cualquier evento ambiental que implique a éste, tendrá un correlato en todas las partes del sistema, a modo de patrón conductual sintético (SCHWARTZ, 1983). Este análisis muestra claramente la unidad psicosomática del organismo humano, y además, el hecho de la continuidad de la

interacción entre el organismo y el ambiente (LINFORD REES, 1974).

Es decir, el organismo humano tiene unos mecanismos para acomodarse a las exigencias medioambientales. A través de estos mecanismos, y mediante una implicación sistémica, el cerebro procesa la información favoreciendo la adaptación. Estos mecanismos son los correlatos fisiológicos de los patrones conductuales de la ansiedad.

Las estructuras implicadas a nivel cerebral, en el procesamiento de la información, en aras de asimilarla y acomodarse a las fluctuaciones del medio interno y de las amenazas ambientales, son complejas y forman circuitos de interacciones que comprometen a múltiples mecanismos de neurotransmisión. En este sentido, HERRERO y cols. (1983) afirman que el sistema de control emocional supone una interrelación de las estructuras límbicas con el córtex, los sistemas de activación específicos e inespecíficos del mismo, el sistema endocrino y el

sistema nervioso vegetativo.

De este modo, está constatado que la expresión fisiológica del estado de alerta del organismo implica, por una parte, una activación del Sistema Nervioso Central de los mecanismos de control córtico-subcortical, mediatizados fundamentalmente por la formación reticular, y cuyo resultado es una hipervigilancia; y por otra parte, un conjunto de cambios fisiológicos periféricos, mediatizados por el Sistema Nervioso Neurovegetativo, que se traduce en un aumento del tono simpático, y por una activación del Sistema Endocrino constituido por el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal. Estos elementos periféricos de la ansiedad, constituyen la mayor parte de los signos -en su expresión clínica: síntomas-, que pueden objetivarse a la exploración del individuo.

En resumen, la existencia y disponibilidad de esta estructura psicofisiológica compleja, es por lo tanto normal y deseable. Supone una defensa del organismo ante situaciones de alerta, esto es, ante

estímulos o conjuntos de estímulos (físicos, psicológicos) potencialmente alteradores del equilibrio homeostático del organismo; siendo inadecuada la puesta en marcha del dispositivo ante las situaciones que no requieren tales expresiones. Esta es la explicación, en términos fisiológicos, de cuanto hemos desarrollado en apartados anteriores.

Tienen relevancia entre los múltiples mecanismos de adaptación o correlatos fisiológicos de los patrones conductuales de la ansiedad, los siguientes: un aumento de la frecuencia cardíaca, un mayor flujo sanguíneo en el antebrazo, una disminución del volumen del pulso digital, un incremento de la tensión muscular y un aumento de la actividad de las glándulas sudoríparas. Otras funciones autónomas son los cambios del flujo salivar y la dilatación pupilar.

Asimismo, se producen cambios en la actividad bioeléctrica del cerebro, sobre todo en zonas frontales, en el sentido de un incremento en la actividad beta (de más de 13 ciclos por segundo) y un

menor ritmo alfa, que denotan una imagen de alerta.

A nivel bioquímico se ha observado en sangre periférica un mayor índice de cortisol, adrenalina y de noradrenalina (HERRERO y cols., 1983; HARDY y cols., 1985; BALLENGER, 1986; AYUSO, 1988; BIONDI, 1988; ROJAS, 1989; NEMIAH, 1989; CHAUVEAU, 1989; CARROBLES, 1989).

No obstante, ninguna de estas variables fisiológicas, constituye un índice inequívoco de la respuesta de la ansiedad; la existencia de esta situación emocional se deduce de la presencia de un determinado nivel de responsividad, a partir del comportamiento visible y de los registros introspectivos, de forma sintética (LADER, 1982).

Desde esta perspectiva, HAYNES y WILSON (1979) afirman que no es posible utilizar indistintamente cualquier respuesta fisiológica como índice para la evaluación de la ansiedad, sino que, por el contrario, es preciso identificar el patrón de respuestas característico de cada sujeto o de cada situación

estimular antes que pueda ser utilizado como indicador de su activación como respuesta de alerta.

SCHACHTER (1966), verifica la existencia de interacciones muy complejas entre los niveles de respuestas cognitivo y fisiológico. Así, afirma que la conciencia de la excitación fisiológica constituye la base sobre la que las variables cognitivas inducen las distintas emociones específicas.

Por su parte, LADER (1982) señala que la emoción resulta de la interacción de por lo menos dos estados: una alta responsividad fisiológica y una recepción sensorial apropiada.

Dicho autor, demuestra que la habituación o adaptación al nivel de excitabilidad está perturbada en los sujetos afectados de trastornos de la ansiedad y que, en general, cuanto mayor es el grado de respuesta, tanto menor es la adaptación, la cual, a partir de cierto nivel crítico, ya no se produce. Los estímulos repetidos incrementan el grado de excitabilidad, deteriorando de este modo la aptitud

individual para adaptarse a los estímulos. Cuando se llega a esta fase, la sobreexcitabilidad fisiológica se autoperpetúa, de forma que la supresión de los estímulos no ejerce ya efectos beneficiosos en el sentido de aliviar el estado de respuesta.

Podríamos decir, que aunque existe una continuidad entre la conducta ansiosa normal y patológica, la ansiedad sería patológica cuando la respuesta se pone en marcha ante estímulos inadecuados o inexistentes; o cuando siendo estos estímulos correctos, la duración y/o intensidad de la respuesta de alerta van más allá de los límites adaptativos.

De esta forma, nos encontramos ante niveles patológicos de la conducta ansiosa que originan los trastornos de la ansiedad. Estos, se acompañan también de correlatos anatomo-fisiológicos, también denominado componente físico o somático de la ansiedad, que dependen de los cambios fisiológicos periféricos mediatizados por el sistema neurovegetativo y por una activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal,

como ya comentamos anteriormente.

Estos síntomas somáticos suelen ser constantes, y pueden referirse a la práctica totalidad de los órganos y sistemas de nuestra economía, aunque afectan, fundamentalmente, a la esfera cardio-respiratoria y digestiva. Son los signos y los síntomas que primero y con más frecuencia expresa el paciente y, a veces, los únicos motivos de consulta (equivalentes somáticos de la ansiedad).

Cualquier relación de los síntomas somato-fisiológicos que se describen en la patología ansiosa sería onerosa e inacabable, ya que desde que FREUD (1895) describiera este tipo de sintomatología en su obra "La neurastenia y la neurosis de angustia", muchos han sido los autores que han hecho largas listas de síntomas físicos, a la hora de describir los trastornos de la ansiedad.

Para no hacer demasiado extenso este apartado, y de acuerdo con los autores más significativos en esta materia, (FREUD, 1895; LOPEZ IBOR, 1950 y 1966;

MONSERRAT ESTEVE, 1952; HARDY y cols., 1985; AYUSO, 1988 y ROJAS, 1987 y 1989), hemos realizado un cuadro con los síntomas somáticos que más frecuentemente se repiten entre ellos, los que para una mayor claridad, hemos clasificado por sistemas (Cuadro nº 7):

CUADRO Nº 7

Síntomas Cardiocirculatorios:

- Arritmias (Taquicardia, Extrasístoles)
- Palpitaciones -Palidez -Sofocos
- Dolor Precordial / Pseudoangina de pecho
- Sensación de Paro Cardíaco
- Tensión arterial alta (o raramente baja)

Síntomas Respiratorios:

- Molestias Torácicas -Suspiros
- Sensación de ahogo -Hiperventilación

Síntomas Digestivos:

- Inapetencia o más raramente bulimia
- Lengua saburral -Estreñimiento -Encopresis
- Boca seca o más raramente sialorrea
- Diarreas -Aerofagia -Náuseas -Vómitos
- Sensación bolo esofágico (espasmo esofágico)
- Espasmos Gastrointestinales

Síntomas Genito-urinaros:

- Poliuria -Poliuria -Disuria -Enuresis
- Eyaculación Precoz -Frigidez
- Irregularidades menstruales, dismenorrea

Síntomas Neuromusculares:

- Impaciencia muscular -Temblor -Tics palpebrales
- Parestesias en manos y pies (también bucolinguales)
- Algas tónicas (cefaleas, braquialgias, etc)
- Hiper o hipoeccitabilidad de los reflejos tendinosos

Síntomas Neurovegetativos:

- Boca seca -Escalofríos -Sudoración -Midriasis
- Lipotimia -Sensaciones vertiginosas
- Estigmas vegetativos: sudores en manos y pies
- Exaltación de los reflejos vasomotores

Síntomas Sensoriales:

- Trast. de la Visión (mosca) -Trast. de la Audición
- Hipersensibilidad en el resto de los sentidos

Todos estos síntomas pueden variar en cuanto a su intensidad (de leve a severa) y duración (más o menos mantenidos en el tiempo). A veces, están en primer plano y la ansiedad se manifiesta exclusivamente como un conjunto de manifestaciones físicas (equivalentes somáticos de la ansiedad). Estas, como mencionábamos antes, pueden alimentar las "experiencias subjetivas" de la angustia.

Respecto a su intensidad, en los casos severos, se presentan con accesos de ansiedad o Crisis de angustia. En ellas, algunos de los síntomas pueden aparecer como eje principal del cuadro clínico. De esta forma, FREUD (1895) refería con el nombre de "equivalentes de la crisis de angustia" a las formas del ataque de angustia que le eran conocidas y cita las siguientes:

- 1.- Con perturbaciones de la actividad cardíaca: palpitaciones, arritmias breves, taquicardia duradera.
- 2.- Con perturbaciones de la respiración: formas diversas de disnea nerviosa, ataques análogos a los



de asma, etc.

- 3.- Ataques de sudor, a veces nocturno.
- 4.- Ataques de temblores y convulsiones, fáciles de confundir con las histéricas.
- 5.- Ataque de bulimia, acompañados a veces de vértigo.
- 6.- Diarreas emergentes en forma de ataques.
- 7.- Ataques de vértigo locomotor.
- 8.- Ataques de las llamadas congestiones; esto es, de aquello a lo que se le ha dado el nombre de neurastenia vasomotora.
- 9.- Ataques de parestesia.
- 10.- El pavor nocturno de los adultos, acompañado generalmente de angustia, disnea, sudores, etc.

Por consiguiente, en el desarrollo de la ansiedad y de sus estados característicos, pueden aparecer los siguientes mecanismos: el individuo puede poseer en su personalidad rasgos que le predispongan al desarrollo de reacciones de ansiedad ante una serie de estímulos. Esta predisposición puede ser en parte genética y constitucional, y en parte resultado de experiencias pasadas. Los estímulos que pueden desencadenar la

ansiedad, ya sea consciente o inconscientemente, dan lugar a un estado de hiperresponsividad y secundariamente, a una nueva agudización de su excitabilidad a consecuencia del fallo adaptativo. Por último, un mecanismo de retroalimentación, para el que las manifestaciones periféricas de la ansiedad proveen claves sensoriales y un proceso de retroalimentación positiva, incrementa aún más el nivel vivencial de la ansiedad.

1.2.1.3. NIVEL DE RESPUESTA MOTOR.

La respuesta motora es el nivel que facilita más manifestaciones observables en el comportamiento ansioso. Este componente motor o manifiesto ha sido el más enfatizado tradicionalmente dentro del enfoque conductual, en ocasiones -como nos comenta ALVAREZ y CARROBLES (1989)-, en claro detrimento de los otros dos componentes, especialmente del psico-cognitivo.

No debemos olvidar que en la evaluación conjunta de los tres componentes de respuesta, el componente

individual manifiesto sigue ocupando un lugar central, precisamente por la ventaja que presenta al ofrecer datos objetivos observables de lo que le acontece al sujeto; e incluso por su capacidad para constituirse en indicadores valiosos de los componentes psicocognitivo y somato-fisiológico, que a veces conforman el sustrato encubierto de estas manifestaciones.

La activación de este nivel de respuesta puede tener diversas expresiones, ya que su presencia puede o bien pretender suprimir los estímulos amenazadores, o bien reducir la activación biológica provocada por éstos. En otras ocasiones esta activación puede dar lugar a conductas de lucha en busca del control de la situación y a veces, en respuesta paradójica a la activación biológica, puede determinar la inhibición conductual.

Lógicamente, el nivel adaptativo o desadaptativo de la respuesta, estará en función del requerimiento ambiental; pero que en sus expresiones patológicas este nivel, puede presentarse en tres formas

diferentes: como inhibición conductual, como agitación motora y en forma de conductas sustitutivas (HARDY y cols., 1985; VALDES y FLORES, 1985).

LA INHIBICION CONDUCTUAL: Es entendida aquí como efecto aparente de un estado de máxima activación, resultado de la cognición de indefensión que el organismo hace a partir de la evaluación del entorno y de sus posibilidades de adaptarse a él. La inhibición conductual, puede llegar, en su grado máximo, a un verdadero estupor con incapacidad para hablar y para moverse (PULL y WIDLÖCHER, 1989).

Por tanto, la inhibición ansiosa no es un simple estado de ausencia de conducta sino la expresión de la claudicación del organismo en sus intentos por adaptarse al medio manteniendo su orden interno. En consecuencia, se trata de un estado antihomeostático, caracterizado por activación nervioso-central y neuroendocrina, inhibición inmunológica y conductual, estados emocionales displacenteros y expectativas desesperanzadoras respecto a la situación. Las

repercusiones negativas de este estado biológico han sido convincentemente demostradas en numerosos estudios clínicos y experimentales (SELIGMAN, 1975; LABORIT, 1979; GRAY, 1982; TOBENA, 1983; VALDES, 1983).

En cuanto a su regulación nervioso-central, la inhibición conductual implica la actividad funcional del sistema periventricular (STEIN, 1968), septo-hipocámpico (GRAY, 1982), inhibidor de la acción o S.I.A. (LABORIT, 1979) o de castigo (RODRIGUEZ DELGADO, 1969), al que algunos atribuyen una bioquímica básicamente serotoninérgica (VALDES y FLORES, 1985).

WIDLÖCHER y PULL (1988) encuentran, entre los últimos trabajos sobre los trastornos ansiosos (psicopatológicos, biológicos o terapéuticos), que la inhibición, aparte de ocupar un lugar destacado junto a la ansiedad manifiesta, se puede presentar bajo dos formas diferentes, generalizada o específica, según se afecten todas las funciones usuales del sujeto o sólo una en concreto. La forma general sobreviene

independientemente de una situación o de un objeto ansiógeno determinado (como ocurre en la ansiedad generalizada o en el trastorno por angustia) y la forma limitada, aparece en situaciones ansiosas precisas (como ocurre en los trastornos fóbicos u obsesivos).

EL ESTADO DE AGITACION MOTRIZ: Cuya expresión es definida con elementos como inquietud, desasosiego, temblor, incapacidad para estar sentado un rato, movimientos incesantes, restregarse las manos, mesarse los cabellos, etc. En definitiva, se trata de un estado de continuo movimiento de las extremidades o de un gran estado de inquietud psicomotriz. Ciertas formas de conductas agresivas, como los accesos de cólera y los actos impulsivos, pueden ser incluidas aquí, a pesar de que tengan una finalidad más evidente que las anteriores.

MONSERRAT-ESTEVE (1952), hace una clara y detallada descripción de las manifestaciones conductuales del paciente aquejado de una crisis de

angustia, que es donde ésta aparece en su más puro estado: "El enfermo se mueve sin cesar, desasosegado, buscando en vano calmar su angustia: se sienta, se levanta, va intranquilo de un sillón para otro, se tiende, se contorsiona, se abriga, se mesa los cabellos, solloza, se levanta e incluso grita y se enfada por cualquier motivo, no atiende a lo que se le dice. Sufre atrozmente y este sufrimiento angustioso se manifiesta en su rostro, que está pálido y sudoroso. Siente frío e incluso tiembla, y puede experimentar contracturas espasmódicas generalizadas".

LAS CONDUCTAS SUSTITUTIVAS: Estas conductas tienen un papel protector del sistema activador. Aunque aparecen como ajenas a la cognición del entorno, resultan adaptativas por sus propiedades reductoras de la activación y por su calidad de conductas consumatorias (VALDES y FLORES, 1985). No se trata pues de una estrategia de protección del medio interno, sino de un recurso reductor de la tensión. Muy a menudo, tienen un efecto benigno para el sujeto que las emite, pero en otras muchas ocasiones pueden reportar alteraciones

y patologías secundarias a trastornos del comportamiento ansioso.

Algunas de estas conductas sustitutivas son: el comer -en clínica, es evidente la relación entre ansiedad y bulimia (STUNKARD, 1979)-; el ponerse a dormir, cuando la activación alcanza un punto crítico; la búsqueda directa del efecto sedante en la conducta de beber (agua, alcohol, etc.); la respuesta sexual, por sus propiedades reductoras de ansiedad (MASTERS y JOHNSON, 1966); el hacer ejercicios (STARZEC y cols., 1983); la actividad por la actividad (tempestad de movimientos); el fumar, conducta muy dependiente de aprendizajes sociales, de hábitos psicomotores complejos y de las propiedades reforzantes de la nicotina como sustancia (OMS, 1974); el mascar chicle, etc.

Cuando la activación es muy intensa, estas conductas adaptativas fracasan, dando lugar a correlatos biológicos negativos, entre los que se incluye la anteriormente citada inhibición conductual.

Así, aparecerá una dificultad para dormirse (insomnio inicial) o sensación de no dormir profundamente (pesadillas ansiosas), una disminución en el hábito alimenticio (hipo o anorexia); una alteración del comportamiento sexual, en el sentido de una disminución de la libido que originará una impotencia o anorgasmia (secundarias).

A título de resumen, exponemos a continuación un cuadro con los signos y los síntomas más relevantes que aparecen bajo el nivel de respuesta motor (Cuadro nº 8).

CUADRO Nº 8

INHIBICION CONDUCTUAL:

Sensación de bloqueo ante todas las actividades usuales del sujeto o ante alguna actividad específica (Conducta de evitación).

AGITACION MOTRIZ:

Inquietud, desasosiego.

Temblores.

Incapacidad para estar sentado un rato.

Movimientos incesantes de las extremidades como restregarse las manos o mesarse los cabellos.

Gritos, sollozos.

Accesos de cólera.

Actos impulsivos.

Contracturas espasmódicas generalizadas.

CONDUCTAS SUSTITUTIVAS:

Comer: Bulimia o Anorexia.

Sueño: Hipersomnia o Insomnio primario.

Beber: Polidipsia.

Sexo: Hipererosia o Hipoerosia.

Fumar, mascar chicle, etc.

1.2.2. ACERCAMIENTO NOSOLOGICO A LOS TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD.

El estudio de la nosología de los trastornos de la ansiedad hay necesariamente que enmarcarlo en las clasificaciones que se han realizado acerca de los trastornos neuróticos. No podemos olvidar que la perspectiva histórica de la nosología de los trastornos ansiosos -como nos recuerda LOPEZ IBOR (1966)- nos lleva a WILLIAM CULLEN, quien en 1777, introdujo el término de «neurosis» o «enfermedades nerviosas» para denominar a un tipo de afecciones del sentido o del movimiento "que cursan sin fiebre, como parte de la enfermedad primaria, y aquellas que no dependan de una afección local de los órganos, sino de una afección general del sistema nervioso,...".

CULLEN distinguía en las «neurosis» cuatro órdenes, y en cada uno incluía una serie de enfermedades del sistema nervioso sin causa local: «Comata» (apoplejía y parálisis), «Adynamiae» (síncope, dispepsia e hipocondría), «Spasmi» (tétanos,

corea, epilepsia, palpitaciones, disnea, diabetes e histeria) y «Vesaniae» (amencia, melancolía, manía y oneirodinia) (LOPEZ IBOR, 1966).

Los trastornos ansiosos empezaron a aparecer en las clasificaciones psiquiátricas en la segunda mitad del siglo XIX. Este retraso respecto de las restantes formas de alteraciones mentales, puede atribuirse a que los sistemas de clasificación se hacían casi exclusivamente con pacientes hospitalizados y, como consecuencia, los síntomas ansiosos se encontraban asociados a otros de mayor importancia (GELDER, 1987).

De este modo, los trastornos de ansiedad eran considerados síntomas de un cuadro psicopatológico que aglutinaba otros síntomas psiquiátricos. Así, GEORGE MILLER BEARD en 1869, dió el nombre de "Neurastenia" a la asociación de síntomas ansiosos con fatiga y depresión leve, considerándola, en gran medida, hereditaria (NEMIAH, 1982).

En esta misma línea, diez años después, en 1879, HENRY MAUDSLEY describía en su libro «La patología de

la mente», bajo el término «pánico melancólico», la ansiedad aguda (ataque de pánico) que cursaba asociada a la melancolía (GELDER, 1987).

En contra de estas dos observaciones de tipo cuantitativo, donde la ansiedad leve iba asociada a trastornos depresivos menores y la ansiedad severa a trastornos melancólicos o de depresión profunda, HECKER en 1893, tras observar que aproximadamente la mitad de los pacientes que él diagnosticaba de Neurastenia padecían de ansiedad aguda, hizo una descripción completa del cuadro, incluyendo como síntomas a los siguientes: palpitaciones, respiración agitada, vértigo, sudor profuso y micción frecuente. Para HECKER -como nos comenta GELDER (1987)-, tales pacientes se quejaban a menudo de síntomas físicos y no precisamente de ansiedad.

Pero el primer paso hacia la identificación de un grupo autónomo de trastornos de ansiedad se produjo, en 1872, con WESTPHAL, quien describió bajo el término de "agorafobia", la ansiedad desencadenada cuando se

caminaba a través de espacios abiertos o de calles vacías (MATHEWS, GELDER y JONHSTON, 1981, 1985; GELDER, 1987). Es decir, WESTPHAL identificó los síntomas (palpitaciones, sensaciones de calor, rubor y temblores) como los de un estado de ansiedad, corrigiendo así a BENEDIKT, quien dos años antes la había catalogado de un trastorno del equilibrio por una alteración orgánica (trastornos de los músculos oculares).

Es en esta época cuando se despierta el interés de muchos autores, por el componente somático de la ansiedad destacando, sobre todo, los síntomas cardiovasculares que habían sido considerados como trastornos cardíacos sin ninguna relación con la ansiedad.

El autor más representativo en esta línea de investigación fué JACOB MENDES DaCOSTA, quien tras estudiar, en 1871, a un gran número de pacientes con síntomas cardiovasculares y en los que no encontró ninguna patología estructural orgánica, concluyó que

una posible disfunción del Sistema Nervioso Simpático podría ser la causa de tales síntomas. Con sus propias palabras: «Me parece lo más probable que el corazón se hace irritable debido a una hiperactividad y a su excitación frecuente, y que la alteración de la inervación mantiene esta disfunción» (NEMIAH, 1982).

De esta forma, quedó establecido como entidad clínica aparte, el denominado -en honor a dicho autor- "síndrome de DaCosta", que sería una aproximación a lo que hoy contemplamos en el DSM-III-R (1987) como "Trastorno por crisis de angustia sin agorafobia".

Unos veinte años más tarde, en 1892, OPPENHEIM utilizó el término de "neurosis traumática" para referirse a la "reacción" de ansiedad asociada al estrés profundo. Y cuatro años después, en 1896, KRAEPELIN describía los "trastornos de ansiedad persistentes" que surgían tras sucesos traumáticos, tales como incendios o importantes accidentes como descarrilamientos de trenes (GELDER, 1987). De esta manera, la ansiedad aparece descrita como un síndrome,

que se puede presentar acompañado de otros síntomas. Así, quedan invertidos los factores, y los trastornos de la ansiedad, cobran una etiología propia.

Valga lo anterior, como reflexión histórica a los intentos por delimitar los cuadros psicopatológicos que nos ocupan. No obstante, y a pesar del reconocimiento a estos precursores, está ampliamente admitida la gran deuda que tiene contraída la nosología psiquiátrica actual con la figura de SIGMUN FREUD, en cuanto a la clasificación de los trastornos por y de la ansiedad. Es por ello, por lo que a continuación vamos a referenciar brevemente, la clasificación elaborada por él.

Después, pasaremos a revisar las clasificaciones que más relevancia han tenido en la Psiquiatría actual, cuales son las ICDs y los DSMs, haciendo referencia a la evolución paralela que uno y otro han tenido hasta nuestros días, para concluir con la última revisión del DSM, que es el más aceptado tanto en nuestro medio como a nivel mundial; y que nos

servirá de soporte para la realización de la presente investigación.

1.2.2.1. SIGMUN FREUD.

El autor que dió el paso decisivo para agrupar en categorías diagnósticas específicas a los trastornos mentales, caracterizados por la presencia de ansiedad, fué SIGMUN FREUD, quien describió los diversos tipos de Neurosis. Apartándose de la clasificación dada por JANET (la Histeria y la Psicastenia), las clasificó en neurosis actuales y en psiconeurosis. Entre las primeras distinguió la Neurosis de Ansiedad y la Hipocondría; y entre las otras, la Neurosis Histérica, la Neurosis Obsesivo-compulsiva y la que denominó Histeria de Angustia, posteriormente llamada Neurosis Fóbica.

Asimismo, marcó las diferencias entre la Neurastenia y la Neurosis de Angustia, entre la Angustia crónica y la que irrumpe en forma de ataque, y entre las obsesiones y las fobias, separando a la

Agorafobia de todas las demás fobias simples.

En 1895, FREUD publica su obra "La neurastenia y la neurosis de angustia", en la que separa de la Neurastenia un grupo de síntomas a los que denomina Neurosis de Angustia «...por la circunstancia de que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal, que es la angustia.»

Y respecto a la diferenciación entre ésta y la neurastenia, FREUD (1895) nos dice que es "muy ventajoso para la Neuropatología intentar separar de la neurastenia propiamente dicha todas aquellas perturbaciones neuróticas, cuyos síntomas se hallan más firmemente enlazados entre sí que con los síntomas neurasténicos típicos..., que por otra parte en su etiología y en su mecanismo difieren esencialmente de la neurosis neurasténica típica".

Esta teoría de la angustia, como síntoma nuclear, había sido expuesta anteriormente por HECKER en 1893, pero se diferenciaba de la teoría de FREUD, en que no separaba de la neurosis aquellos síntomas que

reconocía equivalentes al ataque de angustia. Esta postura, hizo pensar a FREUD que HECKER no se había dado cuenta de la diferenciación etiológica existente; puesto que «el conocimiento de esta diferencia nos deja en libertad para dar a los síntomas de la neurosis de angustia un calificativo distinto del de neurasténicos, haciéndonos así más fácil establecer afirmaciones generales» (FREUD, 1895).

En cuanto a la forma de presentación de la angustia, FREUD señala que puede existir en forma crónica o irrumpir en forma de ataques. Estos ataques "pueden consistir tan sólo en la sensación de angustia, no asociada a ninguna representación, o unida a la de la muerte o la locura, ..., o enlazada a la perturbación de una o más funciones físicas, tales como la respiración, circulación, ...". De esta combinación, el paciente extrae ahora uno, ahora otro, diversos factores. Se queja de «palpitaciones, disnea, sudores, bulimia», etc. (NEMIAH, 1989).

En su trabajo titulado "Obsesiones y Fobias" y

publicado también en 1895, FREUD separó la agorafobia de las fobias simples, escribiendo: "En las fobias podemos distinguir dos grupos, caracterizados por el objeto de la angustia: primero, fobias comunes: miedo exagerado a aquellas cosas que todo el mundo teme algo, tales como la noche, la soledad, la muerte, las enfermedades, las serpientes, los peligros en general, etc.; y segundo, fobias ocasionales: angustia emergente en circunstancias especiales que no inspiran temor al hombre sano. Así la agorafobia y las demás fobias de locomoción".

En este mismo ensayo, FREUD realizó una importante distinción entre las "obsesiones propias" y las "fobias". Para él: "Su diferencia esencial es la siguiente: En toda obsesión hay dos elementos. 1.º Una idea que se impone al enfermo. 2.º Un estado emotivo asociado. Ahora bien: en las fobias, este estado emotivo es siempre la angustia, mientras que en las obsesiones propias puede ser igualmente cualquier otro, tal como la duda, el remordimiento o la cólera» (FREUD, 1895).

Sin embargo, esta distinción entre las obsesiones y las fobias, no fué muy aceptada, y así por ejemplo en la Psiquiatría francesa, bajo la influencia de las ideas de PIERRE JANET en 1903, se mantenía que tanto las obsesiones como las fobias estaban íntimamente relacionadas entre sí (GELDER, 1987).

De lo expuesto, debemos concluir con la observación de que gracias a las aportaciones de SIGMUND FREUD, la ansiedad ha sido reconocida por los psiquiatras como una entidad psicopatológica de extraordinaria importancia, y que además, es la base o núcleo de determinadas alteraciones emocionales. Desde los planteamientos de dicho autor -nos comenta PASNAU (1987)-, y hasta la publicación de la primera edición del "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" (DSM-I, 1952), casi todos los psiquiatras aceptaban un esquema diagnóstico, de orientación psicoanalítica. En esta taxonomía se describían dos trastornos de ansiedad: la Neurosis de Ansiedad, que según su forma de comienzo, se hablaba de "ansiedad de pánico" (cuando la ansiedad se

presentaba de forma súbita o aguda), de "ansiedad flotante" (cuando lo hacía de forma gradual) o de "neurastenia" (cuando se instauraba un cuadro crónico); y la Histeria de Ansiedad (PASNAU, 1987).

1.2.2.2. DESARROLLO DE LAS ICDs Y LOS DSMs.

La primera clasificación internacional de Trastornos Mentales fué editada en el año 1948. Esta, aparecía como una sección aparte de la "International Classification of Diseases" en su sexta edición (ICD-6), publicada por la Organización Mundial de la Salud. No gozó de gran popularidad en los Estados Unidos, debido a la escasa consideración de categorías tan importantes como las reacciones situacionales pasajeras, ciertos trastornos de personalidad y los síndromes cerebrales crónicos (SPITZER y WILSON, 1982).

Por esta razón, en 1951, el "Public Health Service" de Estados Unidos, encarga a la Sociedad Americana de Psiquiatría la realización de otra

clasificación que sirviera como alternativa a la sección de Trastorno Mental del ICD-6 y con la que se pudiera realizar una codificación estadística de los registros de los casos psiquiátricos del país. Este documento, publicado en 1952 por la Sociedad Americana de Psiquiatría como el "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" (DSM-I), fué ampliamente aceptado, quedando desplazados otros sistemas de clasificación (SPITZER y WILSON, 1982; PASNAU, 1987).

La característica principal del DSM-I (1952) era que proporcionaba un glosario descriptivo de las categorías diagnósticas. Estas descripciones, estaban muy influenciadas por las teorías de orientación psicobiológica, predominantes por aquel entonces en los Estados Unidos y que se debían a ADOLF MEYER. Este autor mantenía que los trastornos psiquiátricos no podían ser descritos más que en términos de "tipos de reacción" de la personalidad frente a factores psicológicos, sociológicos y biológicos (SPITZER, 1980; PULL, 1984). En consecuencia -como apunta

PASNAU (1987)-, lo que hasta entonces se había llamado "neurosis de ansiedad" pasó a denominarse "reacción de ansiedad", y lo que se llamaba "histeria de ansiedad", se convirtió en "reacción fóbica".

Por otra parte, las descripciones de las categorías diagnósticas, reflejaban también, una amplia aceptación de los conceptos psicoanalíticos, ya que eran frecuentes las referencias hechas a los mecanismos de defensa a la hora de explicar las neurosis (SPITZER y WILSON 1982).

De este modo, en este manual, la sección destinada a la clasificación de los trastornos por neurosis recogía las siguientes reacciones: histérica, fóbica, depresiva, obsesivo-compulsiva, hipocondríaca, despersonalizada y neurasténica.

Al quedar totalmente desplazada la ICD-6 (1948) con la aparición de este Manual, la Organización Mundial de la Salud fomentó la realización de un sistema de clasificación de los trastornos mentales que la mejorase y que tuviera, a diferencia de la DSM-

I, carácter internacional. De esta forma, nació el proyecto de la ICD-8 que, tras sucesivas revisiones de la sección dedicada a los trastornos mentales, fué aprobado por la Organización en 1966 y publicado en 1968, el mismo año en que apareciera el DSM-II.

Ya por entonces, en 1965, la Sociedad Americana de Psiquiatría, que estaba siguiendo muy de cerca la preparación del ICD-8, asignó a su Comité de Nomenclatura y Estadística, bajo la dirección de E. M. GRUENBERG, la tarea de elaborar un nuevo manual de diagnóstico para su uso en el país, que fuese compatible con la lista de trastornos mentales del ICD-8, pero que definiera a cada uno de los trastornos que contemplara.

Fué así como surgió el DSM-II, cuyo doble objetivo era por una parte, el de normalizar o unificar los diagnósticos para promover la investigación psiquiátrica internacional y, por otra parte, la de aumentar la comunicación entre los psiquiatras de naciones diferentes (SPITZER y WILSON,

1982). Además, se pensó también, que el DSM-II facilitaría la integración de la Psiquiatría con las demás ramas de la medicina.

Para muchos psiquiatras -como señalaron AKISKAL y MCKINNEY (1973)- las categorías más importantes del DSM-II (1968), estaban basadas principalmente en los conceptos de KRAEPELIN (enfermedad maníaco-depresiva), de BLEULER (esquizofrenia) y de FREUD (neurosis y trastornos de la personalidad). Así, se abandona la terminología de "reacción" para retomar la nomenclatura previa al DSM, en consonancia con los creadores de la octava edición de la ICD (PASNAU, 1987)

Con respecto a la evolución de las ideas sobre los trastornos de ansiedad, el DSM-II (1968) evitó términos que tuvieran que ver con la etiología del trastorno. De esta forma, retoma el concepto de Neurosis previo al DSM-I (1952), donde la ansiedad es su característica principal, o lo que es lo mismo, que las Neurosis son defensas contra la ansiedad. Y por

eso el criterio de clasificación parece estar basado en la presencia de un mecanismo supuestamente patológico.

Dado que los síntomas neuróticos clásicos están asociados por lo común con las psicosis funcionales, el diagnóstico de neurosis se ha establecido, en realidad, por exclusión. Se considera que una neurosis está presente cuando existe un síntoma neurótico en ausencia de una psicosis funcional o de una reacción situacional pasajera (SPITZER y WILSON, 1982). De este modo se incluyen los trastornos que se caracterizan por un síntoma específico, que generalmente es un Yo distónico y que domina el cuadro clínico, como es la ansiedad, la depresión, la fobia, la obsesión o la compulsión.

Así, en el DSM-II (1968), se describen diez neurosis: neurosis de ansiedad (reacción de ansiedad en el DSM-I), neurosis histérica (dividida en tipos disociativo y de conversión), neurosis fóbica (reacción fóbica en el DSM-I), neurosis hipocondríaca,

obsesivo-compulsiva, depresiva, neurasténica, de despersonalización y otras neurosis; como podemos observar en el siguiente cuadro de la "nomenclatura diagnóstica" (Cuadro nº 9).

CUADRO Nº 9

VI. NEUROSIS	
300.0	De ansiedad
300.1	Histórica
300.13†	Histórica de conversión†
300.14†	Histórica disociativa†
300.2	Fóbica
300.3	Obsesivo-compulsiva
300.4	Depresiva
300.5	Neurasténica
300.6	De despersonalización
300.7	Hipocondríaca
300.8	Otras neurosis

La "neurosis de ansiedad" -dice el DSM-II (1968)- "se caracteriza por una preocupación ansiosa que se extiende hasta el pánico, y que frecuentemente se halla asociada con síntomas somáticos. A diferencia de la neurosis fóbica, la ansiedad puede manifestarse

bajo cualquier circunstancia y no se limita a situaciones u objetos específicos. Esta alteración debe distinguirse de la aprensión normal o miedo que se presenta en las situaciones realmente peligrosas" (NEMIAH, 1982).

La "reacción de conversión" y la "reacción disociativa" del DSM-I (1952), que en el ICD-8 (1968) se perdió al quedar englobadas en una categoría la de "neurosis histérica", vuelven a tomar protagonismo en el DSM-II (1968) ya que, aunque conservó la nomenclatura del ICD-8 de "neurosis histérica", ésta fué dividida en dos subcategorías: "neurosis histérica tipo conversión" y "neurosis histérica tipo disociativo".

Por otra parte, el DSM-II (1968) contemplaba tres términos de diagnósticos nuevos: "neurosis neurasténica", "neurosis de despersonalización" y "neurosis hipocondríaca". El primero, la "neurosis neurasténica", era equivalente y sustituyó a la "reacción psicofisiológica del sistema nervioso" que

era su correspondiente en el DSM-I (1952). Y el diagnóstico de "neurosis de despersonalización" difícilmente se distingue de los episodios de despersonalización que ocurren en los demás trastornos mentales o de la experiencia pasajera en ausencia de cualquier trastorno psiquiátrico.

1.2.2.3. EL DSM-III Y SU REVISION (DSM-III-R).

Doce años después de la publicación del DSM-II (1968), apareció la tercera edición del "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" (DSM-III, 1980), publicado al igual que las otras dos ediciones por la Sociedad Americana de Psiquiatría.

El DSM-III (1980) nace, al igual que sus predecesores, de forma más o menos paralela en el tiempo a la ICD-9 (1978). Los motivos que se plantearon los miembros de la Sociedad Americana de Psiquiatría para su desarrollo fueron:

1.- Que la clasificación y el glosario de la ICD-9 no eran adecuados para su uso en los Estados Unidos.

2.- Que muchas áreas de la clasificación no estaban lo suficientemente detalladas para ser usadas tanto en la clínica como en la investigación.

3.- Que el glosario de la ICD-9 no fuera óptimo ya que para su creación no habían utilizado desarrollos metodológicos recientes como los "criterios diagnósticos específicos" y el "enfoque multiaxial" en la evaluación.

Estas, fueron las razones por las que se decidió preparar una nueva clasificación y un nuevo glosario que reflejaran lo más fielmente posible los conocimientos sobre los trastornos mentales, pero que mantuvieran la compatibilidad con la ICD-9 (WILLIAMS, 1989).

El logro más significativo del DSM-III (1980), donde se recogían más de 150 categorías diagnósticas -como apuntan SPITZER y PASNAU (1987)-, fue la creación de criterios específicos que sirvieran de guía para establecer el diagnóstico, lo que, sin duda alguna, supondría una mayor fiabilidad entre los

investigadores.

Los objetivos de los investigadores que realizaron esta clasificación, están expuestos en la página cuarta de la introducción de dicho Manual (SPITZER, 1980), y son:

- 1) utilidad clínica para instaurar tratamientos y adoptar decisiones en las diferentes situaciones clínicas;
- 2) fiabilidad de las categorías diagnósticas;
- 3) aceptación por los clínicos e investigadores de las diferentes orientaciones teóricas;
- 4) utilidad para la formación de los profesionales de las ciencias de la salud;
- 5) mantener la compatibilidad con la ICD-9, excepto en aquellos casos en que las diferencias sean insalvables;
- 6) evitar la introducción de nueva terminología y conceptos que rompan con la tradición, excepto en aquellos casos en que sea estrictamente necesario;
- 7) establecer un consenso sobre el significado de

los términos diagnósticos utilizados de forma poco o nada apropiada y evitar el uso de términos que ya han perdido su utilidad;

8) la validez de las categorías diagnósticas viene dada por su correspondencia con los datos generados por la investigación;

9) plasticidad para la descripción de los casos en los trabajos de investigación;

10) que se pueda contestar, mientras dura la elaboración del DSM-III, a las críticas formuladas por los clínicos y los investigadores.

Otros logros, fueron el uso del "sistema multiaxial de evaluación" y la aplicación del concepto de "trastorno mental".

La evaluación multiaxial es recomendada en este manual, "para garantizar que cierta información que puede ser de valor para planificar el tratamiento y predecir la evolución de cada individuo se registre en cada uno de los cinco ejes" (DSM-III, 1980). Con el sistema de diagnóstico multiaxial, cada paciente

recibe un diagnóstico de acuerdo con los cinco ejes siguientes:

- Eje I: Síndromes clínicos: diagnóstico basado en los signos y síntomas.
- Eje II: Trastornos de la personalidad y trastornos específicos del desarrollo.
- Eje III: Estados y trastornos somáticos: problemas médicos (no psiquiátricos).
- Eje IV: Intensidad del estrés psicosocial.
- Eje V: Máximo nivel de adaptación en el transcurso del último año.

Igualmente, en este Manual es aplicado un importante concepto unificador, el concepto de trastorno mental. Los trastornos mentales clasificados son conceptualizados cada uno como un síndrome o un patrón psicológico o conductual clínicamente significativo, que aparece en un individuo y que se encuentra asociado de forma típica con un síntoma perturbador o deterioro, en una o más áreas principales de funcionamiento (incapacidad).

Además, hay que inferir que se trata de una disfunción biológica, psicológica o conductual, y que esta alteración no sólo está referida a la relación entre el individuo y la sociedad. Habría que añadir, "que en el DSM-III no hay ningún postulado que afirme que cada trastorno mental es una entidad discreta con límites precisos (discontinuidad) respecto a otros trastornos mentales y a la ausencia de trastorno mental." (SPITZER, 1980).

El DSM-III representa pues, una ruptura importante con la taxonomía antigua. Muchos términos desaparecen totalmente, y otros, como el de "Neurosis", por hacer referencia a un proceso etiológico, lo hacía incompatible con la aproximación puramente descriptiva y ateórica del DSM-III, pero debido a las grandes presiones que se ejercieron, el término se conservó entre paréntesis.

Un ejemplo demostrativo de tales cambios en la terminología, serían las modificaciones que sufrió la primitiva "Reacción Psiconeurótica" del DSM-I (1952),



ya que pasó a denominarse "Neurosis" en el DSM-II (1968), y "Trastornos por Ansiedad" en el DSM-III (1980).

En el DSM-III (1980), los trastornos que no tenían una etiología conocida, se agrupaban según las características clínicas comunes que poseían (PULL, 1984). La característica común a los trastornos que se agrupaban como Trastornos por Ansiedad correspondía a una variedad particular de ansiedad, o bien, era la perturbación predominante (crisis de angustia), o bien, no era experimentada sino cuando el sujeto intentaba dominar sus síntomas.

Los Trastornos por Ansiedad se clasificaron pues, en dos categorías principales: Trastornos Fóbicos (o neurosis fóbicas) y Estados de Ansiedad (o neurosis de ansiedad).

Los Trastornos Fóbicos, tenían así, como característica fundamental la presentación de un miedo persistente e irracional a un objeto, actividad o situación específica, lo cual da lugar a un deseo

compulsivo de evitar el objeto, la actividad o la situación temida. El miedo es reconocido por el individuo como irracional o excesivo en proporción a la verdadera peligrosidad del objeto o situación. Así se describían tres formas de Trastornos Fóbicos: a) Agorafobia, b) Fobia Social y c) Fobia Simple.

Por su parte, los Estados de Ansiedad fueron divididos en cuatro categorías básicas: a) Trastornos de Pánico, b) Trastornos de Ansiedad Generalizada, c) Trastornos Obsesivo-Compulsivos y d) Trastornos Postraumáticos de Estrés.

Cada uno de los Trastornos por Ansiedad que acabamos de mencionar, son definidos únicamente a partir de sus manifestaciones clínicas.

En 1983, es decir, tres años después de publicarse el DSM-III, la Sociedad Americana de Psiquiatría decidió comenzar el trabajo de revisión del DSM-III. Los motivos -como nos comenta SPITZER (1987)- fueron dos:

19.- Que los datos procedentes de nuevos estudios mostraban cierta discordancia con algunos de los criterios diagnósticos.

20.- La petición a la Sociedad Americana de Psiquiatría por parte de la OMS, para que colaborara en la elaboración del capítulo sobre trastornos mentales de la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10), la cual, se prevee que entre en vigor hacia el año 1992.

Las características generales del DSM-III-R -como nos comenta WILLIAMS (1987) en la parte introductoria de dicho Manual-, son similares a las del DSM-III, siendo el enfoque de ambos, atórico o descriptivo ante la definición de los trastornos mentales. Igualmente, conserva el mismo sistema de evaluación multiaxial y el concepto unitario de Trastorno Mental.

El DSM-III-R (1987), en cuanto a los Trastornos por Ansiedad, es muy similar al DSM-III (1980), tanto en sus definiciones como en los criterios para el diagnóstico. No obstante, pese a sus similitudes,

existen entre ambas clasificaciones una serie de diferencias que quedan expuestas en el Apéndice D de dicho manual -elaborado por SPITZER y WILLIAMS (1987)- y que trataremos a continuación.

En resumen, diremos que esta sección de Trastornos por Ansiedad, como aparece en el DSM-III-R (1987), fué la que sufrió más cambios de todo el DSM-III (1980). Y de todos los cambios, quizás el más importante haya sido la posibilidad de diagnosticar un trastorno de ansiedad, como por ejemplo un Trastorno de Pánico, al mismo tiempo que un trastorno afectivo, es decir, la coexistencia de trastornos afectivos.

Otro cambio importante también, ha sido la mayor importancia que se le ha dado a las crisis de pánico frente a la agorafobia, ya que en la práctica clínica se observa que muchas crisis de pánico preceden a la evitación fóbica y contribuyen a su formación.

FRANCES (1988), destaca una serie de cambios que él valora como menos importantes y que son: la posibilidad de evaluar la severidad del Trastorno de

pánico y de la fobia cuando los dos se presentan en un paciente; la posibilidad también, de que antes de desarrollarse una agorafobia, el paciente hubiera presentado crisis de síntomas limitados; la ampliación de los criterios para diagnosticar un Trastorno de Ansiedad postraumática como énfasis en evasión, amnesia y excitación física; y el aumento de uno a seis meses de ansiedad mantenida, como tiempo mínimo para poder diagnosticar un Trastorno por Ansiedad Generalizada.

1.2.2.3.1. RELACION DE LOS SINTOMAS ANSIOSOS EN EL DSM-III-R.

Para el abordaje empírico de los trastornos ansiosos, tanto en su vertiente clínica como investigadora, es norma común englobar el nivel de respuesta motor junto al psico-cognitivo (HAMILTON, 1959 y 1969; LOPEZ IBOR, 1966; KESSELMAN, 1985; WIDLÖCHER y PULL, 1988). No podía ser de otra forma, ya que la actividad cognitiva sólo es observable a través de las expresiones mímicas y comportamientos

del sujeto, manteniéndose en su estado primitivo de forma encubierta.

No olvidemos que es, a través de la conducta verbal, donde encontramos la expresión más genuina de la actividad cognitiva, y ésta está determinada por múltiples factores (riqueza del vocabulario, capacidad verbal, nivel socio-económico, nivel cultural, etc). Por tanto, es a través del comportamiento verbal y gestual, y en general a través de las manifestaciones motoras, donde el investigador o el clínico busca los indicadores de la actividad cognitiva.

Por tanto, en la presente exposición de los síntomas que aparecen en los diversos Trastornos por Ansiedad del DSM-III-R (1987), agrupamos las áreas de respuesta cognitiva y motora como un todo -bajo el epígrafe de "Síntomas Psíquicos"- (Cuadro nº 10.a), con el fin de hacer más operativa su exposición, haciendo constar que tal fusión no tiene otro valor que el expositivo. Independientemente, mostraremos los síntomas del nivel de respuesta somato-fisiológico

-bajo el título de "Síntomas Somáticos"- (Cuadro nº 10.b).

CUADRO Nº 10.a

SINTOMAS "P S I Q U I C O S"	
CRISIS DE ANGUSTIA RECURRENTE CONDUCTA DE EVITACION FOBICA MIEDO A LUGARES O SITUACS.DIFICIL ESCAPAR APARIC. INESPER. DE LAS CRIS.ANG.RECURRTE MIEDO A 1 ó + SITUAC.SOCIALES RESTRIC.ACTIV.,RUTINA,RELACS./SOC.ó LAB. MIEDO A OBJETOS O SITUAC.ESPECIFIC. RECONOCIMIENTO IRRAZONABLE DEL MIEDO ó SINTS.DE ANSIEDAD MANTEN. / ó MESES EXPECTAC.APRENS.O PREOC.IRREAL EXCESIVA IDEAS,PEN./PERST.,CONDUCTAS REPETITIVAS VIVENCIA ACONTECIMTO.TRAUMATICO REEXPERIM.DEL TRAUMA(Recue,sueños)/ 1 MES EVITACION REEXPERIM.TRAUMA(Sueños,Pensat) ANSIEDAD ANESTESIA EMOCIONAL CONDUCTA NEUTRAL.MALESTAR ó SITUAC. TEMIDA CONDUCTAS. Y SENTOS. SUBITOS (flashback) CRISIS DE SINTOMAS LIMITADOS	DIFIC. CONCENTRAC. O MENTE EN BLANCO INQUIETUD INSOMNIO IRRITABILIDAD MALESTAR PSICOLG.ANTE ACONTC.O RECUERDOS MIEDO A PADECER OTRA CRIS.ANG.RECURRTE MIEDO A PADECER OTRA CRIS.SINT.LIMITADOS MIEDO A VOLVER LOCO, PERDER CONTROL MIEDO A MORIR NEUTRALIZC.POR EL SUJ.(IGNOR./OTRA IDEA) REACTIVIDAD FISIOLOG. ANTE SIT. O RECUERDOS RECONOCIDOS COMO PROPIOS RECONOCIMIENTO IRRAZ.O EXCES.DE SU CONDTA. RESPUESTA DE ALARMA EXAGERADA SENSAC. ACORTAMIENTO DEL FUTURO SENSAC. DE IRREALIDAD (DESR., DESP.) SENSAC. DE ESTAR AL LIMITE SENSAC.DISTANCT.ó EXTREZA ANTE LOS DEMAS

CUADRO Nº 10.6

SINTOMAS "S O M A T I C O S"
BOCA SECA
BOLO EN LA GARGANTA, (DIF. TRAGAR)
DIARREAS
DISNEA O SENS. AHOGO
DOLOR O MALESTAR PRECORDIAL
ESCALOFRIOS
FATIGABILIDAD EXCESIVA
MANOS SUDOROSAS Y FRIAS
MAREOS, SENS. INESTB., de PERD. CONC.
MICCION FRECUENTE
NAUSEAS o MOLEST. ABDOMINALES
PALPITACIONES
PARESTESIAS (cosquilleos en manos/pies)
PERDIDA CONTROL VEJIGA
SOFOCOS
SUDORACION
TAQUICARDIA
TEMBLOR, CONTRCC., SACUDIDAS
TENSION Y DOLORES MUSCULARES
VOMITAR (no por embarazo)

1.2.2.3.2. DESCRIPCION DE LOS TRASTORNOS POR ANSIEDAD EN EL DSM-III-R.

Con independencia del tratamiento que reciben los síntomas ansiosos en los diferentes Trastornos por ansiedad descritos en esta clasificación, como acabamos de ver, vamos, a continuación, a hacer

referencia de los síndromes que describen los cuadros psicopatológicos propios de la ansiedad. Para ello, exponemos seguidamente los criterios diagnósticos extraídos del DSM-III-R. A pesar de resultar reiterativos, hemos visto oportuno su inclusión por la relevancia que tienen a la hora de enmarcar nuestro estudio.

Criterios para el diagnóstico de trastorno por angustia (con o sin agorafobia)

- A. En algún momento durante la alteración se han presentado una o más crisis de angustia (períodos concretos de miedo o molestias intensas) que han sido (1) inesperados, es decir, que no se han presentado inmediatamente antes o durante la exposición a una situación que casi siempre causa ansiedad, y (2) no han sido desencadenados por situaciones en las cuales el individuo ha sido el foco de la atención de los demás.
- B. Por lo menos cuatro crisis tal como se definen en el criterio A durante un período de cuatro semanas, o bien una o más crisis seguidas de miedo persistente o presentar otro ataque por lo menos durante un mes.
- C. Por lo menos, cuatro de los síntomas siguientes durante alguna de las crisis:
- 1) falta de aliento (disnea) o sensación de ahogo;
 - 2) mareo, sensación de inestabilidad, sensación de pérdida de conciencia;
 - 3) palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia);
 - 4) temblor o sacudidas;
 - 5) sudoración;
 - 6) sofocación;
 - 7) náuseas o molestias abdominales;
 - 8) despersonalización o desrealización;
 - 9) adormecimiento o sensaciones de cosquilleo en diversas partes del cuerpo (parestias);
 - 10) escalofríos;
 - 11) dolor o molestias precordiales;
 - 12) miedo a morir;
 - 13) miedo a volverse loco o a perder el control.

Nota: Las crisis que incluyen cuatro o más síntomas se las denomina crisis de angustia; aquellas que tengan menos de cuatro síntomas son crisis de síntomas limitados.

sigue==>

Criterios para el diagnóstico de trastorno por angustia (continuación)
<p>D. En alguna de estas crisis, por lo menos cuatro de los síntomas C han aparecido rápidamente y han aumentado en intensidad durante los diez minutos siguientes al comienzo del primer síntoma.</p> <p>E. No es posible establecer la presencia de algún factor orgánico que haya iniciado o mantenido la alteración, por ejemplo, intoxicación por amfetamina o cafeína, o hipertiroidismo.</p> <p>Nota: El prolapso de la válvula mitral puede ser un trastorno asociado pero en ningún caso excluye el diagnóstico de trastorno de angustia.</p>

Tipos de trastornos por angustia

Criterios para el diagnóstico del trastorno por angustia con agorafobia (300.21)
<p>A. Se cumplen los criterios de trastorno por angustia.</p> <p>B. Agorafobia: miedo de encontrarse en lugares o situaciones de las cuales pueda ser difícil (o embarazoso) escapar, o en las que no es fácil obtener ayuda en el caso de tener una crisis de angustia. (Se incluyen aquí aquellos casos en los que la conducta de evitación persistente se ha originado durante una fase activa del trastorno por angustia, aun cuando el individuo no atribuya la conducta de evitación al miedo a tener otra crisis.) Como resultado de este miedo, el individuo o bien restringe su capacidad de desplazamiento, o necesita algún tipo de compañía cuando se encuentra fuera de casa. La tercera posibilidad es que resista las situaciones agorafóbicas a pesar de la intensa ansiedad. Las situaciones agorafóbicas más frecuentes son el hallarse solo fuera de casa, encontrar se entre una multitud o haciendo cola, pasar por encima de un puente y viajar en autobús, en tren o en coche.</p>

Criterios para el diagnóstico del trastorno por angustia con agorafobia (300.21)
(continuación)

Especificar la gravedad actual de la evitación agorafóbica:

Leve: Algún tipo de evitación (o resistencia de las situaciones con malestar) pero vida relativamente normal; por ejemplo, el sujeto puede viajar sin compañía cuando es necesario, como en el caso de ir al trabajo o de compras, aunque por lo general evita desplazarse solo.

Moderada: La evitación da lugar a un tipo de vida bastante restringida; es decir, el individuo es capaz de salir solo de casa pero no lo es de desplazarse más allá de algunos kilómetros sin compañía.

Grave: La evitación obliga a estar casi por completo dentro de casa o hace al individuo incapaz de salir de ella sin compañía.

En remisión parcial: No existe evitación agorafóbica actual pero en cambio la hubo durante los últimos seis meses.

En remisión total: No existe evitación agorafóbica actual ni tampoco durante los últimos seis meses.

Especificar la intensidad actual de la crisis de angustia:

Leves: Durante el último mes todas las crisis han consistido en síntomas limitados (menos de cuatro síntomas) o no ha habido más de una.

Moderada: Durante el último mes las crisis han sido intermedias entre las que pueden considerarse leves y graves.

Graves: Durante el último mes se han presentado por lo menos 8 crisis de angustia.

En remisión parcial: El trastorno se ha situado entre la "remisión total" y la intensidad "leve".

En remisión total: Durante los últimos seis meses no ha habido crisis de angustia o crisis de síntomas limitados.

Criterios para el diagnóstico del trastorno por angustia sin agorafobia (300.01)

A. Se cumplen los criterios de trastorno por angustia.

B. Ausencia de agorafobia tal como se definió anteriormente.

Debe especificarse la intensidad actual de las crisis de angustia, de acuerdo con lo definido anteriormente.

Criterios para el diagnóstico de la agorafobia sin historia de trastorno por angustia (300.22)

A. Agorafobia: miedo de encontrarse en lugares o situaciones de los cuales pueda ser difícil (o embarazoso) escapar o en las que no es fácil obtener ayuda en el caso de que aparezcan repentinamente síntomas que pudieran ser incapacitantes o extremadamente embarazosos. Entre los ejemplos se incluyen: mareo o sensación de pérdida de estabilidad, despersonalización o desrealización, pérdida del control de la vejiga o de los intestinos, vomitar, o molestias cardíacas. Como resultado de lo anterior, el individuo o bien restringe sus desplazamientos, necesita alguna compañía para salir solo de casa o por el contrario resiste las situaciones agorafóbicas a pesar de la ansiedad intensa. Entre las situaciones agorafóbicas más comunes se incluyen encontrarse solo fuera de casa, en una multitud o haciendo cola, pasar por un puente o viajar en autobús, tren o coche.

B. Nunca se han cumplido criterios para el trastorno por angustia.

Especificar con o sin crisis de síntomas limitados.

Criterios para el diagnóstico de fobia social (300.23)

- A. Miedo persistente a una o más situaciones (situaciones sociales fóbicas) en las que el individuo se expone a ser observado por los demás y teme que pueda hacer alguna cosa o actuar de tal manera que pueda resultar humillante o embarazoso para él. Entre los ejemplos se incluye el miedo a no poder hablar en público, el temor de atragantarse cuando se come frente a otros, de ser incapaz de orinar en un urinario público, de temblar cuando se escribe en presencia de los demás y de decir cosas sin sentido o no ser capaz de contestar correctamente a las diversas cuestiones.
- B. Cuando coexiste otro trastorno del eje III o del eje I, el miedo correspondiente al párrafo A es totalmente independiente de esta última alteración. Por ejemplo, el miedo no es debido a tener una crisis de angustia (trastorno por angustia), a tartamudear (tartamudeo), a temblar (enfermedad de Parkinson) o a manifestar una conducta alimentaria anormal (anorexia nerviosa o bulimia nerviosa).
- C. Durante algunas de las fases del trastorno la exposición a los estímulos fóbicos específicos provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata.
- D. Las situaciones fóbicas se evitan o bien se resisten con gran ansiedad.
- E. La conducta de evitación interfiere la actividad profesional, las actividades sociales habituales y las relaciones con los demás, o bien produce un intenso malestar en relación con el miedo.
- F. El individuo reconoce que su miedo es excesivo o irrazonable.
- G. Cuando el individuo tiene menos de 18 años, el trastorno no cumple los criterios de trastorno por evitación en la infancia o la adolescencia.

Especifique tipo generalizado cuando la situación fóbica incluya la mayor parte de situaciones sociales y considérese también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación.

Criterios para el diagnóstico de fobia simple (300.29)

- A. Miedo persistente a un estímulo circunscrito (objeto o situación) distinto del miedo a una crisis de angustia (como el trastorno por angustia) o a la humillación o embarazo ante determinadas situaciones sociales (como en la fobia social).

Nota: No debe incluirse aquellos miedos que constituyan parte del trastorno por angustia con agorafobia o de la agorafobia sin historia de trastorno por angustia.

- B. Durante alguna fase de la alteración la exposición al estímulo o estímulos fóbico-específicos provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata.
- C. El objeto o la situación tiende a evitarse o bien a resistirse a costa de ansiedad intensa.
- D. El miedo o la conducta de evitación interfiere significativamente con la rutina normal del individuo, con las actividades sociales habituales y con las relaciones con los demás, o existe un intenso malestar debido al miedo.
- E. El individuo reconoce que su miedo es excesivo o irrazonable.
- F. El estímulo fóbico no tiene ninguna relación con el contenido de las obsesiones del trastorno obsesivo-compulsivo o con el trauma del trastorno por estrés postraumático.

Criterios para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo (300.30)**A. Presencia de obsesiones o compulsiones:**

Obsesiones: 1), 2), 3) y 4):

- 1) ideas, pensamientos, imágenes e impulsos persistentes que se experimentan por lo menos inicialmente como invasores y sin sentido. Por ejemplo, el padre que siente impulsos repetidos de matar a su hijo, o la persona religiosa que tiene continuos pensamientos blasfemos;
- 2) el individuo intenta ignorar o suprimir estos pensamientos o impulsos, o bien neutralizarlos con algún otro tipo de idea o acción;
- 3) el individuo reconoce que las obsesiones son el producto de su propia mente y que no vienen impuesto desde el exterior (tal como ocurre en la inserción del pensamiento);
- 4) cuando se presenta algún otro trastorno del eje I, el contenido de las obsesiones es independiente de este trastorno. Por ejemplo, las ideas, pensamientos, impulsos e imágenes no tienen nada que ver con la comida si coexiste un trastorno de la conducta alimentaria, con los fármacos si coexiste un trastorno por uso de sustancias psicoactivas, o con sentimientos de culpa si coexiste una depresión mayor.

Compulsiones: 1), 2) y 3):

- 1) conductas repetitivas finalistas e intencionales, que se efectúan como respuesta a una obsesión de manera estereotipada o de acuerdo con determinadas reglas;
- 2) la conducta está diseñada para neutralizar o impedir el malestar o algún acontecimiento o situación temida; sin embargo, o bien la actividad no es realista o es claramente excesiva;
- 3) el individuo reconoce que su conducta es excesiva o irrazonable (quizás esto no sea así en el caso de los niños pequeños y tampoco en aquellas personas cuyas obsesiones han dado lugar a ideas sobrevaloradas).

B. Las obsesiones o compulsiones producen marcado malestar, pérdida de tiempo (en general el individuo emplea más de una hora diaria en ellas) o interfieren significativamente con la rutina habitual del individuo, con la situación profesional, con sus actividades sociales habituales o en sus relaciones con los demás.

Criterios para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático (309.89)

- A. El individuo ha vivido un acontecimiento que se encuentra fuera del marco habitual de las experiencias humanas y que sería marcadamente angustiante para casi todo el mundo; por ejemplo, amenaza grave para la propia vida o integridad física, amenaza o daño para los hijos, el cónyuge u otros parientes cercanos y amigos, destrucción súbita del hogar o de la comunidad, observación de cómo una persona se lesiona gravemente o muere como resultado de un accidente o de violencia física.
- B. El acontecimiento traumático se experimenta persistentemente por lo menos en una de las tres formas siguientes:
- 1) recuerdos desagradables, recurrentes e invasores, del acontecimiento (en los niños pequeños, juegos repetitivos en los que se expresan temas o aspectos del traumatismo);
 - 2) sueños desagradables y recurrentes sobre el acontecimiento;
 - 3) conductas y sentimientos súbitos que aparecen como si el agente traumático operara de nuevo (en estos fenómenos se incluyen la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones, y episodios disociativos (flashback), incluso cuando ocurre al despertar, o como consecuencia de alguna intoxicación por drogas);
 - 4) malestar psicológico intenso al exponerse a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático, como puede ser incluso su aniversario.
- C. Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma o falta de capacidad general de respuesta (no existe antes del trauma), puestas de manifiesto por lo menos por tres de los siguientes fenómenos:
- 1) esfuerzo para evitar los pensamientos o las sensaciones asociadas con el trauma;
 - 2) esfuerzos para evitar las actividades o las situaciones que provocaban el recuerdo del trauma;
 - 3) incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma (amnesia psicógena);
 - 4) disminución marcada del interés en las actividades significativas (en los niños pequeños, por ejemplo, pérdida de las habilidades de desarrollo recientemente adquiridas, como aseo o lenguaje);
 - 5) sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás;
 - 6) afecto restringido; por ejemplo, incapacidad de experiencias amorosas;
 - 7) sensación de acortamiento del futuro (no se espera por ejemplo realizar una carrera, casarse, tener niños o una larga vida).

sigue ==>

Criterios para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático (309.89)
(continuación)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (no existente antes del trauma), puestos de manifiesto por lo menos por dos de los siguientes fenómenos:

- 1) dificultad de conciliar o mantener el sueño;
- 2) irritabilidad o explosiones de ira;
- 3) dificultad para la concentración;
- 4) hipervigilancia;
- 5) respuesta de alarma exagerada;
- 6) reactividad fisiológica frente a la exposición a aquellos acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático; por ejemplo, una mujer que ha sido violada en un ascensor se pone a sudar cuando entra en alguno.

E. La duración del trastorno (síntomas en B, C y D) ha sido por lo menos de un mes.

Especificar comienzo demorado si el inicio de los síntomas tuvo lugar al menos seis meses después del traumatismo.

Criterios para el diagnóstico del trastorno por ansiedad generalizada (300.02)

- A. Ansiedad y preocupación no realista o excesiva (expectación aprensiva) en torno a dos o más circunstancias vitales; por ejemplo, preocupación por la posible desgracia de algunos de los hijos (que no se halla en peligro), o preocupación por asuntos económicos (sin ninguna razón). El trastorno ha durado seis meses o más, durante los que el individuo ha estado preocupado por estos problemas la mayor parte de los días. En los niños y adolescentes el trastorno puede tomar la forma de ansiedad y preocupación por el rendimiento académico, deportivo y social.
- B. Para efectuar el diagnóstico, cuando también hay otro trastorno del eje I, el foco de la ansiedad y de la preocupación en A no se encuentra relacionado con él. Por ejemplo, la ansiedad y la preocupación no tiene nada que ver con el miedo a tener una crisis de angustia (como ocurre en el trastorno por angustia), a sentirse ridiculizado en público (como en la fobia social), a ser contaminado (como en el trastorno obsesivo-compulsivo) o en ganar peso (como en la anorexia nerviosa).
- C. El trastorno no debe presentarse sólo en el curso de un trastorno del estado de ánimo o de un trastorno psicótico.
- D. Por lo menos, hay seis de los siguientes dieciocho síntomas cuando el individuo está ansioso (no deben incluirse aquellos síntomas que sólo se presentan durante una crisis de angustia):

Tensión motora

- 1) temblor, contracciones o sacudidas;
- 2) tensión o dolor muscular;
- 3) inquietud;
- 4) fatigabilidad excesiva.

Criterios para el diagnóstico del trastorno por ansiedad generalizada (300.02)
(continuación)

Hiperactividad vegetativa

- 5) falta de aliento o sensación de ahogo;
- 6) palpitaciones o ritmo cardiaco acelerado (taquicardia);
- 7) sudoración o manos frías y húmedas;
- 8) boca seca;
- 9) mareo o sensación de inestabilidad;
- 10) náusea, diarrea u otros trastornos abdominales;
- 11) sofocaciones o escalofríos;
- 12) micción frecuente;
- 13) dificultades para tragar o sensación de tener "un nudo en la garganta".

Hipervigilancia

- 14) sentirse atrapado o al borde de un peligro;
- 15) exageración de la respuesta de alarma;
- 16) dificultad para concentrarse o episodios en los que la mente se queda en blanco debido a la ansiedad;
- 17) dificultades en dormir o en mantener el sueño;
- 18) irritabilidad.

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



1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y FORMULACION DEL OBJETIVO.

Tras la revisión que hemos realizado de los aspectos conceptuales, semiológicos y nosológicos de los trastornos ansiosos, muchas son las consideraciones que ponen de manifiesto, a pesar de los logros, las lagunas y dificultades que en este campo de conocimiento persisten en la actualidad.

Si bien encontramos consenso para definir el constructo "ansiedad" como el conjunto de modificaciones del organismo humano que facilitan la adaptación a las situaciones que requieren un estado de alerta (LADER, 1981; TYRER, 1982; HERRERO y cols., 1983; KLEIN y cols., 1984; JABLENSKY, 1985; ALVAREZ y BERNARDO, 1990; DIEZ, 1990), no ocurre lo mismo con la determinación, delimitación y clasificación de las estructuras psicopatológicas que puedan presentarse.

Llegado a este punto su misma naturaleza entra en conflicto, yuxtaponiéndose, como veíamos en otro lugar, a las de angustia, miedo, etc. No obstante parece haber acuerdo en que estos términos, en sus

acepciones psicopatológicas, deben considerarse que hacen referencia a lo mismo y que son otros aspectos, los que pueden diferenciarlos. Parece por tanto, que sea éste un problema soluble desde la fronterización de los trastornos cuyo componente nuclear sea la ansiedad.

En otro orden de cosas, el gran número y la diversidad de categorías de los síntomas que los pacientes refieren, han generado no sólo una extensa relación de cuadros psicopatológicos, sino que han motivado diferentes versiones sobre la estructura semiológica de estos trastornos.

Aunque el número de síntomas detallados en los trastornos ansiosos pueden perfectamente superar a cualquier compendio de medicina interna, es posible dividirlos en dos categorías según se manifiesten a nivel físico o a nivel psíquico. No tendría especial relevancia esto (la historia de la psiquiatría y la psicología ha hecho viejo el dilema de lo psíquico y lo orgánico), si no fuese por la importancia que tiene

esta dicotomía a la hora de establecer la delimitación semiológica de estos trastornos. No podemos olvidar que es en los correlatos que se presentan en los componentes psíquicos y neurofisiológicos, de una reacción del organismo en interacción con el medio, donde estriba la génesis de los trastornos que nos ocupan.

La moderna nosología, haciéndose eco de lo anterior, supera dicha disyuntiva incorporando en los cuadros que describe todos los síntomas que pueden presentarse, obligando a la observación de los mismos en los diferentes sistemas de respuestas. En este sentido, el DSM-III-R, que goza de una aceptación general en el acercamiento actual de las enfermedades psiquiátricas y concretamente de los trastornos de la ansiedad, es la clasificación nosológica que se ha ocupado de dar respuesta a esta necesidad, y aporta soluciones muy considerables. En esta clasificación, cada trastorno por ansiedad consta de unos síntomas nucleares que unidos a un número determinado de síntomas accesorios, aseguran el diagnóstico.

No obstante, entendemos que la intención de establecer diagnósticos precisos, obliga a diferenciar cuáles de los síntomas referidos por el paciente deben considerarse claves para el diagnóstico; lo que supone demarcar la estructura semiológica básica de los mismos. Ya que de otro modo, puede ocurrir que en un mismo paciente concurren tales circunstancias sintomatológicas que no pueda precisarse un diagnóstico unívoco, o al menos fundamental.

Es obvia la necesidad de resolver la problemática actualmente vigente sobre la categorización y clasificación nosológica de estos trastornos, ya que nos reportaría soluciones acerca de la delimitación de los diversos cuadros y categorías que integran los denominados "Trastornos de la ansiedad" (BREIER y cols., 1985); además de facilitar delimitaciones precisas con otros cuadros psicopatológicos en los que la respuesta ansiosa se encuentra alterada en calidad de síntoma, como es el caso de la depresión (WEISSMAN y cols., 1978; WEISSMAN, 1985; GOLDBERG y HUXLEY, 1980; ROTH y MOUNTJOY, 1982; VAZQUEZ BARQUERO y cols.,

1987).

En este sentido, son muchos los autores (SHEEHAN y SHEEHAN, 1982; VAZQUEZ BARQUERO, 1987; HOLMBERG, 1987; GALLETERO y GUIMON, 1989) que consideran tanto al DSM-III (1980) como a su Revisión (1987), insuficientes para dar respuesta a los problemas antes planteados.

Así, por ejemplo, no está totalmente resuelta la separación real entre el Trastorno por Crisis de Angustia y el Trastorno por Ansiedad Generalizada. Algunos autores señalan que se trataría de dos entidades bien definidas y diferenciadas en cuanto a epidemiología, clínica y respuesta terapéutica (KLEIN, 1964, 1981; SPITZER y cols., 1978; CROWE, 1980; AYUSO, 1984; MASSANA, 1986, 1989; KLERMAN, 1986, 1988; DSM-III-R, 1987; KLEIN y cols., 1987; CASSANO y cols., 1989). Sin embargo, existen diversas posiciones teóricas suficientemente avaladas que están a favor de considerarlas como productos de una entidad unitaria en momentos evolutivos diferentes (LOPEZ IBOR, 1950,

1966; CHOUINARD y cols., 1982; BREIER y cols., 1985; LOPEZ-IBOR ALIÑO, 1986; TOBENA, 1986; TYRER, 1986; MARKS, 1987; GELDER, 1988; BIONDI, 1988; GALLETERO y cols., 1989).

Por tanto, la dificultad de establecer límites precisos entre las distintas categorías diagnósticas que integran los "Trastornos por ansiedad" del DSM-III-R (1987), impide el estudio de cada una de ellas por separado, ejerciendo una influencia decisiva en el análisis epidemiológico, pues en muchas ocasiones nos encontramos con dos o más diagnósticos coexistiendo a la vez en un mismo paciente (LECKMAN, 1983, 1983b; HOLMBERG, 1987; VAZQUEZ BARQUERO y cols., 1988; CASSANO y cols., 1989).

La presencia de trastornos concomitantes presupone dilemas semiológicos y nosológicos de consideración. Y en este sentido, el DSM-III-R (1987) es aún más permisivo que su antecesor, ya que no utiliza el criterio de exclusión para establecer su clasificación de los trastornos de la ansiedad; esto

supone que la localización a nivel superior de un trastorno puede ser responsable de síntomas presentes en un trastorno que jerárquicamente es inferior. La validez de un enfoque de este tipo en los trastornos de la ansiedad donde es norma común la co-morbilidad debe ser, por tanto, puesta en entredicho.

En contra de esta postura, algunos autores apoyan el diagnóstico múltiple pues, entienden que de no ser así, resultaría una pérdida de información que puede ser importante para la comprensión de las relaciones entre varios estados mórbidos y diferentes dimensiones psicopatológicas (BOYD y cols., 1984; CASSANO y cols., 1989).

Así, en el presente trabajo con el fin de aclarar las relaciones que se presentan entre los trastornos concomitantes en un sólo sujeto, hemos considerado que a partir de la relación de síntomas con los cuales se altera la respuesta ansiosa, es posible acceder a la descripción de síndromes clínicos donde se supongan la presencia de trastornos diversos, y que de una forma

abierta de respuestas, en términos de predicción de la respuesta y selección del tratamiento, a las necesidades diagnósticas de la práctica clínica.

Por tanto, el objetivo del presente trabajo queda formulado de la siguiente manera:

Describir a través de los síntomas cognitivo-motores y somato-fisiológicos que presentan los sujetos afectados de trastornos de la respuesta ansiosa descritos en el DSM-III-R, los posibles síndromes clínicos subyacentes a los mismos; de manera que se pueda establecer de forma operativa la estructura semiológica de estos trastornos, así como qué síntomas son los que los definen.

CAPITULO 20: MATERIAL Y METODO

INDICE

2.1.	MUESTRA.....	141
2.2.	MEDIDAS.....	144
	2.2.1. Historia Clínica.....	144
	2.2.2. Relación de Variables Sociodemográficas.....	144
	2.2.3. Relación de Síntomas Ansiosos del DSM-III-R.....	146
	2.2.4. Criterios Diagnósticos del DSM-III-R para los Trastornos por Ansiedad.....	151
2.3.	PROCEDIMIENTO.....	152
2.4.	ANALISIS DE DATOS.....	154

2.1. MUESTRA.

Los sujetos que componen la muestra del presente estudio, han sido recogidos a partir de la población de usuarios de los Servicios de Psiquiatría que acudieron a las consultas del Ambulatorio "Esperanza Macarena" de la ciudad de Sevilla, durante el período comprendido entre Enero y Abril de 1990, por presentar un Síndrome Ansioso.

En conjunto, la muestra seleccionada finalmente, a partir de las pruebas realizadas a 78 sujetos, se compone de 41 enfermos, 16 hombres (39.02 %) y 25 mujeres (60.98 %), con una edad media de 30.24 años y un rango de edad comprendido entre los 18 y los 48 años (Tablas nº 1 y 2), que cumplían el requisito básico de presentar única y exclusivamente un síndrome ansioso, y la ausencia de otros trastornos colaterales.

Se usaron como criterios de inclusión en el estudio, los siguientes:

1. Tener más de 18 años, y

2. Presentar un cuadro ansioso que cumpliera los criterios de al menos uno de los Trastornos por Ansiedad del DSM-III-R (1987).

Igualmente, como criterios de exclusión se utilizaron -siguiendo a AYUSO y cols. (1987) en estudios similares- los siguientes:

1. Ideas suicidas.
2. Historia de epilepsia o de convulsiones.
3. Trastornos psicóticos (previos o actuales), o psicosis actual inducida por fármacos.
4. Historia de demencia.
5. Trastorno bipolar actual o previo.
6. Trastornos ciclotímicos.
7. Historia previa o actual de depresión mayor o menor.
8. Historia previa o actual de depresión mayor con melancolía.
9. Historia de alcoholismo o abuso de fármacos u otras sustancias en los seis últimos meses.

10. Historia de Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

11. Historia de Trastorno por Estrés Postraumático.

2.2. MEDIDAS.

Todos los enfermos que componían nuestra muestra fueron evaluados a través de los siguientes instrumentos de medidas:

- Historia clínica habitual.
- Relación de variables Sociodemográficas.
- Relación de Síntomas Ansiosos del DSM-III-R.
- Criterios diagnósticos del DSM-III-R para los Trastornos por Ansiedad.

2.2.1. HISTORIA CLINICA.

En todos los casos se realizó mediante una entrevista, siguiendo los epígrafes habituales de: enfermedad actual (forma de comienzo, sintomatología actual, evolución y curso clínico), antecedentes personales, antecedentes familiares y psicobiografía.

2.2.2. RELACION DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.

Las variables sociodemográficas consideradas,

aparte de la Edad y del Sexo, fueron:

-La variable Estado Civil, con cuatro niveles:

- a) Soltero.
- b) Casado.
- c) Separado o Divorciado.
- d) Viudo.

-La variable Nivel Cultural, con tres niveles, según el grado o nivel de estudio alcanzado:

a) Primarios, que abarca desde aquellos sujetos que sólo leen y escriben hasta aquellos otros que llegaron a obtener el certificado de estudios primarios.

b) Medio-superiores, que va desde el grupo anterior hasta los que han cursado el C.O.U..

c) Universitarios, que agrupa a aquellos sujetos que hacen algún curso universitario o que ya poseen el título de Licenciado, de Diplomado o similar.

-Y la variable Situación Laboral, con dos niveles:

a) Activo: Se incluyeron aquí todos los sujetos con actividad de trabajo, independientemente de la relación contractual y económica a la que estuvieran sometidos (contrato laboral, autónomos, estudiantes, etc.). Este nivel contenía también a las "amas de casas" que habían elegido voluntariamente esta opción.

b) Pasivo: Fueron incluidos todos los sujetos que no realizaban actividad laboral alguna, con independencia de las motivaciones o situaciones que determinasen la situación de inactividad (paro, incapacidad laboral, etc.).

2.2.3. RELACION DE SINTOMAS ANSIOSOS DEL DSM-III-R.

Para llevar a cabo el estudio semiológico de los Trastornos por Ansiedad, se confeccionó una relación, a rellenar en la historia clínica inicial de cada enfermo, con todos aquellos síntomas (Cuadro nº 10.a y 10.b) que se recogen en los criterios diagnósticos del

DSM-III-R (1987).

Dicha relación se subdividió en dos apartados: el de los Síntomas Psíquicos y el de los Síntomas Somáticos. En el primero se agruparon 37 síntomas y 20 en el segundo. Cada uno de ellos se identificó con la inicial "P" o "S" según fuera psíquico o somático, seguido de un número de orden y una/s palabras que en forma esquemática resumiera el síntoma en cuestión.

Una vez confeccionada la relación, se elaboró una plantilla (Cuadros nº 11.a y 11.b), donde las columnas (A, B, C, D, E, F, G y H) representan los distintos Trastornos por Ansiedad del DSM-III-R, y las filas, los diferentes síntomas que aparecen en cada uno de los trastornos mencionados.

CUADRO Nº: 11.a

SINTOMAS "PSIQUICOS"	A	B	C	D	E	F	G	H
P04. APARIC. INESPER. DE LAS CRIS. ANG. RECURRTE	(#)	(#)						
P01. CRISIS DE ANGUSTIA RECURRENTE	(#)	(#)	XXXXX					
P03. MIEDO A LUGARES O SITUACS. DIFICIL ESCAPAR	(#)	XXXXX	-(#)					
P05. MIEDO A 1 ó + SITUAC. SOCIALES				(#)				
P02. CONDUCTA DE EVITACION FOBICA	(#)		(#)	(#)	(#)			
P07. MIEDO A OBJETOS O SITUAC. ESPECIFIC.					(#)			
P08. RECONOCIMIENTO IRRAZONABLE DEL MIEDO				(#)	(#)			
P09. 6 SINTS. DE ANSIEDAD MANTEN. / 6 MESES						(#)		
P10. EXPECTAC. APRENS. O PREDC. IRREAL EXCESIVA						(#)		
P11. IDEAS, PEN., / PERST., CONDUCTAS REPETITIVAS							(#)	
P06. RESTRIC. ACTIV., RUTINA, RELACS. / SOC. ó LAB.	(#)		(#)	(#)	(#)		(#)	
P12. VIVENCIA ACONTECINTO. TRAUMATICO								(#)
P13. REEXPERIM. DEL TRAUMA (Recue, sueños) / 1 MES								(#)
P14. EVITACION REEXPERIM. TRAUMA (Sueños, Pensmt)								(#)
P26. ANSIEDAD	(#)	(#)	(#)	(#)	(#)	(#)	(#)	(#)
P27. ANESTESIA EMOCIONAL								()
P28. CONDCTA NEUTRAL. MALESTAR ó SITUAC. TEMIDA							()	
P29. CONDCTAS. Y SENTOS. SUBITOS (flashback)								()
P30. CRISIS DE SINTOMAS LIMITADOS	()	()	()					
P31. DIFIC. CONCENTRAC. O MENTE EN BLANCO						()		()
P33. INQUIETUD						()		
P34. INSOMNIO						()		()
P35. IRRITABILIDAD						()		()
P36. MALESTAR PSICOLG. ANTE ACONTC. O RECUERDOS								()
P37. MIEDO A PADECER OTRA CRIS. ANG. RECURRNT	()	()						
P38. MIEDO A PADECER OTRA CRIS. SINT. LIMITADOS			()					
P39. MIEDO A VOLVER LOCO, PERDER CONTROL	()	()						()
P40. MIEDO A MORIR	()	()						
P41. NEUTRALIZC. POR EL SUJ. (IGNOR./OTRA IDEA)							()	
P42. REACTIVIDAD FISIOLG. ANTE SIT. O RECUERDOS								()
P43. RECONOCIDOS COMO PROPIOS							()	
P44. RECONOCIMIENTO IRRAZ. O EXCES. DE SU CONDTA.							()	
P45. RESPUESTA DE ALARMA EXAGERADA						()		()
P46. SENSAC. ACORTAMIENTO DEL FUTURO								()
P47. SENSAC. DE IRREALIDAD (DESR., DESP.)	()	()	()					
P48. SENSAC. DE ESTAR AL LIMITE						()		
P49. SENSAC. DISTANCT. ó EXTREZA ANTE LOS DEMAS								()

A: TR. POR ANGUST. CON AGORF. C: AGORAFOBIA E: FOBIA SIMPLE G: OBS-COMPULS
 B: TR. POR ANGUST. SIN AGORF. D: FOBIA SOCIAL F: ANS. GENERALIZ. H: ESTRES-POST

CUADRO Nº 11.b

SINTOMAS "S O M A T I C O S"	A	B	C	D	E	F	G	H
S02. BOCA SECA						()		
S03. BOLD EN LA GARGANTA, (DIF. TRAGAR)						()		
S06. DIARREAS			()			()		
S08. DISNEA O SENSC. AHOGO	()	()		()		()		
S09. DOLOR O MALESTAR PRECORDIAL	()	()	()					
S13. ESCALOFRIOS	()	()				()		
S14. FATIGABILIDAD EXCESIVA						()		
S18. MANOS SUDOROSAS Y FRIAS						()		
S19. MAREOS, SENSC. INESTB., de PERD. CONC.	()	()	()			()		
S23. MICCION FRECUENTE						()		
S24. NAUSEAS o MOLEST. ABDOMINALES	()	()				()		
S25. PALPITACIONES	()	()				()		
S26. PARESTESIAS (cosquilleos en manos/pies)	()	()						
S27. PERDIDA CONTROL VEJIGA			()					
S33. SOFOCOS	()	()				()		
S34. SUDORACION	()	()		()		()		
S35. TAQUICARDIA	()	()		()		()		
S36. TEMBLOR, CONTRCC., SACUDIDAS	()	()				()		
S37. TENSION Y DOLDRES MUSCULARES						()		
S38. VOMITAR (no por embarazo)			()					

A: TR.POR ANGUST.CON AGORF. C: AGORAFOBIA E: FOBIA SIMPLE G: OBS-COMPULS
 B: TR.POR ANGUST.SIN AGORF. D: FOBIA SOCIAL F: ANS.GENERALIZ. H: ESTRES-POST

En dicha plantilla (Cuadro nº 11.a), observamos que están marcados con astérisko entre paréntesis, los síntomas cuya presencia es obligada, según el DSM-III-R (1987), para el diagnóstico del correspondiente trastorno ansioso -a los cuales hemos llamado

"Síntomas Definidores". Los síntomas restantes, al no ser indispensable su presencia para emitir diagnóstico, los hemos denominado "No-Definidores" y están representados por un doble paréntesis "()" en las columnas correspondientes al trastorno donde aparecen (Cuadro nº 12.a y 12.b).

Queremos hacer constar que se han señalado con el signo "XXXXX" aquellos síntomas que pueden ser característicos de ciertos trastornos pero incompatibles con otros; así, el síntoma "P03. MIEDO DE ENCONTRARSE EN LUGARES O SITUACIONES DE LAS CUALES PUEDE SER DIFÍCIL ESCAPAR" es obligado tanto de la "Agorafobia sin historia de Trastorno por Angustia" como del "Trastorno por Angustia con Agorafobia", pero es incompatible con la presencia de la misma en el "Trastorno por Angustia sin Agorafobia". Lo mismo ocurre con el síntoma "P01. CRISIS DE ANGUSTIA RECURRENTE", cuya presencia es obligada para los "Trastornos por Angustia" con y sin agorafobia, e incompatible para con el "Trastorno de Agorafobia sin historia de Trastorno por Angustia".

El grupo de "Síntomas Somáticos" (Cuadro nº: 12.b), como comentamos anteriormente, quedó constituido por 20 síntomas y ninguno de ellos forman parte de los denominados Síntomas Definidores.

2.2.4. CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM-III-R PARA LOS TRASTORNOS POR ANSIEDAD.

El diagnóstico (único o múltiple) de cada sujeto fué establecido mediante la relación de Síntomas Ansiosos, al hallarse presentes los síntomas "Definidores" y "No-Definidores" que en el DSM-III-R (1987) se recogen para cada uno de los Trastornos por Ansiedad.

2.3. PROCEDIMIENTO.

El procedimiento seguido para la obtención de los datos necesarios en nuestra investigación fué el mismo en todos los sujetos de la muestra.

Los enfermos fueron atendidos en uno de los despachos existentes en el Ambulatorio con buenas condiciones de luz, temperatura y nivel de ruidos; y tras la elaboración de la Historia Clínica, quedaban seleccionados de acuerdo con los criterios que ya se señalaron en el apartado 2.1.

Una vez que el paciente era elegido, se procedía a rellenar su correspondiente hoja de registro; completándose, en primer lugar y mediante los datos obtenidos de la Historia Clínica, la relación de Variables Sociodemográficas.

A continuación se le invitaba a cumplimentar la relación de Síntomas Ansiosos del DSM-III-R (1987), para lo cual, se le proponía lo siguiente: "Por favor, contéstenos con un "Sí" o un "No" a las siguientes

preguntas". De esta forma, se le formulaban los 57 ítems de que consta dicha relación. Al mismo tiempo, la confirmación de la presencia o ausencia de cada uno de los síntomas era anotada en la plantilla correspondiente a cada enfermo.

Concluida dicha tarea, se aplicaban los Criterios Diagnósticos del DSM-III-R. De esta forma, el sujeto quedaba diagnosticado de todos los Trastornos por Ansiedad cuyos requisitos cumpliera, sin omitir ni alzaprimar ninguna entidad diagnóstica.



2.4. ANALISIS DE DATOS.

Los datos así recogidos fueron convenientemente codificados y procesados mediante un ordenador, modelo WS-500, marca INVES, para su posterior análisis mediante el Análisis Factorial de Correspondencias (A.F.C.) del paquete estadístico M.D.S.

Para llevar a cabo dicho análisis, se sometieron los datos a un análisis exploratorio de la situación, como comprobación de la estructura presentada por el DSM-III-R (1987). Para ello, se situaron en un espacio factorial los distintos síntomas, construyendo una matriz de datos "A"(i,j), donde las filas (i) están formadas por los sujetos y las columnas (j) por los distintos síntomas. Cada casilla "a"(i,j), por tanto, está constituida por la frecuencia con que el síntoma j ha sido evocado por el sujeto i, y que es igual a 1 (presencia) ó a 0 (ausencia).

El conjunto "J" de síntomas relativos a esos individuos está formado por variables de tipo cualitativas con las dos modalidades anteriormente

mencionadas (1 ó 0). Cuando una variable no tiene más que dos modalidades se habla de "desdoblamiento", atribuyendo valores simétricos a una cualidad y a su contraria. Por tanto, en la presente investigación, la tabla lógica resultante es de datos binarios del tipo presencia-ausencia.

Esta matriz fué sometida, como ya hemos comentado, al A.F.C., utilizando para ello el programa CORAN del paquete estadístico Multivariate descriptive Statistical (M.D.S.), de la Universidad de New York. En su estado actual, esta técnica ha sido desarrollada por LEBART, MORINEAU y WARWICK (1984); y por TENENHAUS y YOUNG (1985).

La selección de este tipo de análisis obedece fundamentalmente a que esta técnica presenta la ventaja (respecto a otras técnicas de análisis multivariantes en forma secuencial o paralela), de conferir un rol simétrico a las filas y a las columnas, de forma que al ser proyectados en el espacio factorial, se genera una nube de puntos -los

sujetos analizados- en relación a -los síntomas-, obteniéndose así una ordenación simultánea de pacientes y síntomas. Ello permite observar la distancia entre los distintos síntomas, así como los sujetos de la muestra que de forma más característica se identifican con ellos. Por otra parte el A.F.C. tiene otra ventaja, ya que -como nos sugiere LEFEBVRE, (1983)-, es más adecuado para el carácter cualitativo de las variables sometidas a tratamiento, como es el caso de la presente investigación.

El objetivo del Análisis de Correspondencias es básicamente descriptivo y pretende poner de manifiesto la existencia estructurada de relaciones de semejanza o diferencia entre perfiles. Al tratar perfiles, estudia la dispersión de las formas independientemente de las magnitudes; mientras que el Análisis de Componentes Principales -nos comenta KENDALL en 1957- extrae, como primer factor, un factor de magnitud (CORNEJO, 1988).

Siguiendo a ROJO (1978) y a GUILFORD y FRUCHTER (1984), hemos incluido en la factorización sólo a

aquellos síntomas que presentaran una correlación cuadrada igual o superior a .40.

CAPITULO 32: RESULTADOS

INDICE

3.1.	DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA MUESTRA.....	163
3.1.1.	Sexo y Edad de la muestra.....	163
3.1.2.	Estado civil.....	163
3.1.3.	Nivel de estudios.....	164
3.1.4.	Situación laboral.....	164
3.2.	RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR A LA MUESTRA LA RELACION DE SINTOMAS ANSIOSOS RECOGIDOS EN EL DSM-III-R.....	166
3.2.1.	Síntomas Psíquicos.....	166
3.2.2.	Síntomas Somáticos.....	173
3.3.	RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM-III-R A LOS SUJETOS DE LA MUESTRA.....	176
3.4.	RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR A LA MUESTRA EL ANALISIS FACTORIAL DE CORRESPONDENCIAS.....	189

3.4.1. Se seleccionan todos los Síntomas	
Psíquicos y Somáticos con $f_a > 10$	193
3.4.2. Se seleccionan sólo los Síntomas	
Psíquicos con $f_a > 10$	198

El orden de exposición que hemos seguido para presentar los resultados es el siguiente:

En primer lugar, expondremos las características sociodemográficas de la muestra, reflejando los datos relativos a las siguientes variables: Edad, Sexo, Estado Civil, Nivel de Estudios realizados y Situación Laboral.

En segundo lugar, mostraremos los resultados obtenidos de la Relación de Síntomas Ansiosos del DSM-III-R, es decir, la frecuencia absoluta y el porcentaje con que cada uno de los 57 ítems de la relación aparece en la totalidad de la muestra.

En tercer lugar, se exponen los resultados obtenidos al aplicar los Criterios Diagnósticos del DSM-III-R a la Relación de Síntomas Ansiosos de cada uno de los 41 sujetos que componen nuestra muestra. Mostrándose, por tanto, el número de Trastornos por Ansiedad que cumple cada paciente y las posibles asociaciones diagnósticas que aparecen.

Posteriormente, nos ocuparemos de los resultados obtenidos al aplicar el Análisis Factorial de Correspondencias a la matriz $A(i,j)$, donde las filas (i) están representadas por los 41 sujetos que forman nuestra muestra, las columnas (j) por aquellos síntomas de entre los 57, que tengan una frecuencia absoluta mayor de 10; y cada casilla ($a(i,j)$) por la frecuencia del síntoma en cada sujeto que, al ser dicotómicas nuestras variables, será de 1 (la presencia) ó de 0 (la ausencia).

3.1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA MUESTRA.

3.1.1. SEXO Y EDAD DE LA MUESTRA.

La muestra empleada quedó constituida por 41 sujetos de los cuales, 16 eran hombres y 25 eran mujeres (Tabla nº 1). Esto supone que el 39.02% de la muestra son varones y el 60.98% mujeres, correspondiendo una proporción de 1.6 mujeres por cada hombre.

Las edades de los sujetos, oscilaron entre los 18 y los 48 años, siendo la edad media de 30.24 años, con una desviación típica de ± 7.94 (Tabla nº 2).

3.1.2. ESTADO CIVIL.

La mayor proporción de sujetos correspondían al grupo de Solteros (53.66%), seguidos de los sujetos Casados (41.46%). Tan sólo un 4.88% de los pacientes estudiados estaban en situación de Separados o Divorciados. No encontrándose en nuestra muestra ningún sujeto en el grupo de Viudos (Tabla nº 1).

3.1.3. NIVEL DE ESTUDIOS.

Respecto al nivel de estudios (Tabla nº 1), más de la mitad de la muestra (56.10%) la constituyeron sujetos con un bajo nivel cultural, y fueron incluidos en el Nivel de Estudios Primarios. El resto de los sujetos se distribuyeron entre las otras dos categorías en que se dividió esta variable. Así, el 26.83% de los sujetos se situaron en la categoría Medio-superiores y el resto, es decir el 17.07 % de los pacientes, en la categoría Estudios Universitarios.

3.1.4. SITUACION LABORAL.

Los sujetos que componen la muestra estudiada se distribuyeron, en cuanto a su Situación Laboral, entre un grupo de 30 sujetos que se encontraban en Activo cuando fueron valorados, y otro grupo de 11 sujetos cuya situación era de Pasivo (Tabla nº 1). Esto supone que el 73.17% de la muestra quedan incluidos en la categoría Activos y el 26.83% en la de Pasivo.

TABLA n° 1: Variables Sociodemográficas.

VARIABLE	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
SEXO		
HOMBRE	16	39.02
MUJER	25	60.98
ESTADO CIVIL		
CASADO	17	41.46
SOLTERO	22	53.66
SEPARADO	2	4.88
ESTUDIOS		
PRIMARIOS	23	56.10
MED-SUPER	11	26.83
UNIVERSIT	7	17.07
SIT. LABORAL		
ACTIVO	30	73.17
PASIVO	11	26.83

TABLA n° 2: Edad de la muestra.

VARIABLE	PUNT.MIN.	PUNT.MAX.	MEDIA	DESV.TIPICA
EDAD	18.00	48.00	30.24	7.94

3.2. RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR A LA MUESTRA LA RELACION DE SINTOMAS ANSIOSOS RECOGIDOS EN EL DSM-III-R.

En la Tabla n° 3.a y 3.b, quedan recogidos los 57 síntomas (Psíquicos y Somáticos) que componen la Relación de Síntomas Ansiosos del DSM-III-R con sus correspondientes frecuencias absolutas (fa) y porcentajes con que cada síntoma se da en el conjunto de la muestra. Asimismo, se puede observar que los síntomas están aquí ordenados de mayor a menor frecuencia de aparición en la totalidad de los sujetos.

3.2.1. SINTOMAS PSIQUICOS.

Bajo este epígrafe, como anteriormente se comentó, agrupamos 37 ítems que forman parte de las áreas de respuesta cognitiva y motora.

En la Tabla 3.a, que a continuación se expone, aparecen ordenados según su frecuencia, oscilando sus porcentajes entre el 100% y el 0.00%.

Podemos distinguir, en primer lugar, un síntoma que aparece en el 100% de los casos: el "P26. ANSIEDAD".

En segundo lugar, destacan dos síntomas que aparecen en más del 75% de los sujetos: el "P10. EXPECTACION APRENSIVA O PREOCUPACION IRREAL EXCESIVA" (85.36%) y el "P33. INQUIETUD" (82.92%).

En tercer lugar, hay siete síntomas que sobresalen por encontrarse presentes entre el 50 y el 75% de los sujetos: el "P35. IRRITABILIDAD" (70.73%), el "P09. SINTOMAS DE ANSIEDAD MANTENIDOS DURANTE SEIS MESES O MAS" (68.29%), el "P06. RESTRICCION DE LAS ACTIVIDADES RUTINARIAS, DE RELACION, SOCIALES y/o LABORALES" (65.85%), el "P31. DIFICULTAD DE CONCENTRACION O MENTE EN BLANCO" (65.85%), el "P45. RESPUESTA DE ALARMA EXAGERADA" (63.41%), el "P02. CONDUCTA DE EVITACION FOBICA" (63.41%) y el "P08. RECONOCIMIENTO IRRAZONABLE DEL MIEDO" (58.53%).

Existe, en cuarto lugar, un grupo de síntomas con frecuencia de aparición entre el 25 y el 50%, a saber:

"P04. APARICION INESPERADA DE LAS CRISIS DE ANGUSTIA RECURRENTES" (46.34%); "P01. CRISIS DE ANGUSTIA RECURRENTES" (46.34%); "P39. MIEDO A VOLVERSE LOCO, A PERDER EL CONTROL" (46.34%); "P34. INSOMNIO" (43.90%); "P40. MIEDO A MORIR" (41.46%); "P03. MIEDO DE ENCONTRARSE EN LUGARES O SITUACIONES DE LOS CUALES PUEDA SER DIFICIL ESCAPAR" (41.46%); "P37. MIEDO A PADECER OTRA CRISIS DE ANGUSTIA RECURRENTES" (39.02%); "P48. SENSACION DE ESTAR AL LIMITE" (36.58%); "P47. SENSACION DE IRREALIDAD -DESPERSONALIZACION / DESREALIZACION-" (34.14%); "P07. MIEDO PERSISTENTE A OBJETOS O SITUACIONES ESPECIFICAS" (29.26%) y "P05. MIEDO A UNA O MAS SITUACIONES SOCIALES" (26.82%).

En quinto lugar, sólo dos síntomas se presentan con frecuencia inferior al 25%, como son el "P30. CRISIS DE SINTOMAS LIMITADOS" (21.95%) y el "P38. MIEDO A PADECER OTRA CRISIS DE SINTOMAS LIMITADOS" (4.87%).

Los últimos 14 síntomas Psíquicos que aparecen en la Tabla 3.a, no se presentaron en nuestra muestra de

enfermos, por ello su frecuencia de aparición es del 0.00%. Estos síntomas son los siguientes: "P11. IDEAS O PENSAMIENTOS, PERSISTENTES, CONDUCTAS REPETITIVAS"; "P12. VIVENCIA DEL ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO"; "P13. REEXPERIMENTACIÓN DEL TRAUMA MEDIANTE SUEÑOS O RECUERDOS, DURANTE UN MES"; "P14. EVITACIÓN DE LA REEXPERIMENTACIÓN DEL TRAUMA"; "P27. ANESTESIA EMOCIONAL"; "P28. CONDUCTA DISEÑADA PARA NEUTRALIZAR O IMPEDIR EL MALESTAR O ALGUN ACONTECIMIENTO O SITUACIÓN TEMIDA"; "P29. CONDUCTAS Y SENTIMIENTOS SUBITOS (flashback)"; "P36. MALESTAR PSICOLÓGICO ANTE ACONTECIMIENTOS O RECUERDOS QUE SIMBOLIZAN EL TRAUMA"; "P41. NEUTRALIZACIÓN POR EL SUJETO DE LOS PENSAMIENTOS O IMPULSOS, O BIEN NEUTRALIZARLOS CON ALGUN OTRO TIPO DE IDEA O DE ACCIÓN"; "P42. REACTIVIDAD FISIOLÓGICA ANTE SITUACIONES O RECUERDOS QUE SIMBOLIZAN EL TRAUMA"; "P43. LAS OBSESIONES SON RECONOCIDAS COMO PROPIAS Y NO VIENEN IMPUESTAS DESDE EL EXTERIOR"; "P44. RECONOCIMIENTO DE QUE SU CONDUCTA ES IRRAZONABLE O EXCESIVA"; "P46. SENSACIÓN DE ACORTAMIENTO DEL FUTURO" y "P49. SENSACIÓN DE DISTANCIAMIENTO O DE

EXTRANAMIENTO RESPECTO A LOS DEMAS".

TABLA nº 3.a: Frecuencias y porcentajes de los síntomas Psíquicos de la Relación de Síntomas Ansiosos del DSM-III-R.

SINTOMAS "P S I Q U I C O S"	fa	P%
P26. ANSIEDAD	41	100.00
P10. EXPECTAC.APRENS.O PREOC.IRREAL EXCESIVA	35	85.36
P33. INQUIETUD	34	82.92
P35. IRRITABILIDAD	29	70.73
P09. SINTS.DE ANSIEDAD MANTEN. / 6 MESES	28	68.29
P06. RESTRIC.ACTIV.,RUTINA,RELACS./SOC.6 LAB.	27	65.85
P31. DIFIC. CONCENTRACION O MENTE EN BLANCO	27	65.85
P45. RESPUESTA DE ALARMA EXAGERADA	26	63.41
P02. CONDUCTA DE EVITACION FOBICA	26	63.41
P08. RECONOCIMIENTO IRRAZONABLE DEL MIEDO	24	58.53
P04. APARIC.INESPER.DE LAS CRIS.ANG.RECURRENTE	19	46.34
P01. CRISIS DE ANGUSTIA RECURRENTE	19	46.34
P39. MIEDO A VOLVER LOCO, PERDER CONTROL	19	46.34
P34. INSOMNIO	18	43.90
P40. MIEDO A MORIR	17	41.46
P03. MIEDO A LUGARES O SITUACS.DIFICIL ESCAPAR	17	41.46
P37. MIEDO A PADECER OTRA CRIS.ANG.RECURRENTE	16	39.02
P48. SENSAC. DE ESTAR AL LIMITE	15	36.58
P47. SENSAC. DE IRREALIDAD (DESR., DESP.)	14	34.14

sigue ->

TABLA nº 3.a (Continuación).

SINTOMAS "P S I Q U I C O S" (continuación)	fa	P%
P07. MIEDO A OBJETOS O SITUAC.ESPECIFIC.	12	29.26
P05. MIEDO A 1 ó + SITUAC.SOCIALES	11	26.82
P30. CRISIS DE SINTOMAS LIMITADOS	9	21.95
P38. MIEDO A PADECER OTRA CRIS.SINT.LIMITADOS	2	4.87
P11. IDEAS,PEN./PERST.,CONDUCTAS REPETITIVAS	0	0.00
P12. VIVENCIA DEL ACONTECIMIENTO TRAUMATICO	0	0.00
P13. REEXPERIM.DEL TRAUMA(Recue,sueños)/1 MES.	0	0.00
P14. EVITACION REEXPERIM.TRAUMA(Sueños,Pensm).	0	0.00
P27. ANESTESIA EMOCIONAL	0	0.00
P28. CONDCTA NEUTRAL.MALESTAR ó SITUAC. TEMIDA	0	0.00
P29. CONDCTAS. Y SENTOS. SUBITOS (flashback)	0	0.00
P36. MALESTAR PSICOLG.ANTE ACONTC.O RECUERDOS	0	0.00
P41. NEUTRALZC.POR EL SUJ.(IGNOR./OTRA IDEA)	0	0.00
P42. REACTIVIDAD FISIOLG. ANTE SIT.ó RECUERDOS	0	0.00
P43. OBSES.RECONOCIDAS COMO PROPIAS (NO IMP.)	0	0.00
P44. RECONOCIMIENTO IRRAZ.O EXC. DE SU CONDCTA.	0	0.00
P46. SENSAC. ACORTAMIENTO DEL FUTURO	0	0.00
P49. SENSAC.DISTANCT.ó EXTNEZA ANTE LOS DEMAS	0	0.00

3.2.2. SINTOMAS SOMATICOS.

Los 20 ítems que a continuación presentamos en la Tabla nº 3.b, corresponden a los síntomas del nivel de respuesta somato-fisiológico que forman parte de la Relación de Síntomas.

Al igual que los Psíquicos, se presentan ordenados según su frecuencia de aparición en la muestra, oscilando sus porcentajes entre el 85.36% y el 0.00%.

En dicha tabla (Tabla nº 3.b), vemos que hay seis síntomas que aparecen en más del 75% de los sujetos y que son: el "S36. TEMBLOR, CONTRACCIONES, SACUDIDAS" (85.36%); el "S25. PALPITACIONES" (85.36%); el "S35. TAQUICARDIA" (82.92%); el "S08. DISNEA O SENSACION DE AHOGO" (78.04%); el "S37. TENSION Y DOLORES MUSCULARES" (78.04%), y el "S19. MAREOS, SENSACION DE INESTABILIDAD, DE PERDIDA DE CONCIENCIA" (75.60%).

Con un porcentaje entre el 50 y el 75% aparecen: el "S02. BOCA SECA" (73.17%); el "S14. FATIGABILIDAD

EXCESIVA" (73.17%); el "S34. SUDORACION" (70.73%); el "S33. SOFOCOS" (68.29%); el "S23. MICCION FRECUENTE" (65.85%); el "S24. NAUSEAS O MOLESTIAS ABDOMINALES" (65.85%); el "S13. ESCALOFRIOS" (63.41%); el "S09. DOLOR O MALESTAR PRECORDIAL" (60.97%); el "S18. MANOS SUDOROSAS Y FRIAS" (56.09%), y el "S26. PARESTESIAS (COSQUILLEOS EN MANOS/PIES)" (56.09%).

Tan sólo dos síntomas Somáticos: el "S03. BOLO EN LA GARGANTA O DIFICULTAD PARA TRAGAR" (46.34%) y el "S06. DIARREAS" (26.82%) tienen una frecuencia de aparición entre un 25% y un 50%, mientras que el "S38. VOMITOS (NO POR EMBARAZO)" lo hace en una frecuencia aún menor (12.19%).

Por último, el síntoma "S27. PERDIDA DE CONTROL DE LA VEJIGA" no se presentó en ningún sujeto de la muestra, por ello su frecuencia de aparición es del 0.00%.

TABLA nº 3.b: Frecuencias y porcentajes de los síntomas Somáticos de la Relación de Síntomas Ansiosos del DSM-III-R.

SINTOMAS "S O M A T I C O S"	fa	P%
S36. TEMBLOR, CONTRCC., SACUDIDAS	35	85.36
S25. PALPITACIONES	35	85.36
S35. TAQUICARDIA	34	82.92
S08. DISNEA O SENSACION DE AHOGO	32	78.04
S37. TENSION Y DOLORES MUSCULARES	32	78.04
S19. MAREOS, SENS. INESTB., de PERD. CONCIENCIA	31	75.60
S02. BOCA SECA	30	73.17
S14. FATIGABILIDAD EXCESIVA	30	73.17
S34. SUDORACION	29	70.73
S33. SOFOCOS	28	68.29
S23. MICCION FRECUENTE	27	65.85
S24. NAUSEAS o MOLEST. ABDOMINALES	27	65.85
S13. ESCALOFRIOS	26	63.41
S09. DOLOR O MALESTAR PRECORDIAL	25	60.97
S18. MANOS SUDOROSAS Y FRIAS	23	56.09
S26. PARESTESIAS (cosquilleos en manos/pies)	23	56.09
S03. BOLO EN LA GARGANTA, (DIF. TRAGAR)	19	46.34
S06. DIARREAS	11	26.82
S38. VOMITAR (no por embarazo)	5	12.19
S27. PERDIDA CONTROL VEJIGA	0	0.00

3.3. RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM-III-R A LOS SUJETOS DE LA MUESTRA.

Tras pasar la Relación de Síntomas Ansiosos y comprobar los síntomas que cada sujeto presentaba, se procedió a aplicar los Criterios Diagnósticos del DSM-III-R para ver el o los diagnósticos que cada sujeto cumplía. En la Tabla nº 4, se presentan los resultados que obtuvimos. En ella, hemos señalado con un "1" la presencia del diagnóstico y con un "0" la ausencia del mismo, para cada sujeto.

TABLA nº 4: Trastornos por Ansiedad aparecidos en la muestra tras aplicar los Criterios Diagnósticos del DSM-III-R.

	T. ANG CON AG	T. ANG SIN AG	AGORAF SIN TA	FOBIA SOCIAL	FOBIA SIMPLE	ANSIED GENERL	T.OBS. COMPUL	T. ESTR POSTRA
N01	0	1	0	0	0	1	0	0
N02	0	0	0	0	0	1	0	0
N03	0	0	0	1	0	1	0	0
N04	0	0	1	1	1	1	0	0
N05	0	0	1	1	0	0	0	0
N06	0	0	1	0	0	0	0	0
N07	0	0	1	0	0	1	0	0
N08	0	0	0	0	1	1	0	0
N09	0	1	0	0	1	0	0	0
N10	1	0	0	0	1	1	0	0
N11	0	1	0	0	0	0	0	0
N12	0	0	0	0	1	1	0	0
N13	1	0	0	0	0	0	0	0
N14	0	0	0	0	0	1	0	0
N15	0	0	0	0	0	1	0	0
N16	0	0	0	0	0	1	0	0
N17	0	1	0	0	0	0	0	0
N18	1	0	0	1	0	0	0	0
N19	0	0	1	0	0	1	0	0
N20	1	0	0	0	1	1	0	0
N21	0	0	0	1	0	0	0	0
N22	0	0	1	1	0	1	0	0
N23	0	0	0	0	0	1	0	0
N24	0	0	0	0	0	1	0	0
N25	0	1	0	0	1	0	0	0
N26	0	0	1	1	1	1	0	0
N27	0	0	0	0	0	1	0	0
N28	0	1	0	0	0	0	0	0
N29	1	0	0	0	0	0	0	0
N30	0	1	0	0	0	1	0	0
N31	0	0	0	1	0	1	0	0
N32	1	0	0	0	1	0	0	0
N33	0	1	0	0	0	1	0	0
N34	0	0	0	1	1	1	0	0
N35	0	0	0	0	0	1	0	0
N36	1	0	0	0	0	1	0	0
N37	0	1	0	1	0	1	0	0
N38	1	0	0	0	1	0	0	0
N39	0	0	0	0	0	1	0	0
N40	1	0	0	1	0	1	0	0
N41	1	0	0	0	0	0	0	0

(1: presencia del diagnóstico, 0: ausencia del diagnóstico)

En la siguiente tabla (Tabla nº 5), se exponen las frecuencias y porcentajes de sujetos que entran a formar parte de cada uno de los cuatro subgrupos en que quedó dividida la muestra, dependiendo de que cumplieran los criterios diagnósticos para uno, dos, tres o incluso cuatro Trastornos por Ansiedad (DSM-III-R) a la vez.

TABLA nº 5: Frecuencias y porcentajes de sujetos con un sólo diagnóstico o con varios coexistentes.

Nº de Diagnósticos	Nº de SUJETOS	PORCENTAJES
UNICO	17	41.46
DOBLE	16	39.02
TRIPLE	6	14.63
CUADRUPLE	2	4.88

Así, tenemos que 17 sujetos cumplen los criterios para un sólo diagnóstico, 16 lo hacen para dos diagnósticos, 6 pacientes encierran criterios para la coexistencia de tres diagnósticos y 2 lo hacen para

cuatro diagnósticos a la vez. Esto supone que el 41.46% de la muestra pertenecen al subgrupo de sujetos que cumplen un único diagnóstico, que el 39.02% del total de los sujetos reúnen criterios para un doble diagnóstico, y que un 14.63% y un 4.88% de los sujetos satisfacen los criterios para un triple y un cuádruple diagnóstico respectivamente.

En la Tabla nº 6, que a continuación se expone, quedan reflejadas las frecuencias absolutas y los porcentajes con que cada Trastorno por Ansiedad (DSM-III-R) aparece en la muestra tanto de forma pura, como asociado a otro o a otros Trastornos ansiosos.

TABLA nº 6: Frecuencias y porcentajes de los Trastornos por ansiedad (DSM-III-R) y sus diversas coexistencias en nuestra muestra.

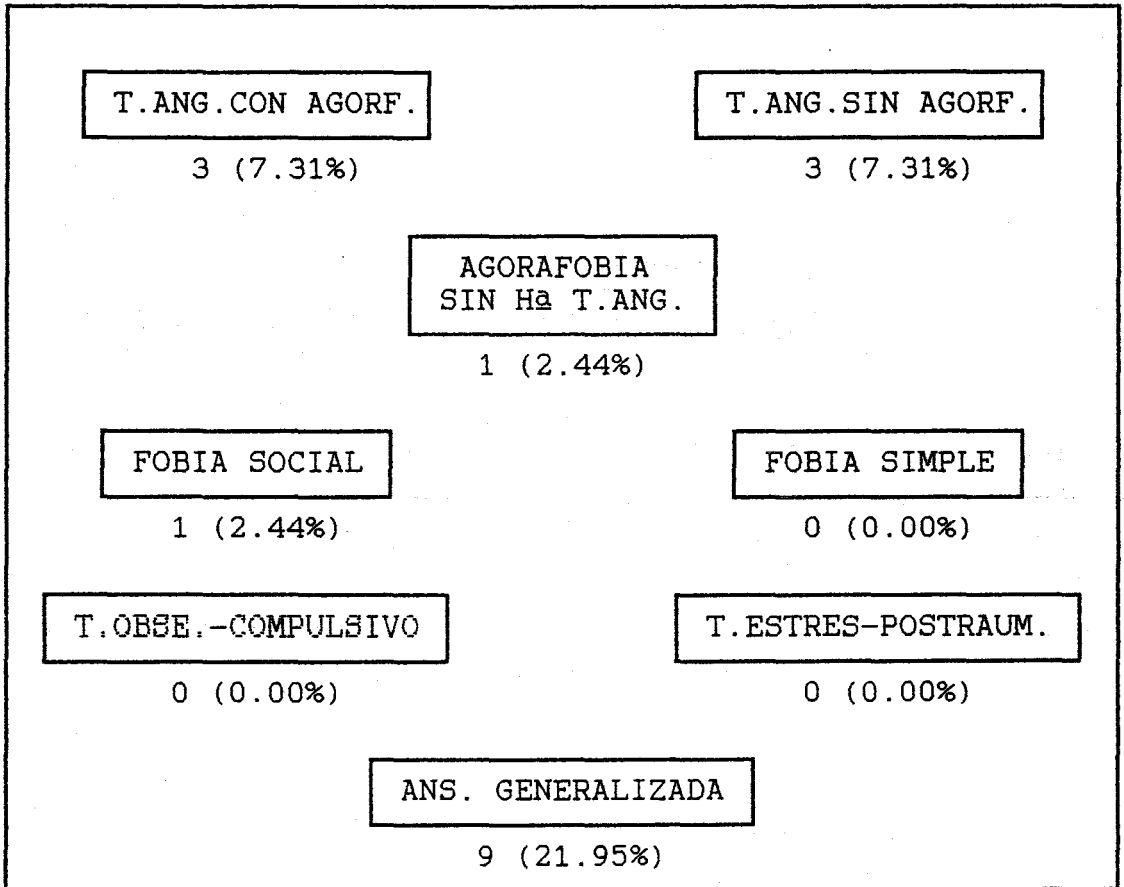
1,2,3 y 4 DIAGNOSTICOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
TR.ANG.CON AGORF	3	7.31
└con ANS. GENERALIZADA	1	2.44
└con FOBIA SOCIAL	1	2.44
└y con ANS. GENERALIZADA	1	2.44
└con FOBIA SIMPLE	2	4.87
└y con ANS. GENERALIZADA	2	4.87
TR.ANG.SIN AGORF	3	7.31
└con ANS. GENERALIZADA	3	7.31
└y con FOBIA SOCIAL	1	2.44
└con FOBIA SIMPLE	2	4.87
AGORF.SIN TR.ANG.	1	2.44
└con ANS. GENERALIZADA	2	4.87
└con FOBIA SOCIAL	1	2.44
└y con ANS. GENERALIZADA	1	2.44
└y con FOBIA SIMPLE	2	4.87
FOBIA SOCIAL	1	2.44
└con ANS. GENERALIZADA	2	4.87
└con FOBIA SIMPLE	0	0.00
└y con ANS. GENERALIZADA	1	2.44
FOBIA SIMPLE	0	0.00
└con ANS. GENERALIZADA	2	4.87
ANS.GENERALIZADA	9	21.95
T.OBSE.-COMPULSIVO	0	0.00
T.ESTRES-POSTRAUMAT	0	0.00

Para facilitar la lectura de lo que acabamos de exponer -las posibilidades diagnósticas en nuestra muestra (Tabla nº 6)-, hemos elaborado cuatro gráficos donde quedan representados los diagnósticos únicos (Gráfico nº 1), dobles (Gráfico nº 2), triples (Gráfico nº 3) y cuádruples (Gráfico nº 4).

En ellos, los cuadraditos en negro "■" representan la asociación diagnóstica; y el número que se observa a su lado, el número de veces que esta asociación aparece en la muestra objeto de estudio. En el pie de los tres últimos gráficos figuran los porcentajes de dicha coexistencia diagnóstica.

En el Gráfico nº 1, se puede ver que de los 17 Trastornos por Ansiedad puros que hay en la muestra, 9 (21.95%) corresponden al "TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA", 3 (7.31%) al "TRASTORNO POR ANGUSTIA CON AGORAFOBIA", otros 3 (7.31%) al "TRASTORNO POR ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA", 1 (2.44%) a la "AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO POR ANGUSTIA" y 1 (2.44%) a la "FOBIA SOCIAL".

GRAFICO nº 1: Frecuencias y Porcentajes de diagnósticos únicos (DSM-III-R).

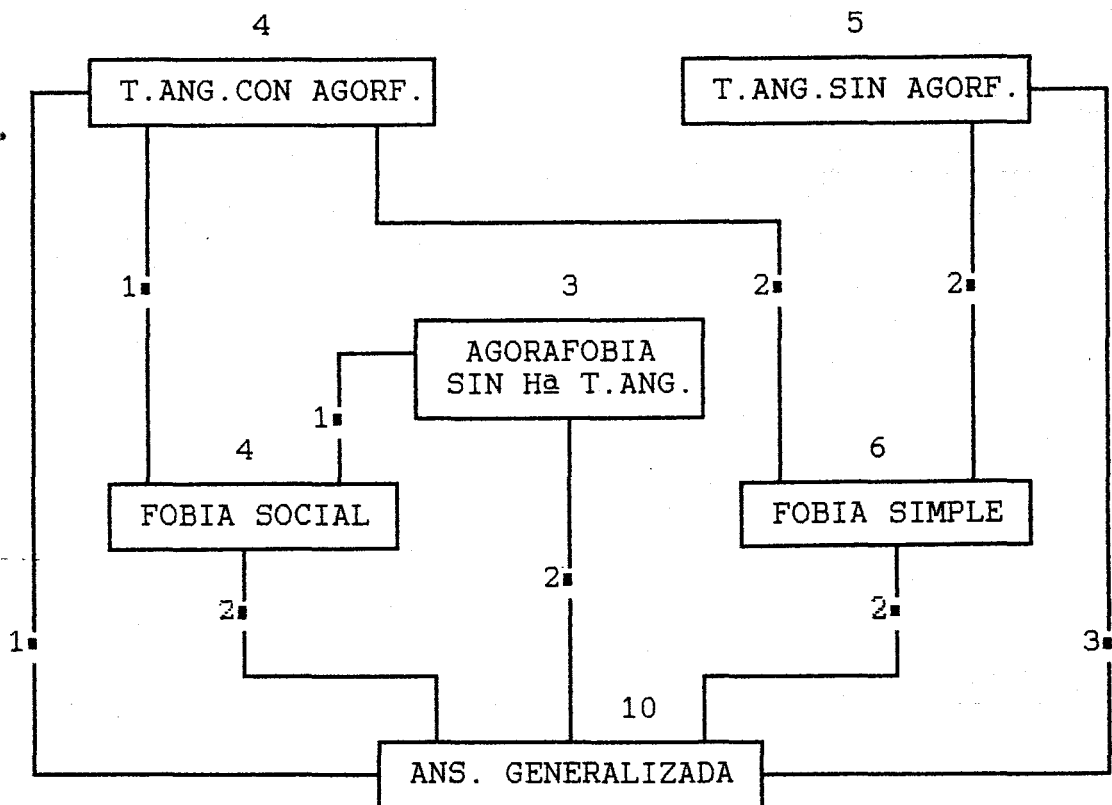


Asimismo, se observa en dicho gráfico, que no hay en la muestra ningún sujeto que cumpla los criterios diagnósticos ni del "TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO" ni del "TRASTORNO POR ESTRES POSTRAUMATICO", y que

ninguno de los 41 sujetos cumple como diagnóstico único el de "FOBIA SIMPLE".

El Gráfico nº 2, facilita la lectura de la Tabla nº 6 en cuanto a los casos con doble diagnóstico.

GRAFICO nº 2: Frecuencias y Porcentajes de la coexistencia de dos diagnósticos (DSM-III-R).



Porcentajes: de 1 = 2.44%; de 2 = 4.87%; de 3 = 7.31%.



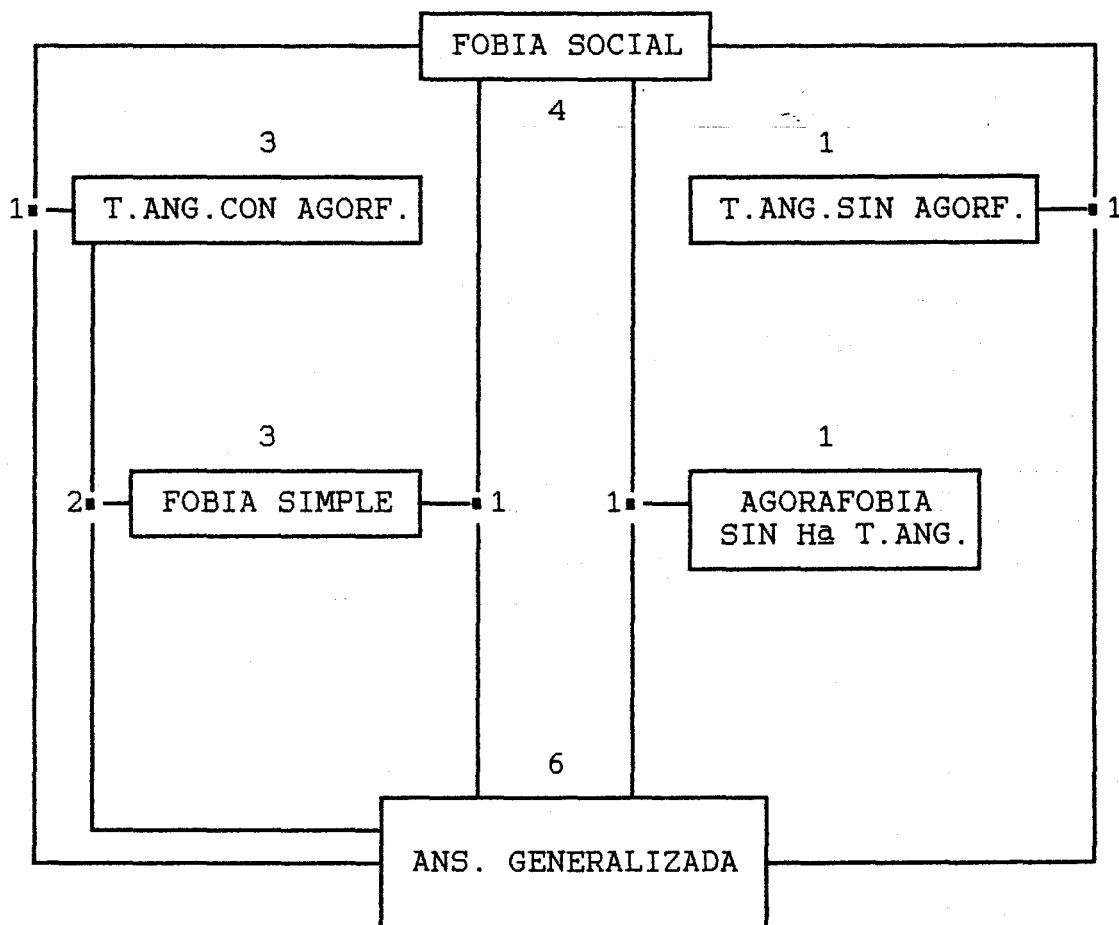
En este gráfico (Gráfico nº 2), se observan las diversas posibilidades con que dos diagnósticos se presentan a la vez en nuestra muestra, así como la frecuencia y el porcentaje de sujetos que padecen cada una de las asociaciones. Tenemos pues, 16 sujetos afectos de dos diagnósticos. De entre ellos, el "TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA", que aparece en 10 sujetos, se asocia con el "TRASTORNO POR ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA" en 3 (7.31%) casos; con la "AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO POR ANGUSTIA", con la "FOBIA SOCIAL" y con la "FOBIA SIMPLE", en 2 (4.87%) casos para cada uno de los tres Trastornos; y con el "TRASTORNO POR ANGUSTIA CON AGORAFOBIA" en 1 (2.44%) sólo caso.

Por otra parte, la "FOBIA SIMPLE", que aparece en 6 sujetos, además de coexistir en 2 casos con el "TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA", como señalamos anteriormente, se presenta asociada al "TRASTORNO POR ANGUSTIA CON AGORAFOBIA" y al "TRASTORNO POR ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA" en 2 (4.87%) sujetos para cada uno de los dos Trastornos.

Por último, la "FOBIA SOCIAL", que aparece en 4 sujetos, además de coexistir en 2 pacientes con el "TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA" (como ya se apuntó antes), se presenta junto al "TRASTORNO POR ANGUSTIA CON AGORAFOBIA" y a la "AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO POR ANGUSTIA" en 1 (2.44%) sujeto para cada uno de los dos Trastornos.

Los seis triples diagnósticos que aparecen en nuestra muestra (Tabla nº 6), quedan representados en el gráfico siguiente (Gráfico nº 3):

GRAFICO n° 3: Frecuencias y Porcentajes de la coexistencia de tres diagnósticos (DSM-III-R).



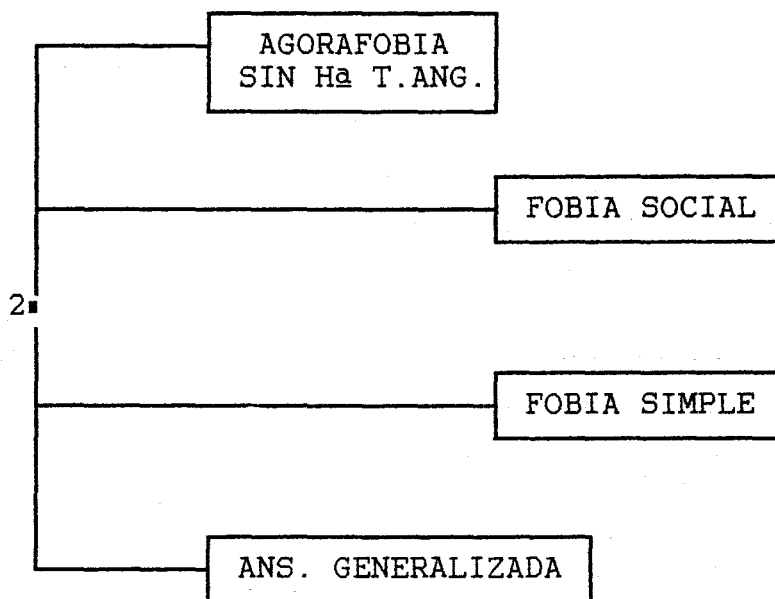
Porcentajes: de 1 = 2.44%; de 2 = 4.87%; de 3 = 7.31%.

Vemos, que el "TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA" participa en los 6 casos de triple diagnóstico que aparecen en la muestra. Este Trastorno

coexiste con la "FOBIA SIMPLE" y el "TRASTORNO POR ANGUSTIA CON AGORAFOBIA" en 2 sujetos (2.44%). En los otros 4 casos, el "TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA" se asocia a la "FOBIA SOCIAL" para coexistir con: el "TRASTORNO POR ANGUSTIA CON AGORAFOBIA", el "TRASTORNO POR ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA", la "FOBIA SIMPLE" y la "AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO POR ANGUSTIA"; siendo, por tanto, de 1 (2.44%) la frecuencia de cada una de ellas.

Con respecto a la coexistencia de cuatro diagnósticos en los sujetos de la muestra, se puede apreciar en el siguiente gráfico (Gráfico nº 4) que hay 2 (4.87%) pacientes que cumplen los criterios diagnósticos de cuatro Trastornos ansiosos a la vez. Estos son: "TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA" junto con la "AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO POR ANGUSTIA", la "FOBIA SOCIAL" y la "FOBIA SIMPLE".

GRAFICO n° 4: Frecuencia y Porcentaje de la coexistencia de cuatro diagnósticos (DSM-III-R).



Porcentaje: de 2 = 4.87%.

3.4. RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR A LA MUESTRA EL ANALISIS FACTORIAL DE CORRESPONDENCIAS.

Los 57 síntomas -Psíquicos y Somáticos- que componen la Relación de Síntomas Ansiosos del DSM-III-R, quedan recogidos en el cuadro que a continuación se expone (Cuadro nº 12), el cual nos facilitará la lectura de las próximas tablas, ya que, en todas ellas, los síntomas estarán representados sólomente por una inicial -"P" o "S"- seguida de un número de orden.

CUADRO Nº 12

SINTOMAS "PSIQUICOS"	SINTOMAS "SOMATICOS"
P01. CRISIS DE ANGUSTIA RECURRENTE	S02. BOCA SECA
P02. CONDUCTA DE EVITACION FOBICA	S03. BOLD EN LA GARGANTA, (DIF.TRAGAR)
P03. MIEDO A LUGARES O SITUACS.DIFICIL ESCAPAR	S06. DIARREAS
P04. APARIC.INESPER.DE LAS CRIS.ANG.RECURRTE	S08. DISNEA O SENSC. AHOGO
P05. MIEDO A I ó + SITUAC.SOCIALES	S09. DOLOR O MALESTAR PRECORDIAL
P06. RESTRIC.ACTIV.,RUTINA,RELACS./SOC.ó LAB.	S13. ESCALOFRIOS
P07. MIEDO A OBJETOS O SITUAC.ESPECIFIC.	S14. FATIGABILIDAD EXCESIVA
P08. RECONOCIMIENTO IRRAZONABLE DEL MIEDO	S18. MANOS SUDOROSAS Y FRIAS
P09. ó SINTS.DE ANSIEDAD MANTEN. / ó MESES	S19. MAREOS, SENSC.INESTB., de PERD.CONC.
P10. EXPECTAC.APRENS.O PREOC.IRREAL EXCESIVA	S23. MICCION FRECUENTE
P11. IDEAS,PEN,/PERST.,CONDUCTAS REPETITIVAS	S24. NAUSEAS ó MOLEST. ABDOMINALES
P12. VIVENCIA ACONTECIMTO.TRAUMATICO	S25. PALPITACIONES
P13. REEXPERIM.DEL TRAUMA(Recue,sueños)/ 1 MES	S26. PARESTESIAS (cosquilleos en manos/pies)
P14. EVITACION REEXPERIM.TRAUMA(Sueños,Pensat)	S27. PERDIDA CONTROL VEJIGA
P26. ANSIEDAD	S33. SOFOCOS
P27. ANESTESIA EMOCIONAL	S34. SUDORACION
P28. CONDCTA NEUTRAL.MALESTAR ó SITUAC. TEMIDA	S35. TAQUICARDIA
P29. CONDCTAS. Y SENTOS. SUBITOS (flashback)	S36. TEMBLOR, CONTRCC., SACUDIDAS
P30. CRISIS DE SINTOMAS LIMITADOS	S37. TENSION Y DOLORS MUSCULARES
P31. DIFIC. CONCENTRAC. O MENTE EN BLANCO	S38. VOMITAR (no por embarazo)
P33. INQUIETUD	
P34. INSOMNIO	
P35. IRRITABILIDAD	
P36. MALESTAR PSICOLG.ANTE ACONTC.O RECUERDOS	
P37. MIEDO A PADECER OTRA CRIS.ANG.RECURRNTE	
P38. MIEDO A PADECER OTRA CRIS.SINT.LIMITADOS	
P39. MIEDO A VOLVER LOCO, PERDER CONTROL	
P40. MIEDO A MORIR	
P41. NEUTRALZC.POR EL SUJ.(IGNOR./OTRA IDEA)	
P42. REACTIVIDAD FISIOLG. ANTE SIT. O RECUERDOS	
P43. RECONOCIDOS COMO PROPIOS	
P44. RECONOCIMIENTO IRRAZ.O EXCES.DE SU CONDTA.	
P45. RESPUESTA DE ALARMA EXAGERADA	
P46. SENSAC. ACORTAMIENTO DEL FUTURO	
P47. SENSAC. DE IRREALIDAD (DESR., DESP.)	
P48. SENSAC. DE ESTAR AL LIMITE	
P49. SENSAC.DISTANCT.ó EXTREZA ANTE LOS DEMAS	

De todos ellos, se seleccionaron sólo aquellos que presentaron una frecuencia absoluta (fa) mayor de 10 (Tabla nº 3.a y 3.b).

Así, hubieron de ser eliminados los síntomas que no aparecieron en ningún sujeto de la muestra, a saber: "P11. IDEAS O PENSAMIENTOS, PERSISTENTES, CONDUCTAS REPETITIVAS", "P12. VIVENCIA DEL ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO", "P13. REEXPERIMENTACION DEL TRAUMA MEDIANTE SUEÑOS O RECUERDOS, DURANTE UN MES", "P14. EVITACION DE LA REEXPERIMENTACION DEL TRAUMA", "P27. ANESTESIA EMOCIONAL", "P28. CONDUCTA DISEÑADA PARA NEUTRALIZAR O IMPEDIR EL MALESTAR O ALGUN ACONTECIMIENTO O SITUACION TEMIDA", "P29. CONDUCTAS Y SENTIMIENTOS SUBITOS (flashback)", "P36. MALESTAR PSICOLÓGICO ANTE ACONTECIMIENTOS O RECUERDOS QUE SIMBOLIZAN EL TRAUMA", "P41. NEUTRALIZACION POR EL SUJETO DE LOS PENSAMIENTOS O IMPULSOS, O BIEN NEUTRALIZARLOS CON ALGUN OTRO TIPO DE IDEA O DE ACCION", "P42. REACTIVIDAD FISIOLÓGICA ANTE SITUACIONES O RECUERDOS QUE SIMBOLIZAN EL TRAUMA", "P43. LAS OBSESIONES SON RECONOCIDAS COMO PROPIAS Y NO VIENEN IMPUESTAS DESDE EL EXTE-

RIOR", "P44. RECONOCIMIENTO DE QUE SU CONDUCTA ES IRRAZONABLE O EXCESIVA", "P46. SENSACION DE ACORTAMIENTO DEL FUTURO", "P49. SENSACION DE DISTANCIAMIENTO O DE EXTRAÑAMIENTO RESPECTO A LOS DEMAS" y "S27. PERDIDA DE CONTROL DE LA VEJIGA"

También se suprimieron los síntomas: "P30. CRISIS DE SINTOMAS LIMITADOS", "P38. MIEDO A PADECER OTRA CRISIS DE SINTOMAS LIMITADOS" y "S38. VOMITAR (NO POR EMBARAZO)", por ser sus frecuencias absolutas de 9, 2 y 5 respectivamente.

Por otra parte, el síntoma "P26. ANSIEDAD" hubo de ser eliminado porque, al aparecer en todos los sujetos de la muestra, no nos iba a discriminar nada.

Con los síntomas elegidos se pasó a construir una matriz $A(i,j)$, donde las filas (i) vienen representadas por los 41 sujetos estudiados; las columnas (j) por los 38 síntomas (psíquicos y somáticos) seleccionados de la Relación de Síntomas Ansiosos del DSM-III-R; y cada casilla ($a(i,j)$) por la presencia (1) o la ausencia (0) del síntoma en cada sujeto.

3.4.1. RESULTADOS DEL ANALISIS FACTORIAL DE CORRESPONDENCIAS APLICADO A LA MATRIZ $A(i, j)$: SE SELECCIONAN TODOS LOS SINTOMAS PSIQUICOS Y SOMATICOS CON $f_a > 10$.

Los resultados obtenidos vienen expresados en las Tablas nº 7 y 8, y en el Gráfico nº 5.

La Tabla nº 7 (Histograma de autovalores) nos muestra con claridad los 15 factores descritos por el programa -que explican el 90.45% de la varianza-.

Esto puede observarse en la Tabla nº 8, donde se presentan las características contributivas más significativas de cada uno de los síntomas, y en la que podemos ver las coordenadas de cada punto, su peso en la determinación de cada eje -contribución absoluta-, y su proximidad a los planos de proyección -contribución relativa-.

Asimismo, se pueden ver en dicha tabla, subrayadas, las contribuciones relativas mayores o iguales a .40 de los síntomas que configuran a cada

factor.

Podemos observar lo dicho en el Gráfico nº 5, donde se muestran los espacios factoriales determinados por los ejes 1 y 2.

TABLA n° 7: Histograma de autovalores de todos los Síntomas (Psíquicos y Somáticos) con $f_a > 10$.

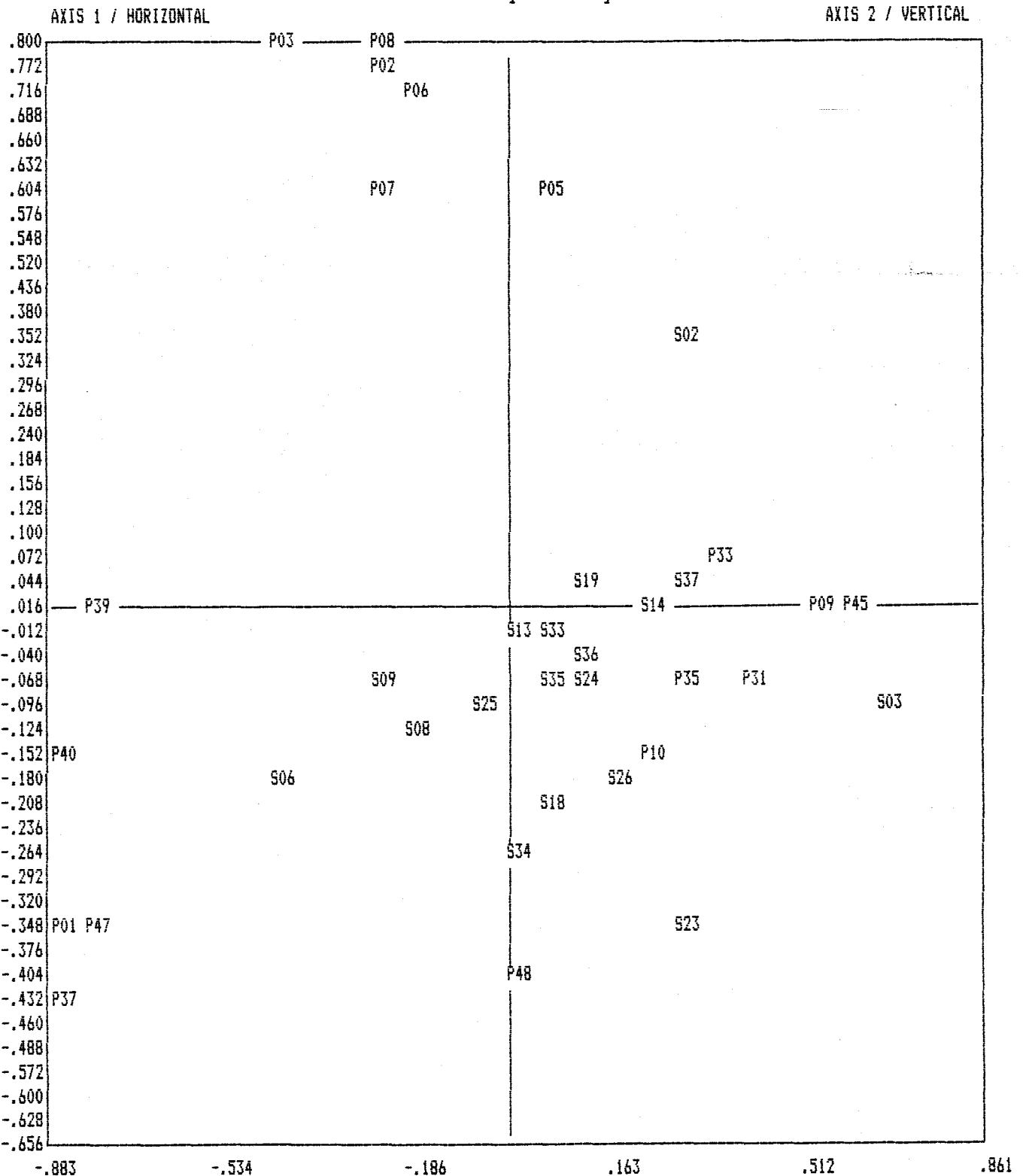
SUM OF THE EIGENVALUES		.66089670	
HISTOGRAM OF THE FIRST EIGENVALUES			
EIGENVALUE	PERCENTAGE	PERCENTAGE CUM	
1	.14504673	21.95	21.95
2	.09811745	14.85	36.79
3	.05495507	8.32	45.11
4	.04474129	6.77	51.88
5	.04063553	6.15	58.03
6	.03386367	5.12	63.15
7	.03220502	4.87	68.02
8	.02911492	4.41	72.43
9	.02500971	3.78	76.21
10	.02153264	3.26	79.47
11	.01802903	2.73	82.20
12	.01668329	2.52	84.72
13	.01550174	2.35	87.07
14	.01169582	1.77	88.84
15	.01064578	1.61	90.45
ABBREVIATED SUMMARY OF EIGENVALUES FROM 16 TO 37			
.00903486	.00874306	.00776913	.00638793
.00593016	.00462908	.00384251	.00332264
.00302512	.00248679	.00178915	.00168764
.00112850	.00084538	.00073450	.00054003
.00042111	.00038804	.00018988	.00013423
.00008922	.00000000		

TABLA n° 8: Coordenadas y contribuciones de todos los Síntomas (Psíquicos y Somáticos) con $f_a > 10$.

COORDINATES AND CONTRIBUTIONS OF THE COLUMNS

NAMES MAS. DIST.	COORDINATES						ABSOLUTE CONTRIBUTIONS						SQUARED CORRELEATIONS							
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F1	F2	F3	F4	F5	F6		
P01	.020	1.06	-.88	-.35	-.23	-.03	-.07	.05	11.0	2.6	1.9	.0	.3	.2	.73	.12	.05	.00	.00	.00
P02	.028	.69	-.24	.75	.02	-.11	-.08	.00	1.1	16.1	.0	.8	.5	.0	.09	.82	.00	.02	.01	.00
P03	.018	1.63	-.44	.80	-.02	-.61	.21	-.22	2.4	11.9	.0	15.4	2.0	2.6	.12	.39	.00	.23	.03	.03
P04	.020	1.06	-.88	-.35	-.23	-.03	-.07	.05	11.0	2.6	1.9	.0	.3	.2	.73	.12	.05	.00	.00	.00
P05	.012	2.35	.03	.60	1.15	.27	-.10	-.06	.0	4.4	28.5	1.9	.3	.1	.00	.15	.56	.03	.00	.00
P06	.029	.63	-.18	.71	.02	-.12	-.02	.02	.7	15.0	.0	.9	.0	.0	.05	.80	.00	.02	.00	.00
P07	.013	2.30	-.23	.58	-.81	.94	-.17	-.10	.5	4.5	15.5	25.4	1.0	.3	.02	.15	.29	.38	.01	.00
P08	.026	.87	-.25	.80	.00	.15	-.16	-.03	1.1	16.8	.0	1.3	1.6	.1	.07	.73	.00	.03	.03	.00
P09	.030	.55	.51	.00	.05	.25	.05	.05	5.3	.0	.1	4.2	.2	.2	.46	.00	.00	.11	.00	.00
P10	.038	.21	.23	-.17	.02	.15	-.01	-.06	1.4	1.1	.0	1.8	.0	.4	.26	.14	.00	.10	.00	.02
P31	.029	.55	.42	-.07	.05	-.39	-.16	.23	11.6	.1	.1	3.0	1.9	4.7	.33	.01	.00	.27	.05	.10
P33	.037	.25	.32	.05	-.17	.04	.00	.17	2.5	.1	1.9	.1	.0	3.1	.39	.01	.11	.01	.00	.11
P34	.019	1.28	.55	-.23	-.16	-.10	-.48	-.39	14.3	1.0	.8	.4	3.1	8.5	.23	.04	.02	.01	.18	.12
P35	.031	.45	.30	-.09	-.11	-.11	-.18	.01	2.0	.3	.7	.8	2.6	.0	.21	.02	.03	.03	.08	.00
P37	.017	1.41	-.88	-.45	-.06	-.34	-.12	.05	9.1	3.5	.1	4.5	.6	.1	.55	.14	.00	.08	.01	.00
P39	.020	.96	-.78	.00	.05	-.16	.07	.12	8.6	.0	.1	1.2	.3	.9	.63	.00	.00	.03	.01	.02
P40	.018	1.20	-.87	-.16	-.37	.03	.09	.03	9.6	.5	4.6	.0	.4	.0	.64	.02	.12	.00	.01	.00
P45	.028	.61	.56	.00	.06	-.10	.02	.11	6.0	.0	.2	.7	.0	1.0	.51	.00	.01	.02	.00	.02
P47	.015	1.78	-.75	-.35	.25	.51	.27	-.29	5.8	1.9	1.6	8.8	2.8	3.7	.31	.07	.03	.15	.04	.05
P48	.016	1.36	.00	-.42	.02	-.18	.16	-.73	.0	2.9	.0	1.2	1.1	25.1	.00	.13	.00	.03	.02	.39
S02	.032	.51	.34	.27	-.19	-.16	.17	-.23	3.8	1.7	2.2	1.8	2.4	5.2	.23	.15	.07	.05	.06	.11
S03	.020	1.14	.61	-.12	-.22	.20	-.07	-.10	5.3	.3	1.8	1.8	.3	.6	.33	.01	.04	.04	.00	.01
S06	.012	2.61	-.39	-.20	1.04	.14	-.79	-.36	1.3	.5	23.3	.5	18.2	4.7	.06	.01	.42	.01	.24	.05
S08	.034	.28	-.19	-.13	.10	-.03	.08	.13	.9	.6	.7	.0	.5	1.8	.13	.06	.04	.00	.02	.06
S09	.027	.56	-.23	-.08	-.08	.18	-.28	-.22	1.0	.2	.3	1.9	5.2	3.8	.10	.01	.01	.06	.14	.09
S13	.028	.46	-.01	-.03	.20	.27	.39	-.06	.0	.0	2.0	4.7	10.7	.3	.00	.00	.08	.16	.34	.01
S14	.032	.37	.23	.00	-.09	-.08	.12	-.11	1.2	.0	.5	.4	1.2	1.2	.14	.00	.02	.02	.04	.03
S18	.025	.65	.05	-.24	.21	-.14	.25	-.01	.1	1.4	2.1	1.1	3.8	.0	.00	.09	.07	.03	.10	.00
S19	.033	.29	.12	.03	-.03	.13	.01	.05	.4	.0	.1	1.3	.0	.2	.05	.00	.00	.06	.00	.01
S23	.029	.49	.26	-.28	-.05	-.16	-.04	-.26	1.3	2.8	.1	1.6	.1	5.8	.13	.19	.00	.05	.00	.14
S24	.029	.51	.11	-.07	-.03	-.08	.08	.02	.2	.1	.1	.5	.4	.0	.02	.01	.00	.01	.01	.00
S25	.038	.19	-.07	-.12	.05	.04	-.11	.21	.1	.5	.2	.1	1.2	5.0	.02	.07	.01	.01	.07	.24
S26	.025	.64	.15	-.18	.01	-.03	.53	-.14	.4	.8	.0	.0	17.0	1.5	.03	.05	.00	.00	.44	.03
S33	.030	.41	.03	-.04	.32	.10	.28	.14	.0	.0	5.7	.7	5.6	1.9	.00	.00	.26	.02	.19	.05
S34	.031	.45	-.02	-.27	.04	-.05	-.19	.23	.0	2.3	.1	.2	2.7	4.8	.00	.16	.00	.01	.08	.12
S35	.037	.21	.03	-.08	.05	.03	-.03	.26	.0	.3	.2	.1	.1	7.1	.00	.03	.01	.01	.00	.31
S36	.038	.19	.08	-.06	-.01	.14	.03	.21	.2	.1	.0	1.6	.1	4.8	.04	.02	.00	.10	.01	.24
S37	.034	.32	.28	.04	-.19	-.07	-.08	.03	1.8	.1	2.3	.3	.5	.1	.24	.00	.12	.01	.02	.00

GRAFICO n° 5: Representación bidimensional determinada por los factores 1 y 2 del análisis de los Síntomas Psíquicos y Somáticos.



3.4.2. RESULTADOS DEL ANALISIS FACTORIAL DE CORRESPONDENCIAS APLICADO A LA MATRIZ $A(i,j)$: SE SELECCIONAN SOLO LOS SINTOMAS PSIQUICOS CON $f_a > 10$.

Tras realizar el Análisis Factorial de Correspondencias de los 38 síntomas -Psíquicos y Somáticos- seleccionados ($f_a > 10$) y ver que salvo dos síntomas Somáticos -"S06. DIARREAS" y "S26. PARESTESIAS"- los demás no habían sido discriminativos de ningún factor (al presentar una contribución relativa menor a .40), pensamos que sería conveniente realizar otro Análisis pero seleccionando de la matriz $A(i,j)$ sólo a los 20 síntomas Psíquicos, para de esta forma, comprobar si se agrupan de la misma manera al evitar la dispersión que causaran los síntomas Somáticos.

Los resultados obtenidos al correlacionar los 20 síntomas Psíquicos de la Relación de Síntomas Ansiosos del DSM-III-R, es decir, aquellos que presentan una f_a mayor de 10 (Tabla 3.a), vienen expresados en las Tablas nº 9 y 10, y en el Gráfico nº 6.

En la Tabla nº 9 (Histograma de autovalores) nos

encontramos con los 15 primeros factores que nos da el programa y que explican el 99.17 % de la varianza.

Esto puede verse desglosado en la Tabla nº 10, donde se presentan las características contributivas de las columnas, es decir, de los síntomas Psíquicos, y en la que podemos observar las coordenadas de cada punto, su peso en la determinación de cada eje -contribución absoluta-, y su proximidad a los planos de proyección -contribución relativa-. También se pueden observar, subrayadas, las contribuciones relativas mayores o iguales a .40 de aquellos síntomas que van a formar parte de los factores más representativos de dicho análisis.

Podemos observar lo dicho en el Gráfico nº 6, donde se muestran los espacios factoriales determinados por los ejes 1 y 2.

TABLA n° 9: Histograma de autovalores de los Síntomas Psíquicos con $f_a > 10$.

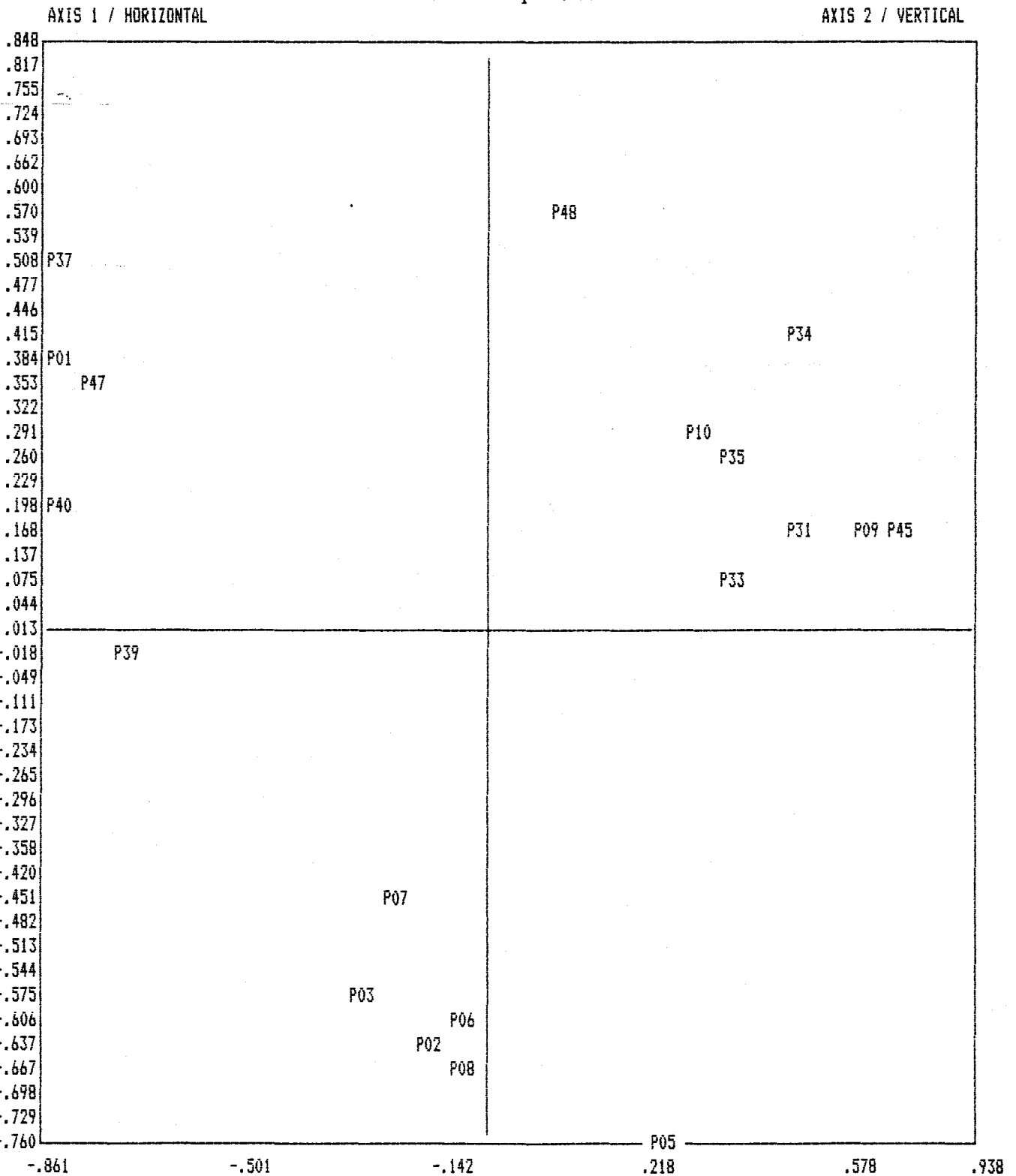
SUM OF THE EIGENVALUES		.84856933	
HISTOGRAM OF THE FIRST EIGENVALUES			
EIGENVALUE	PERCENTAGE	PERCENTAGE CUM	
1	.27572441	32.49	.....
2	.16813158	19.81	.....
3	.08168009	9.63	.....
4	.06456578	7.61	.....
5	.06365193	7.50	.....
6	.04870070	5.74	.....
7	.04261832	5.02	.....
8	.02453632	2.89	.....
9	.01920703	2.26	.....
10	.01398491	1.65	.....
11	.01153324	1.36	...
12	.01024098	1.21	...
13	.00778959	.92	..
14	.00518391	.61	..
15	.00395313	.47	..
ABBREVIATED SUMMARY OF EIGENVALUES FROM 16 TO 19			
.00351479	.00193325	.00161937	.00000000

TABLA n° 10: Coordenadas y contribuciones de los Síntomas Psíquicos con fa > 10.

COORDINATES AND CONTRIBUTIONS OF THE COLUMNS

NAME	MAS.	DIST.	COORDINATES						ABSOLUTE CONTRIBUTIONS						SQUARED CORRELEATIONS					
			F1	F2	F3	F4	F5	F6	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F1	F2	F3	F4	F5	F6
P01	.044	.99	-.86	.37	-.02	-.14	-.06	.09	11.8	3.6	.0	1.3	.3	.8	.75	.14	.00	.02	.00	.01
P02	.060	.51	-.12	-.66	.09	.01	-.06	-.03	.3	15.3	.5	.0	.4	.1	.03	.84	.01	.00	.01	.00
P03	.039	1.24	-.28	-.60	.48	-.09	-.16	-.62	1.1	8.4	11.0	.5	1.6	31.3	.06	.29	.18	.01	.02	.31
P04	.044	.99	-.86	.37	-.02	-.14	-.06	.09	11.8	3.6	.0	1.3	.3	.8	.75	.14	.00	.02	.00	.01
P05	.025	2.25	.25	-.76	.33	.33	.95	.61	.6	8.7	3.5	4.3	35.7	19.3	.03	.26	.05	.05	.40	.16
P06	.062	.49	-.06	-.62	.09	-.06	-.07	-.04	.1	14.2	.6	.4	.5	.2	.01	.79	.01	.01	.01	.00
P07	.028	1.98	-.21	-.46	-1.16	.19	-.41	.12	.5	3.5	45.4	1.6	7.4	.8	.02	.11	.67	.02	.09	.01
P08	.055	.65	-.10	-.69	-.17	.11	.01	.07	.2	15.6	2.0	1.0	.0	.5	.02	.73	.04	.02	.00	.01
P09	.065	.68	.62	.14	-.21	-.12	.21	-.23	8.9	.8	3.5	1.4	4.3	7.0	.56	.03	.06	.02	.06	.08
P10	.081	.30	.31	.28	-.14	-.08	.20	-.14	2.9	3.9	2.0	.7	5.0	3.4	.33	.27	.07	.02	.13	.07
P31	.062	.65	.51	.14	.39	-.24	-.18	-.08	5.8	.7	11.7	5.6	3.2	.7	.39	.03	.23	.09	.05	.01
P33	.079	.33	.41	.05	-.13	-.08	-.14	-.04	4.8	.1	1.7	.8	2.5	.3	.52	.01	.05	.02	.06	.01
P34	.042	1.27	.54	.39	-.01	.50	-.18	.27	4.4	3.7	.0	16.3	2.2	6.3	.23	.12	.00	.20	.03	.06
P35	.067	.49	.37	.23	-.04	-.29	-.04	.14	3.4	2.2	.1	8.6	.2	2.7	.29	.11	.00	.17	.00	.04
P37	.037	1.31	-.84	.49	.34	-.21	.02	.17	9.5	5.4	5.1	2.5	.0	2.1	.54	.19	.09	.03	.00	.02
P39	.044	.85	-.71	-.03	.21	.11	.00	.20	7.9	.0	2.4	0.9	.0	3.5	.59	.00	.05	.02	.00	.05
P40	.039	1.05	-.82	.19	-.10	.15	-.26	.07	9.7	.8	.5	1.4	4.2	.4	.65	.03	.01	.02	.06	.00
P45	.060	.75	.68	.14	.09	-.03	-.07	.15	10.1	.7	.6	.1	.4	2.7	.62	.03	.01	.00	.01	.03
P47	.032	1.74	-.72	.33	-.40	-.08	.79	-.32	6.0	2.1	6.4	.3	31.7	7.0	.29	.06	.09	.00	.36	.06
P48	.035	1.61	.07	.57	.27	.98	-.04	-.38	.1	6.6	3.2	51.1	.1	10.1	.00	.20	.05	.59	.00	.09

GRAFICO n° 6: Representación bidimensional determinada por los Factores 1 y 2 del análisis de los Síntomas Psíquicos.



CAPITULO 40: ANALISIS y DISCUSION

INDICE

4.1.	CONSIDERACIONES PREVIAS.....	205
4.2.	ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR A LA MUESTRA LA RELACION DE SINTOMAS ANSIOSOS RECOGIDOS EN EL DSM-III-R.....	212
4.3.	ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR A LA MUESTRA EL ANALISIS FACTORIAL DE CORRESPONDENCIAS.....	219
4.3.1.	Datos relativos al conjunto de sínto- mas Psíquicos y Somáticos con $f_a > 10$	219
4.3.2.	Datos relativos a los síntomas Psíquicos con $f_a > 10$	230
4.3.2.1.	El factor Ansiedad-Angustia.....	235
4.3.2.2.	El factor Fobia.....	243
4.3.2.3.	Los restantes factores.....	246

4.1. CONSIDERACIONES PREVIAS.

Antes de pasar a analizar y discutir los resultados más relevantes hallados en la presente investigación, es necesario hacer algunos comentarios previos acerca del material utilizado y el método elegido.

Sobre la muestra seleccionada, queremos comentar que los sujetos fueron elegidos a nivel de la Psiquiatría ambulatoria y no hospitalaria ya que nuestra pretensión era el conseguir una muestra de pacientes que fuera lo más representativa posible de los Trastornos de Ansiedad y como es conocido por todos, el mayor número de sujetos afectados de esta patología son atendidos por los médicos de cabecera a nivel ambulatorio y remitidos por ellos mismos a los especialistas correspondientes de este nivel (ALVAREZ y BERNARDO, 1990).

Por tanto, nos parecía que ahí era el lugar donde podríamos recoger una muestra lo menos sesgada de la población de Trastornos por Ansiedad, ya que de

haberla extraído de los pacientes atendidos en las urgencias hospitalarias hubiera planteado un problema de sesgo en la muestra en cuanto a que sólo acuden a estos Servicios aquellos pacientes con descompensaciones graves de su cuadro ansioso. Aparte, claro está, de que en esta situación de urgencias es mucho más difícil realizar la entrevista y el extenso estudio al que eran sometido los sujetos, habiéndolo tenido que dejar para una fase posterior.

Además en el nivel ambulatorio, se consiguió también, que fuese el médico que habitualmente les atiende, el que realizara la entrevista sin someterlo, de esta forma, a una situación «demasiado experimental»; resultando por tanto, el procedimiento mucho más natural para el paciente.

En la selección de la muestra, se tuvo especial atención en no incluir ningún paciente que presentase Trastorno Obsesivo-Compulsivo, ni por Estrés Postraumático.

Las razones que nos condujeron a la exclusión de

estos cuadros psicopatológicos estaban basadas en que, por su lado en el Tratorno Obsesivo-Compulsivo no existe acuerdo suficiente sobre su etiología ya que el "origen de la ansiedad en estos trastornos es un tema abierto a dicusión" (VALLEJO RUILOBA y GASTO FERRER, 1990, 1991), y por esta razón, y ser considerados como un grupo aparte, no están presentes de los trastornos estudiados; por su parte el Trastorno Postraumático fué excluido debido a su evidente origen real y justificación como respuesta condicionada, y por tanto, por la falta de precisión sobre la inmotivación de la respuesta de alerta y su separación real y efectiva del hecho estresante (HOLLANDER y cols, 1989).

El análisis de los datos sociodemográficos de la muestra, sexo, edad, estado civil, nivel socio-cultural, de nuestra muestra (Tablas nº 1 y 2), pone de manifiesto una preponderancia de mujeres sobre hombres existiendo una proporción de 1.6 mujeres por cada varón. La edad oscila entre los 18 años de mínima y los 48 de máxima, siendo su media de 30.24 años y



una casi equiparación de solteros y casados.

En cuanto al sexo, los datos aquí expuestos coinciden con los estudios epidemiológicos más recientes en el sentido de una mayor incidencia de los Trastornos de Ansiedad en el sexo femenino. En este sentido, autores como WEISSMAN (1985), REICH (1986) y BIONDI (1988), afirman que la mayoría de los estudios epidemiológicos realizados, han mostrado una tendencia, de leve a moderada, hacia una mayor incidencia en el sexo femenino con respecto al masculino, en una relación por término medio de 1:5 a 1:2 según los trastornos y la localización geográfica, relación que viene a coincidir con la encontrada en nuestra muestra.

En lo que se refiere a la edad, y considerando especialmente la edad media de la muestra de esta investigación (30.24), cabe señalar que los datos aquí presentados difieren de los obtenidos por otros investigadores que han utilizado iguales criterios diagnósticos, aunque del DSM-III. Así THYRER (1985)

halló que los Trastornos de Ansiedad tenían una mayor incidencia entre los 18 y 26 años. No obstante, es obligado apuntar, como ha puesto de manifiesto REICH (1989), que la relación entre edad y los Trastornos de ansiedad depende, en gran medida, de la localización geográfica de los estudios epidemiológicos.

Respecto a los aspectos socio-culturales, observamos en la Tabla nº 1, que más de la mitad de la muestra (56.10%) sólo tiene estudios primarios, dividiéndose el resto entre estudios medios-superiores (26.83%) y superiores (17.07%). Este porcentaje tan alto de sujetos con estudios primarios se imputa al nivel socio económico medio-bajo de la zona que cubre el Ambulatorio de donde se extrajo la muestra. Igualmente es achacable a esta misma razón, el porcentaje de sujetos parados (26.83%) que nos aparece en la muestra estudiada.

Como instrumento de recogida de datos, hemos basado nuestro estudio en el inventario de los síntomas, definidores y no definidores, que el DSM-

III-R (1987) considera que pueden presentarse en alguno de los cuadros diagnósticos por trastornos de la ansiedad; el cual fue aplicado a nuestra muestra.

Vimos importante no utilizar ninguna de las escalas y cuestionarios al uso, pues estos instrumentos suponen a priori un modo de diagnóstico en los que subyace una determinada estructura semiológica de lo que evalúa. Esto, lógicamente, podía distorsionar nuestros resultados.

Por ello, elegimos otro modo de proceder. Realizamos una relación-inventario de todos los síntomas que según el DSM-III-R puede presentar un paciente ansioso, diferenciados en síntomas psíquicos y síntomas somáticos; nos limitamos a relacionarlos, y a preguntarle al paciente si sentía o había sentido el síntoma en cuestión.

Es más, bajo este procedimiento se encerraba la idea de no omitir ninguna de las coexistencias diagnósticas que pudieran cumplir los pacientes. Así, hemos obtenido un porcentaje del 58.55% de sujetos con

más de un diagnóstico, lo que más tarde discutiremos en su apartado correspondiente.

4.2. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR A LA MUESTRA LA RELACION DE SINTOMAS ANSIOSOS RECOGIDOS EN EL DSM-III-R.

El inventario que fue pasado a la muestra, se componía de 57 ítems, cada uno de los cuales se definía por un síntoma de aquellos que componen los Trastornos por Ansiedad en el DSM-III-R. Como se sabe, estos síntomas se pueden diferenciar claramente entre aquellos que tienen una etiología psíquica y los que tienen una etiología somática.

El análisis descriptivo de los 37 síntomas de la frecuencia de presentación de los Síntomas Psíquicos en nuestra muestra, según los resultados expuestos en la Tabla nº 3.a, revela que hay 14 síntomas que no están presentes en ninguno de los 41 sujetos de la muestra.

Ello se explica, porque dichos síntomas pertenecen a los subgrupos diagnósticos de Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Trastorno por Estrés Postraumático, a los cuales no se adscriben ninguno de los 41

pacientes de nuestro estudio, ya que fueron incluidos, como hemos justificado anteriormente, entre los criterios de exclusión.

La frecuencia de aparición de un Síntoma Psíquico viene condicionada, en parte, por el número de veces que el Trastorno ansioso que lo contenga se dé en la muestra. Decimos en parte, porque síntomas de un Trastorno pueden encontrarse presentes aunque no en nivel suficiente como para cumplir tal diagnóstico. Por ejemplo, un sujeto puede tener más de seis síntomas del Trastorno por Ansiedad Generalizada pero no cumplirlo por no tener éstos una duración de más de seis meses. Así, puede el sujeto cumplir todos los criterios salvo uno, el criterio de duración -"P09. SEIS SINTOMAS DE ANSIEDAD MANTENIDOS MAS DE SEIS MESES"- lo que le incapacita para ser adscrito a dicho Trastorno.

De esta forma, encontramos síntomas Definidores que se presentan en mayor porcentaje que diagnósticos hay de ese Trastorno al que corresponde. Ello es,

porque no estarían presentes el resto de los síntomas Definidores o No-Definidores necesarios para cumplir dicho Trastorno. Así, por ejemplo, el síntoma "P10. EXPECTACION APRENSIVA O PREOCUPACION IRREAL EXCESIVA" se da en 35 sujetos (Tabla nº 3.a) cuando en realidad, como observamos en la Tabla nº 4, sólo aparecen 27 sujetos con diagnóstico de Trastorno por Ansiedad Generalizada, trastorno al que pertenece dicho síntoma en exclusividad (Cuadro nº 11.a).

Por otro lado, hay que hacer notar también, el hecho de que un mismo síntoma puede aparecer en varios Trastornos a la vez formando parte de sus criterios. Tal es el caso, por ejemplo, del síntoma "P02. CONDUCTA DE EVITACION FOBICA", el cual aparece en cuatro Trastornos del DSM-III-R: Trastorno por Angustia con Agorafobia, Agorafobia sin historia de Trastorno por Angustia, Fobia Social y Fobia Simple.

Todo ello nos explica el solapamiento de algunos síntomas clínicos, lo que lleva como consecuencia a la poca especificidad de éstos para con los Trastornos

por Ansiedad recogidos en el DSM-III-R (1987).

Por su parte nos llama la atención que de los 20 Síntomas Somáticos considerados como de posible presentación en los Trastornos de Ansiedad, sólo 16 de ellos, es decir, el 80%, se presentan en más de la mitad de los enfermos (Tabla nº 3.b) y sólo el síntoma "S27. PERDIDA DEL CONTROL DE LA VEJIGA" estuvo ausente en todos los pacientes.

Como ponen de manifiesto los autores que han realizado descripciones clínicas de la ansiedad (FREUD, 1895; LOPEZ IBOR, 1950,1966; HARDY y cols., 1985; KESSELMAN, 1985; GINER, 1987; AYUSO, 1988; ROJAS, 1989; etc.), las manifestaciones somáticas en los Trastornos de Ansiedad, es de una alta frecuencia de presentación. De hecho, como hemos constatado en la parte introductoria del presente trabajo, toda la literatura al respecto resalta la sintomatología somática en primer plano. Y esa es la realidad, pues vemos constantemente en la clínica cómo el paciente nos remite a éstos, casi con exclusividad, al

explicarnos lo que le ocurre.

El problema está, en intentar poder establecer una especificidad de los síntomas Somáticos para algunos de los Trastornos de Ansiedad. Sin embargo, en esta primera aproximación nos vamos a encontrar con el mismo problema que para con los síntomas Psíquicos, donde un mismo síntoma se puede presentar en varios de los Trastornos por Ansiedad del DSM-III-R (Cuadro nº 11.b). Es decir, no parece a primera vista que tengan ninguna especificidad. En el análisis factorial de correspondencias posterior, este hecho quedará puesto de manifiesto.

El solapamiento diagnóstico: pueden observarse en las Tablas nº 4, 5 y 6, y en los Gráficos nº 1, 2, 3 y 4, los diagnósticos que remitieron nuestros pacientes. Podemos comprobar cómo hay pacientes que obtienen hasta cuatro diagnósticos. Menos de la mitad de la muestra presentan un único diagnóstico y gran parte de nuestros sujetos se adscriben a dos, tres o cuatro de ellos.

Su propia evidencia, hace inútil cualquier comentario acerca de la falta de clarificación diagnóstica que se obtiene a partir de la clasificación que utilizamos, al menos con el inventario que hemos manejado.

Pero el objeto de nuestro estudio estaba alejado de estas consideraciones; nuestro propósito en todo caso, hubiera sintonizado con estos datos, si hubieran reportado cuadros diagnósticos más precisos. No parece ser ésta una cualidad que acompañe a la historia del DSM-III-R, tal como han apuntado FRANCES (1988) y LOPEZ-IBOR ALIÑO (1988). No es que la coexistencia diagnóstica tenga que ser entendida necesariamente como algo negativo (BOYD y cols., 1984; CASSANO y cols. 1989), pero sería necesario superar problemas de comorbilidad (LOPEZ-IBOR ALIÑO, 1988), o simplemente de diferenciación diagnóstica (CASSANO, 1988). No nos parece que pueda justificarse razonablemente que los múltiples diagnósticos, no sean más que cambios en el etiquetaje para un mismo proceso psicopatológico.

Esta justificación deja sin superar la polémica sobre las estructuras semiológicas diferentes que nuestros pacientes reportan. Lo cual es el objeto central de nuestro estudio.

4.3. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR A LA MUESTRA EL ANALISIS FACTORIAL DE CORRESPONDENCIAS.

La aplicación del Análisis Factorial de Correspondencias a la matriz de datos "A"(i,j) constituida por los sujetos (i) y los distintos elementos-síntomas (j) psíquicos y somáticos, nos reportó unos resultados a partir de los cuales es posible inferir la estructura semiológica de los trastornos remitidos por los pacientes de nuestra muestra. Por diversos motivos, que en su momento serán justificados, se procedió posteriormente a efectuar la misma operación pero eligiendo de la matriz a los elementos-síntomas psíquicos.

4.3.1. DATOS RELATIVOS AL CONJUNTO DE SINTOMAS PSIQUICOS Y SOMATICOS CON $f_a > 10$.

Tal como se extrae de los resultados obtenidos al someter la relación de síntomas referidos por nuestra muestra al Análisis Factorial de Correspondencias

(TABLAS nº 7 y 8, y GRAFICO nº 5), podemos establecer que éstos se agrupan fundamentalmente en torno a cuatro factores que explicaron respectivamente un 21.95%, 14.85%, 8.32% y 6.15% de la varianza total y, por lo tanto, en conjunto, el 51.27% de la misma. Estos son los siguientes:

El primer factor, que da cuenta del 21.95% de la varianza total, se estructura de forma biserial. Así encontramos:

La SERIE A, constituida por dos síntomas: "P45. EXAGERACION DE LA RESPUESTA DE ALARMA" y "P09. SEIS O MAS SINTOMAS DE ANSIEDAD DURANTE SEIS MESES", con una contribución al factor de .51 y .46 respectivamente.

Por su parte, la SERIE B está formada por cinco síntomas: "P01. CRISIS DE ANGUSTIA RECURRENTE" y "P04. APARICION INESPERADA DE LAS CRISIS DE ANGUSTIA RECURRENTE" con unas contribuciones de .73 para cada uno de ellos; "P40. MIEDO A MORIR", "P39. MIEDO A VOLVERSE LOCO, A PERDER EL CONTROL" y "P37. MIEDO A PADECER OTRA CRISIS DE ANGUSTIA RECURRENTE" con unas

contribuciones al factor de .64, .63 y .55 respectivamente. Resulta más expresiva su presentación a modo de tabla (Tabla nº 11).

El segundo factor que explica el 14.85% de la varianza total, está constituido en una estructura monoserial por los siguientes síntomas: "P02. CONDUCTA DE EVITACION FOBICA"; "P06. RESTRICCIÓN DE LAS ACTIVIDADES RUTINARIAS, DE RELACION, SOCIALES y/o LABORALES" y "P08. RECONOCIMIENTO IRRAZONABLE DEL MIEDO"; con cargas respectivas de 0.82, 0.80 y 0.73 (Tabla nº 11).

El tercer factor explica el 8.32% de la varianza total, y está compuesto por los síntomas siguientes: "P05. MIEDO A UNA O MAS SITUACIONES SOCIALES" y "S06. DIARREAS", con cargas de .56 y .42 para cada uno de ellos.

Y el cuarto factor, que corresponde al factor número 5 (F5) proporcionado por el programa, permite explicar el 6.15% de la varianza total, y está constituido por un sólo síntoma: "S26. PARESTESIAS

(cosquilleos en manos y pies)" con carga de .44.

TABLA nº 11: Factores presentados del Análisis Factorial de Correspondencias practicado a la relación de síntomas psíquicos y somáticos con $f_a > 10$.

FACTOR 1: Varianza explicada: 21.95%

Carga:

- (.51) P45. EXAGERACION DE LA RESPUESTA DE ALARMA
- (.46) P09. 6 ó + SINTS. DE ANS. / 6 MESES
- (-.73) P01. CRISIS DE ANGUSTIA RECURRENTE
- (-.73) P04. APARIC. INESPER. DE LAS CRIS. ANG. RECURRENTE
- (-.64) P40. MIEDO A MORIR
- (-.63) P39. MIEDO A VOLVERSE LOCO
- (-.55) P37. MIEDO A PADECER OTRA CRIS. ANG. RECURRENTE

FACTOR 2: Varianza explicada: 14.85%

Carga:

- (.82) P02. CONDUCTA DE EVITACION FOBICA
- (.80) P06. RESTRIC. ACTIV., RUTINA, RELACS. / SOC. ó LAB.
- (.73) P08. RECONOCIMIENTO IRRAZONABLE DEL MIEDO

FACTOR 3: Varianza explicada: 8.32%

Carga:

- (.56) P05. MIEDO A 1 ó + SITUACIONES SOCIALES
- (.42) S06. DIARREAS

FACTOR 5: Varianza explicada: 6.15%

Carga:

- (.44) S26. PARESTESIAS (cosquilleos en manos o pies)

Estos factores requieren una serie de consideraciones:

Observamos cómo el Factor 1 (TABLA nº 11), que da cuenta del 21.95% de la varianza total, se presenta de forma biserial. La primera serie (A) engloba los síntomas definidores del diagnóstico de Trastorno por Ansiedad Generalizada según el DSM-III-R. En la segunda serie (B) ocurre lo mismo con los síntomas definidores del Trastorno por Crisis de Angustia, tal como es descrito en la clasificación citada anteriormente.

Al diagnóstico de Trastorno por Ansiedad Generalizada se asocian la respuesta de alarma exagerada y el elemento tiempo, ya que para el DSM-III-R (1987) son fundamentales para dicho diagnóstico, concretando la importancia de la persistencia de los síntomas durante un período no menor a seis meses.

Frente a esta constelación, las saturaciones negativas en este primer factor reflejan la situación del Trastorno por Crisis de Angustia, el cual va

ligado a aquellos síntomas definidores caracterizados por la aparición inesperada de crisis de angustia recurrentes en las que el sujeto teme morir o perder la cabeza. Es fundamental, igualmente, para el DSM-III-R el que los períodos intercríticos estén matizados por el miedo persistente a que se vuelva a presentar una nueva crisis.

El Factor 2 (TABLA nº 11), que explica el 14.85% de la varianza total, contempla como único trastorno ansioso el tipo fóbico, al que se asocian los síntomas más frecuentes de toda fobia como son la evitación, que en grado extremo conlleva una reclusión pasiva a un círculo limitado, y el reconocimiento -tal como EY y cols., (1985) y VALLEJO RUILOBA, (1990) han descrito- de que el temor es desproporcionado e irrazonable.

Así, observamos que el Factor 1 y el Factor 2, que son los más importantes, están compuestos exclusivamente por síntomas psíquicos y son además los que explican gran parte de la varianza total pues

entre los dos determinan casi el 40% de ella. Debemos tener en cuenta que el Análisis Factorial de Correpondencias al emitir los datos, nos proporciona infinidad de factores con una contribución mínima que generan una pérdida importante del porcentaje total de la varianza. Por lo que en este contexto el 40% debe ser entendido como una contribución de primer orden.

Por su parte, el tercer factor (TABLA nº 11) también tiene componentes psíquicos entre los elementos que lo explican. De hecho, está determinado por dos síntomas, uno psíquico: "P05. MIEDO A UNA O MAS SITUACIONES SOCIALES", y otro somático: "S06. DIARREAS"; siendo superior la contribución del síntoma psíquico, por lo que debe considerarse clave en la explicación de este factor.

Encontramos, en cambio, que el cuarto factor elegido (Tabla nº 11), que es el quinto emitido por el programa -F5- (ya que ocupa el lugar de un factor que no nos proporciona ninguna evidencia estadística -F4-) está compuesto por un sólo síntoma de categoría

somática. A pesar de haber sido incorporado, debemos sustraernos de su relevancia pues como en su momento queda explicado, no pueden sacarse valoraciones de los factores compuesto por un solo elemento. Máxime, cuando su presencia supone una distorsión tan elevada dentro de la constelación de factores y elementos de los mismos (CORNEJO, 1988).

Por tanto, vemos cómo el Análisis de Correspondencias obtenido, nos muestra que son los síntomas psíquicos los que explican los cuadros sintomatológicos y nosológicos de los pacientes ansiosos de nuestra muestra, y que los síntomas somáticos tienen una escasa importancia semiológica y diagnóstica a pesar de ser expresiones muy comunes en este tipo de pacientes.

Esto concuerda con múltiples autores que han establecido los cuadros nosológicos ansiosos a partir de elementos sintomáticos de expresión psicopatológica; así TYRER (1976) y PAYKEL (1985) reconocen que son los síntomas psicológicos los que dominan el cuadro

clínico y que los somáticos solo aparecen de forma secundaria.

En este mismo sentido se pronuncia LOPEZ-IBOR ALINO (1986) ante la evidencia de que la sintomatología referida por los paciente de forma desordenada puede organizarse de modo que algunos de ellos son nucleares para la definición del trastorno; y lógicamente éstos son de etiología psíquica, tal como son descritos en el DSM-III-R (1987).

En la misma líneas se define BIONDI (1989), cuando precisa que los síntomas somáticos "acompañan a las vivencias y sufrimientos psíquicos". Este mismo autor, explica el protagonismo en los informes de los pacientes de los síntomas somáticos en base a la intensa y profunda angustia que siente el enfermo porque tales males puedan amenazar su salud y su supervivencia física. Vemos, de este modo, cómo en gran parte son la expresión de sintomatología psíquica (miedo a morir de 'tal cosa', miedo a 'tal o cual' enfermedad, etc).

Resultarían suficientes estas evidencias para establecer una estructura semiológica de los cuadros ansiosos presentados por nuestra muestra en los que los síntomas psíquicos serían los nucleares. No obstante, hemos considerado oportuno no extraer ninguna otra valoración de este Análisis Factorial de Correspondencias, ya que nuestro estudio tendría que soportar el sesgo que supone haber incorporado todos los elementos-síntomas somáticos al practicarlo. De este modo, nos hemos permitido no extraer ninguna otra valoración más que la ya dicha: que los cuadros nosológicos ansiosos son definidos a partir de la sintomatología de carácter psíquico descrita por nuestros pacientes y que son éstas las que deben organizar la diferenciación entre unos y otros.

4.3.2. DATOS RELATIVOS A LOS SINTOMAS PSIQUICOS CON $f_a > 10$.

Quedan ahora por definir cuales son los cuadros semiológicos ansiosos que resultan de nuestros hallazgos, pues este es el objetivo central de nuestro estudio.

Con el fin de acometer esta tarea evitando cualquier posible sesgo y en base a los argumentos expuesto anteriormente, nos hemos permitido depurar nuestros datos de todos los elementos-síntomas somáticos que configuraban nuestra relación de síntomas ansiosos. Esto no supone, en principio, ninguna alteración de fondo, ya que la técnica del Análisis Factorial de Correspondencias nos permite eliminar todos aquellos elementos que no tienen una contribución importante de los factores (CORNEJO, 1988), con la seguridad de que esto no afectará la estructura factorial obtenida. Y, por tanto, aprovechando esta peculiaridad de la técnica elegida, nos permitimos realizar un nuevo Análisis Factorial de

Correspondencias, pero sólo a partir de la relación de los elementos-síntomas psíquicos.

De los resultados que obtuvimos en este nuevo Análisis, expuestos en el capítulo anterior (TABLAS nº 9 y 10, y GRAFICO nº 6), merecen nuestra consideración el estudio de los cinco primeros factores que explican el 77.04 de la varianza total, más que suficiente para extraer decisiones relevantes (CORNEJO, 1988).

Así, comprobamos que el primer factor elegido, que da cuenta del 32.49% de la varianza total, se explica por la oposición de dos series de síntomas:

La SERIE A: constituida por tres síntomas: "P45. RESPUESTA DE ALARMA EXAGERADA", "P09. SINTOMAS DE ANSIEDAD MANTENIDOS DURANTE SEIS MESES O MAS" y "P33. INQUIETUD", con cargas de .62, .56 y .52 respectivamente.

Y la SERIE B: formada por los cinco síntomas siguientes: "P01. CRISIS DE ANGUSTIA RECURRENTE", "P04. APARICION INESPERADA DE LAS CRISIS DE ANGUSTIA

RECURRENTE", "P40. MIEDO A MORIR", "P39. MIEDO A VOLVERSE LOCO, A PERDER EL CONTROL" y "P37. MIEDO A PADECER OTRA CRISIS DE ANGUSTIA RECURRENTE", con cargas de .75 para cada uno de los dos primeros, y de .65, .59 y .54 respectivamente, para cada uno de los otros tres.

El segundo factor, que explica el 19.81% de la varianza total, está constituido por los síntomas siguientes: "P02. CONDUCTA DE EVITACION FOBICA", "P06. RESTRICCION DE LAS ACTIVIDADES RUTINARIAS, DE RELACION, SOCIALES y/o LABORALES", y "P08. RECONOCIMIENTO IRRAZONABLE DEL MIEDO", con cargas de .84, .79 y .73 respectivamente.

El tercer factor explica el 9.63% de la varianza total, y está compuesto por un único síntoma: el "P07. MIEDO A OBJETOS O SITUACIONES ESPECIFICAS", con una carga de .67.

El cuarto factor que está constituido por el síntoma "P48. SENSACION DE ESTAR AL LIMITE" con carga de .59, da cuenta del 7.61% de la varianza total.

Y el quinto factor que explica el 7.50% de la varianza total, está formado por el síntoma "P05. MIEDO A UNA O MAS SITUACIONES SOCIALES" cuya carga es de .40.

La estructura de contenido de estos factores se puede expresar de forma más concisa en la tabla que presentamos a continuación (Tabla nº 12).

TABLA nº 12: Factores presentados del Análisis Factorial de Correspondencias practicado a la relación de síntomas psíquicos $f_a > 10$.

FACTOR 1: Varianza explicada: 32.49%

Carga:

- (.62) P45. EXAGERACION DE LA RESPUESTA DE ALARMA
- (.56) P09. 6 ó + SINTS. de ANS. / 6 MESES
- (.52) P33. INQUIETUD

- (-.75) P01. CRISIS DE ANGUSTIA RECURRENTE
- (-.75) P04. APARIC. INESPER. DE LAS CRIS. ANG. RECURRENTE
- (-.65) P40. MIEDO A MORIR
- (-.59) P39. MIEDO A VOLVERSE LOCO, PERDER EL CONTROL
- (-.54) P37. MIEDO A PADECER OTRA CRIS. ANG. RECURRENTE

FACTOR 2: Varianza explicada: 19.81%

Carga:

- (-.84) P02. CONDUCTA DE EVITACION FOBICA
- (-.79) P06. RESTRIC. ACTIV., RUTINA, RELACS./SOC. ó LAB.
- (-.73) P08. RECONOCIMIENTO IRRAZONABLE DEL MIEDO

FACTOR 3: Varianza explicada: 9.63%

Carga:

- (-.67) P07. MIEDO A OBJETOS O SITUACIONES ESPECIFICAS

FACTOR 4: Varianza explicada: 7.61%

Carga:

- (.59) P48. SENSAC. DE ESTAR AL LIMITE

FACTOR 5: Varianza explicada: 7.50%

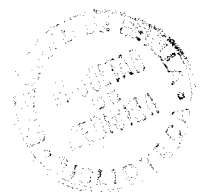
Carga:

- (.40) P05. MIEDO A 1 ó + SITUAC. SOCIALES

4.3.2.1. EL FACTOR ANSIEDAD-ANGUSTIA.

Podemos observar, cómo el Factor 1 (TABLA nº 12), tiene una estructura biserial. En una de sus series (A), encontramos una composición en base a síntomas que hacen referencias a lo que hemos definido en su momento como "ansiedad" entendida como el disparo de la respuesta de alarma de forma mantenida, inmotivada y persistente: vemos que los síntomas que la componen son "P45. EXAGERACION DE LA RESPUESTA DE ALARMA", "P09. SEIS Ó MAS SINTOMAS ANSIOSOS DURANTE SEIS MESES" y "P33. INQUIETUD".

En la otra serie (B), encontramos que los síntomas que la componen hacen referencia a lo que hemos denominado "angustia" ("P01. CRISIS DE ANGUSTIA RECURRENTE" y "P04. APARICION INESPERADA DE LA CRISIS DE ANGUSTIA RECURRENTE"), y a los aspectos cualitativos de la vivencia de la angustia expresada en términos de miedo y pánico ("P40. MIEDO A MORIR", "P39. MIEDO A VOLVERSE LOCO, O A PERDER EL CONTROL" y "P37. MIEDO A PADECER OTRA CRISIS DE ANGUSTIA



RECURRENTE").

Este hallazgo supone que la ansiedad y la angustia pertenecen a un mismo eje. Esta es la causa de que se encuentren en un mismo factor; y por tanto podemos inferir que son dos expresiones distintas de una misma vivencia. Los factores biserials del Análisis de Correspondencia, nos explican que ambas relaciones pertenecen a un mismo conjunto, y que los valores que toma la variable adquieren diferenciaciones claras -y el factor nos proporciona tantas series como diferencias se presenten- e igualmente se aglutinan, por un lado en el marco del factor y por otro en base a las series que se conforman (CORNEJO, 1988).

La estructura de este primer factor nos muestra una serie organizada alrededor del vocablo "ansiedad" y otra serie alrededor del término "angustia". Esta aparente dicotomía "ansiedad-angustia", es la evidencia empírica de que ambos términos hacen referencia a una misma estructura, definida por un

continuum que va de una a otra, y nunca por oposición de contrarios. Esto explica las dificultades que encontramos muchas veces para diferenciar unos pacientes de otros, y cómo a partir de un diagnóstico, puede evolucionarse hacia el otro.

Términos referidos a elementos evolutivos de la enfermedad, gravedad, persistencia, etc, están en el trasfondo de la diferenciación entre ellos. Esta afirmación, se encuentra suficientemente avalada en la bibliografía actual (LOPEZ IBOR, 1966; CHOUINARD y cols, 1982; TOBENA, 1986; TYRER, 1986; MARKS, 1987; GELDER, 1988; BIONDI, 1988; GALLETERO y cols, 1989), en base a diversas explicaciones.

Pero esta dicotomía léxica determina algo más que una simple diferencia de expresión lingüística y semántica como a continuación vamos a discutir.

En primer lugar, observamos que alrededor del vocablo "angustia" se organizan términos como «crisis o ataques de ...», «aparición inesperada...», «perder el control...», «... padecer otra crisis...». Esto

demuestra que este término -la angustia-, está haciendo referencia constantemente a trastornos definidos en el tiempo y con una duración limitada, que incluso convierte en su propio síntoma el "miedo" a su surgimiento. En este sentido, deben considerarse los trastornos de angustia como la expresión temporal y secuenciada de una determinada vivencia patológica y por tanto, su forma aguda.

En cambio, en la serie que se organiza alrededor del término "ansiedad", los elementos más significativos hacen referencia a la persistencia y al mantenimiento constante de la sintomatología expresada; con lo cual es, evidentemente, una forma crónica de sufrir este cuadro psicopatológico. Esto se corresponde, tal como apuntan ALVAREZ y BERNARDO (1990), con el fondo de la cuestión que se observa en el DSM-III-R (1987), en la que los Trastornos por Angustia serían la forma de presentación aguda o en crisis, mientras que el Trastorno por Ansiedad Generalizada corresponde a las manifestaciones crónicas y mantenidas.

Por tanto, estas consideraciones extraídas de los hallazgos empíricos de nuestro trabajo, y que obtienen el aval de múltiples investigadores (LOPEZ IBOR, 1966; CHOUINARD y cols, 1982; TOBENA, 1986; TYRER, 1986; MARKS, 1987; GINER, 1987; GELDER, 1988; BIONDI, 1988; GALLETERO y cols, 1989), tienen que llevarnos a la consideración de que no existen diferencias estructurales en los trastornos comúnmente denominados Trastornos por Crisis de Angustia y cualquiera en los que éste sea su síntoma principal, y los Trastornos por Ansiedad Generalizada o cualquiera de los que éste sea su síntoma principal.

Sirva a modo de resumen de lo que decimos la siguiente cita: "...las dificultades de distinguir dichos matices.." hacen que "... ansiedad y angustia sean utilizadas de forma sinónima. Sin embargo, se observa una tendencia a utilizar la ansiedad para hacer referencia a los «estados», es decir a una sintomatología mantenida y generalizada sin tener en cuenta matices vivenciales diferenciales; quedando el término angustia a los trastornos que se presentan en

forma de «ataques», es decir, a crisis más o menos entrecortadas y recurrentes..." (GINER, 1987).

De este modo, llegamos a la valoración siguiente: que los Trastornos por Ansiedad Generalizada y los Trastornos por Crisis de Angustia, son dos expresiones de una misma estructura psicopatológica, determinada por el disparo inmotivado de las respuestas de alarma. Lo cual es vivido a modo de miedos diversos de mayor o menor grado, de múltiples categorías, de forma persistente o aislada. Es decir, son dos expresiones patológicas de la respuesta ansiosa. La importancia de la diferenciación semántica -ansiedad y angustia-, tiene un gran valor pues determina dos modos distintos de vivir un mismo trastorno; modos que hacen referencia a la agudeza y cronicidad; a la valoración de rasgo y estado; a la persistencia de los síntomas y a su aparición súbita; etc.

Pero no es ésta la única diferencia, ni éste su único valor. Naturalmente, hay que evitar en la valoración diagnóstica cualquier consideración que no

suponga más que diferenciaciones expresivas de los pacientes -véanse aquí el sentido de todas las consideraciones fenomenológicas de innegable valor (GINER, 1990)- pero ésto sería otro asunto que sólo nos debe ahora conducir a no hacer una valoración no simplista de nuestras afirmaciones. Centrarse en un síntoma, excluyendo el estudio del cuadro global, puede llevar además a confusiones muy importantes, ya que los síntomas aislados pueden simular muchos otros cuadros clínicos (SHEEHAN, 1987). No creemos estar cayendo en este error.

No obstante, debe tenerse en cuenta que la persistencia de síntomas, acarrearán vivencias a los pacientes que reconvierten, por sí mismas, las estructuras patológicas y se plasman en diferentes modos de percibir la patología de la ansiedad. Esto es innegable por evidente; pero estas evidencias clínicas deben circunscribirse a lo que son, y no debe conducirnos a diferenciaciones sin peso específico en cuanto al diagnóstico y tratamiento de los cuadros sintomatológicos.

En este marco, podríamos inscribir también la presencia de los síntomas somáticos. LADER (1982), justificaba bien lo que decimos al afirmar que el sentimiento inefable de presentimiento o presagio de un evento o síntoma es el núcleo de la ansiedad patológica o clínica; y que la conciencia de la propia impotencia ante la amenaza o la vivencia es prioritaria para entender al paciente ansioso (JABLENSKY, 1985).

En este sentido, y como veremos en otro momento, debe entenderse la extensa relación de síntomas somáticos remitidos por los pacientes; y cuya incuestionable observación, nos debe remitir al fondo de la cuestión de nuestros resultados empíricos: que la sintomatología somática es por un lado y en gran parte, expresión de la sintomatología psíquica; y por otro lado, el correlato fisiológico de un trastorno, el de la respuesta ansiosa, que afecta al organismo como a un todo (SCHWARTZ, 1983). Baste recordar a HERRERO y cols (1983) cuando afirman que el sistema de control emocional supone una interrelación de las

estructuras límbicas con el córtex, los sistemas de activación específicos e inespecíficos del mismo, el sistema endocrino y el sistema nervioso vegetativo. Y por tanto, cualquier alteración de éste -del sistema de control emocional y por ende de la respuesta de la ansiedad- acarrea o puede acarrear correlatos sintomatológicos en este sentido.

4.3.2.2. EL FACTOR FOBIA.

En el segundo factor comprobamos que los elementos-síntomas que lo componen hacen referencia a lo que la terminología psiquiátrica denomina de forma genérica como Fobias y vemos que sus dos componentes se relacionan con los aspectos conductuales que conlleva toda fobia, es decir, la "CONDUCTA DE EVITACION FOBICA (P02)" y la "RESTRICCIÓN DE LAS ACTIVIDADES, RUTINA, etc. (P06)", y un tercer componente que apunta al aspecto más cognitivo, es decir, al "RECONOCIMIENTO IRRAZONABLE DEL MIEDO (P08)".

Esto nos hace ver que dicho factor, en realidad, supone una evidencia de la estructura básica de toda fobia, independientemente del objeto o de la situación fóbica, sin diferenciación del tipo de fobia. Es decir, todo cuadro fóbico requiere la presencia de estos dos aspectos (conductual y cognitivo) para ser definida como tal y será adjetivada en función de la presencia de uno u otro síntoma particular que siempre supone la presencia de los anteriores (DSM-III-R, 1987; SANCHEZ BLANQUE, 1988).

En este sentido, lo relevante no es, por tanto, el calificativo diagnóstico de las fobias, sino que ésta pueda ser o no diferenciada de otras estructuras psicopatológicas a partir de la presencia de los dos síntomas que se presentan en este factor.

Merece nuestra consideración el hecho de que en nuestros resultados, el trastorno definido como Agorafobia no se presente como tal. En el DSM-III-R (1987) este trastorno es tratado de dos formas distintas. Por un lado es considerado como síntoma, en

tanto que pertenece a los Trastornos por Angustia. Por otro lado es considerado como trastorno principal, en el caso de no presentar una historia de Crisis de Angustia.

Esta diferenciación no deja de ser ciertamente peculiar, pues una crisis de agorafobia puede ser una crisis de angustia (AYUSO y cols. 1987) y ésta en su presentación, puede evidentemente conllevar este tipo de síntoma. No alcanzamos a establecer una diferenciación clara diagnóstica en lo que parece ser sólo un orden temporal en su concurrencia. En este sentido, coincidimos con aquellos investigadores que no establecen diferencias entre la Agorafobia sin Historia de Trastornos por Angustia y el Trastorno por Angustia, aunque su conjunción suponga un agravamiento del cuadro psicopatológico presentado (DINARDO y cols., 1983; NOYES y cols., 1986; BREIER y cols., 1986; FYER, 1987).

Nuestros resultados no confirman la existencia en la clínica de la Agorafobia como entidad

independiente, ni tampoco como síntoma de peso en cualquiera de los otros factores obtenidos, a pesar de que entre nuestros pacientes estaba presente el elemento agorafobia y éste fué tenido en su consideración tanto por los pacientes como por el tratamiento de los datos y posteriores resultados. Dadas las limitaciones de la muestra, nos obliga a considerar esta inferencia como una hipótesis de trabajo para posteriores estudios.

4.3.2.3. LOS RESTANTES FACTORES.

Llegado este punto, vemos que el resto de los factores, que por otro lado explican una mínima varianza en comparación con los dos factores ya discutidos, no determinan por sí mismos, ni en su conjunto, ninguna otra estructura psicopatológica. Pero observamos que su presencia no es casual, ya que es evidente que el tercero y el quinto factor hacen referencia a las calificaciones fóbicas más usuales como son la Fobia Simple y la Fobia Social. Y que el cuarto factor hace referencia a un síntoma -"SENSACION

DE ESTAR AL LIMITE (P48)"- presente en multitud de casos pero no definitorio de cualquier estructura psicopatológica ansiosa. No obstante, estas apreciaciones deben ser tenidas con las reservas que suponen ser factores de un sólo elemento. Si las traemos a colación es fundamentalmente por tres motivos:

1º) porque el hecho de que estos tres factores unielementos expliquen gran parte de la varianza no explicada por los otros dos factores, da consistencia a nuestros anteriores argumentos que suponían la no evidencia empírica de otras estructuras diferentes a las que describen los dos factores primeros.

2º) porque el hecho de que sean unielementos todos los demás factores con contribución en la explicación de la varianza, nos lleva al supuesto de que no puede existir ninguna otra estructura semiológica, sopena de entender que tienen que existir cientos; ya que la extensa relación de síntomas expresados por los pacientes ansiosos harían

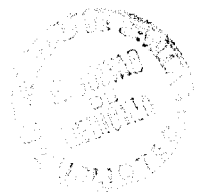
inagotable e inexplicable la estructuración semiológica de los trastornos ansiosos. Y no parece consistente defender este supuesto ya que supondría casi una estructura semiológica diferente para cada paciente. Lógicamente este camino nos conduciría al absurdo.

Y 3o) la cuantiosa relación de factores unielementos debe ser entendida como la expresión de las múltiples quejas que estos pacientes acompañan a los síntomas fundamentales de sus dolencias, las cuales sólo deben ser entendidas como quejas y no como síntomas explicativos de las estructuras psicopatológicas que presenta. De ser realmente síntomas importantes de sus dolencias o dolencias distintas a las que hemos definido, implicarían, no sólo su persistencia en la población, sino que tendrían que estructurarse de forma más o menos ordenada y nos hubieran sido remitidas a modo de factores compactos.

Evidentemente, en todo momento nos estamos

refiriendo a todos aquellos cuadros psicopatológicos que suponen a la ansiedad, a la angustia y a las fobias como elementos nucleares de su estructura semiológica. No obstante, el alcance de estos hallazgos, a pesar de las limitaciones que suponen cualquier estudio de estas características, nos deben hacer valorar que la confusión diagnóstica actual debe ser interpretada convenientemente.

CONCLUSIONES



A tenor de los resultados obtenidos y del análisis y discusión realizados, consideramos oportuno extraer las siguientes conclusiones:

- 1a Las estructuras que hemos encontrado en los Trastornos por Ansiedad definidas en el DSM-III-R son dos: la Ansiedad-Angustia y la Fobia.
- 2a La estructura Ansiedad-Angustia debe entenderse en términos de un contínuum dicotómico.
- 3a La ansiedad viene definida básicamente por los criterios descritos en el DSM-III-R; sin embargo, en nuestra muestra aparecen con un peso mayor la "RESPUESTA DE ALARMA EXAGERADA" y la "INQUIETUD", e incluso en detrimento de la "EXPECTACION APRENSIVA O PREOCUPACION IRREAL EXCESIVA".
- 4a Con respecto a la Angustia, la estructura encontrada por nosotros abarca los síntomas definidores del DSM-III-R, pero la presencia de los síntomas "MIEDO A

MORIR", "MIEDO A VOLVERSE LOCO, PERDER EL CONTROL" y "MIEDO A PADECER OTRA CRISIS DE ANGUSTIA RECURRENTE" en nuestros hallazgos matizan la angustia en un sentido muy cercano a las concepciones fenomenológicas de LOPEZ IBOR.

5a La estructura que define al elemento fóbico viene determinada por los aspectos cognitivo-conductuales ("RECONOCIMIENTO IRRAZONABLE DEL MIEDO", CONDUCTA DE EVITACION FOBICA", "RESTRICCION DE LAS ACTIVIDADES, RUTINA, RELACIONES SOCIALES O LABORALES") más que por el objeto fóbico.

6a Los criterios del DSM-III-R para los Trastornos por ansiedad, se muestran con una escasa especificidad diagnóstica para los mismos, dado que sólo el 41.46% de los enfermos pueden ser incluidos en un sólo diagnóstico mientras que la mayoría (58.54%) cumplen criterios para dos o más diagnósticos.

RESUMEN

Los términos ansiedad y angustia están unidos a la historia del pensamiento de modo que se configuran como un elemento consustancial del mismo, como parte de la expresión de las vivencias y emociones más profundas del ser humano.

Su conexión con el campo del conocimiento psiquiátrico, se estructura alrededor de las expresiones psicopatológicas del sentir y de los sentimientos.

Desde las primeras aproximaciones fenomenológicas hasta la actualidad, en la que los correlatos psicofisiológicos y cognitivos se imponen en su estudio científico, han sido mucho los autores y diversas las maneras en que se han explicado las formas y los modos de estos constructos psicopatológicos. Y por tanto, son constatables múltiples aproximaciones a la estructura semiológica subyacente a los mismos.

Especial relevancia tiene el actual DSM-III-R, que constituye la relación de trastornos más aceptada,

y en base a la cual se ha organizado todo un conjunto de líneas de investigación y de modelos teóricos justificativos. A pesar de esto, la colectividad científica no es ajena a las limitaciones, y a veces contradicciones, que su uso comportan.

El presente trabajo quiere contribuir al esclarecimiento de algunas de estas lagunas, con el fin de hacer más operativo su empleo.

A tal fin, y después de realizar una exhaustiva revisión bibliográfica, se delimita conceptualmente el constructo ansiedad-angustia, aportando elementos de significación empírica sobre su definición, naturaleza y característica.

Más adelante, se analiza detalladamente la clasificación de los trastornos que pueden presentarse; para lo cual hemos empleado fundamentalmente la clasificación del DSM-III-R.

En el estudio practicado sobre una muestra representativa de la población de pacientes ansiosos,

a la que sometimos a los criterios diagnósticos propuestos por dicha clasificación; y con la ayuda de los instrumentos más avanzados para el análisis de variables cualitativas, como es el Análisis Factorial de Correspondencias del Programa CORAN del paquete estadístico MDS, y una vez analizados y discutidos éstos convenientemente, se obtuvieron hallazgos muy significativos.

Entre éstos destacan que en dicha clasificación, que se manifestó con escasa especificidad diagnóstica, los trastornos psicopatológicos ansiosos se estructuran alrededor de los términos "Fobias" y "Ansiedad-Angustia". Que éstos últimos forman un contínuum, y que las delimitaciones entre ámbos no implican modos distintos de enfermar.

BIBLIOGRAFIA

- AKISKAL, H.S., y McKINNEY, W.T. (1973): «Jr. Psychiatry and pseudopsychiatry». Archives of General Psychiatry, 28: 367. (Citado por Spitzer y Wilson, 1982).
- ALONSO-FERNANDEZ, F. (1977): Fundamento de Psiquiatría Actual. Tomo I. Ed. Paz Montalvo. 3ª edición. Madrid.
- ALONSO-FERNANDEZ, F. (1978): Compendio de Psiquiatría. Ed. Oteo. Madrid; 2ª ed. Madrid, 1982.
- ALONSO-FERNANDEZ, F. (1982): Formas actuales de neurosis. Ed. Pirámide. Madrid.
- ALVAREZ, D.F., y BERNARDO, E.G. (1990): «Consultas por síntomas de atribución principalmente psíquica: ansiedad», en Salud Mental, dir. A.I. Romero Hidalgo y A. Fernández Liria. Vol. I, 39-49. Ed. IDEPSA, Madrid.
- ALVAREZ, J., y CARROBLES, J.A. (1989): «Evaluación y Tratamiento de la ansiedad», en J.A. Carrobles (Ed.): Análisis y modificación de la conducta II. Tomo I, 209-251. U.N.E.D., Madrid.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1952): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-I. Ed. Washington, D.C., A.P.A.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1968): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-II. Ed. Washington, D.C., A.P.A.

- ANSORENA, A. y cols. (1983): «El constructo ansiedad en Psicología: una revisión». Estudios de Psicología, 16: 31-45.
- AYUSO, J.L. (1984): «Aspectos clínicos y biológicos del trastorno de ataques de angustia: "panic disorder". Anales de Psiquiatría. Vol. I, 3, 101-105.
- AYUSO, J.L.; RIVERA, A. y ALFONSO, S. (1987). «Trastorno de ataques de angustia con y sin agorafobia. Un estudio comparativo». Anales de Psiquiatría. Vol. 3, 3, 83-86.
- AYUSO, J.L. (1988): Trastornos de angustia. "Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie SALUD 2000". Ed. Martínez Roca. Barcelona.
- BALLENGER, J.C. (1986): «Biological aspects of panic disorder». American Journal of Psychiatry, 143: 4, 516-518.
- BANDURA, A. (1969): Principles of Behavior Modification. New York, Rinehart and Winston.
- BANDURA, A. (1977): Social Learning Theory. New Jersey, Prentice-Hall.
- BANDURA, A. (1987): Social Foundations of Thought and Action. New Jersey, Prentice-Hall. Englewood Cliffs, 1980 (traducción: Martínez Roca).

BEARD, G.M. (1869): «Neurasthenia, or nervous exhaustion». Boston Med. Surg. J., 3: 217-221. (Citado por FREEDMAN y cols., 1982).

BIONDI, M. (1988): Psicobiología y Terapéutica de la Ansiedad en la práctica médica. Wyeth.

BORKOVEC, T.D.; WEERTS, T.C. y BERNSTEIN, D.A. (1977): «Assessment of anxiety», Ciminero, A.R., Calhoun, K.S. and Adams, H.E., Handbook of behavioral assessment, Wiley, New York.

BOYD, J.H.; BURKE, J.D.; GRUENBERG, E., y cols. (1984): «Exclusion criteria of DSM-III. A study of co-occurrence of hierarchy-free syndrome». Archives of General Psychiatry, 41, 983-989.

BREIER, A.; CHARNEY, D.S., y HENINGER, G.R. (1985): «The diagnostic validity of anxiety disorders and their relationship to depressive illness». Am. J. Psychiatry, 142: 787-797.

BRISSAUD, E. (1890): De l'anxiété paroxystique (semaine médicale). Compte rendu du XII^e Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes, 1902. Rev. Neurol., 1902, II, 762-763. (Citado por LOPEZ IBOR, J.J., 1950; y HARDY, M.C. y cols., 1985).

BURNS, G.L. (1983): «Indirect measurement and behavioral assessment: A case for social behaviorism psychometrics». Behavioral Assessment, 2, 197-207.

- CARRASCO, J.L. (1986): El método estadístico en la investigación médica. Ed. Ciencia 3, S.A. Madrid.
- CARROBLES, J.A. (1989): «La ansiedad: Naturaleza, incidencia y modelos explicativos», en Análisis y modificación de la conducta II, dir. J.A. Carrobles. Tomo I, 187-208. Ed. U.N.E.D., Madrid.
- CASSANO, G.B., MUSETTI, L., PERUGI, G. y PETRACCA, A. (1989): «La clasificación de los trastornos "neuróticos"». 2º Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Madrid.
- CATTELL, R.B., y SCHEIER, I.H. (1961): The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. Ronald Press, New York.
- CATTEL, R.B. (1983): «La naturaleza y medida de la ansiedad». Estudios de Psicología, 16, 47-59.
- CONDE, V., y CUESTA, M. (1985): «Algunos avances en el diagnóstico biológico de los trastornos psiquiátricos.» Anal. Acad. Med. y Cir. Valladolid. XXIII, 264-282.
- CORNEJO, J.M. (1988): Técnicas de investigación social: El análisis de Correspondencias (teoría y Práctica). Biblioteca Universitaria de ciencias sociales, serie medium. Barcelona.
- CROWE, R.; PAULS, D.; SLYMEN, D.; NOYES, R. (1980): «A family study of anxiety neurosis. Morbidity risk in families of patients with and without mitral valve prolapse». Archives of General Psychiatry, 37: 77-79.

- CHAUVEAU, B. (1989): «Las manifestaciones de la ansiedad», en: La ansiedad, 15-31. Ed. Temis, S.A. Barcelona.
- CHOUINARD, G.; ANNABLE, L.; FONTAINE, R., y SOLYOM, L. (1982): «Alprazolam in the treatment of generalized anxiety and panic disorders: A double-blind placebo controlled study». Psychopharmacology, 77: 229-233.
- Da COSTA, J.M. (1871): «On irritable heart; a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences». Am. J. Med. Sci., 61, 17-52 (Citado por NEMIAH, 1982).
- DELGADO ROIG, J. (1943): Consideraciones acerca de los estados emocionales y en especial la angustia. Discurso de recepción en la Real Academia de Medicina de Sevilla.
- DIEZ, C. (1991): «Clínica de la ansiedad», en Trastornos afectivos: ansiedad y depresión, J. Vallejo Ruiloba y C. Gastó Ferrer. Ed. Salvat, Barcelona.
- DiNARDO, P.A.; O'BRIEN T., y cols. (1983): «Reliability of DSMIII anxiety disorders. Categories using a new structural interview». Archives of General Psychiatry, 40: 1070-1074.
- DOLLARD, J., y MILLER, N.E. (1950): Personality and psychotherapy: an analysis in terms of learning, thinking and culture, McGraw-Hill, New York. (Citado por Carrobles, 1989).

- DSM-III (1980): Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales, 3ª ed. Asociación Americana de Psiquiatría. Toray Masson, 1983.
- DSM-III-R (1987): Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales, 3ª ed. revisada. Asociación Americana de Psiquiatría. Toray Masson, 1988.
- ENDLER, N.S.; HUNT, J.McV., y ROSENSTEIN, A.J. (1962): «An S-R Inventory of Anxiousness», Psychological Monographs, 76, núm. 17 (whole núm. 536), I-33.
- ENDLER, N.S., y HUNT, J.McV. (1969): «Generalizability of contributions from sources of variance in the S-R Inventories of anxiousness», Journal of Personality, 37, I-24.
- EY, H.; BERNARD, P., y BRISSET, CH. (1985): Tratado de Psiquiatría. Ed. Toray-Masson, Barcelona.
- EYSENK, H.J. (1981): «Behavior Therapy and the conditioning model of neurosis». International Journal of Psychology, 16: 343-370.
- FOUCART, T. (1985): Analyse factorielle. Programmation sur microordinateurs. 2ª Ed. Masson. Paris.
- FRANCES, A. (1988): Classification of anxiety states in DSM-III and Perspectives for its classification in DSM-IV. In: Anxiety: Psychobiological and clinical perspectives. World Health Organization. Ed. Roma.

- FREUD, S. (1895): «La neurastenia y la neurosis de angustia», en Obras completas, Vol. 2, 183-198. Ed. Orbis, S.A. Barcelona, 1988.
- FREUD, S. (1895): «Obsesiones y Fobias», en Obras completas, Vol. 2, 178-182. Ed. Orbis, S.A. Barcelona, 1988.
- FREUD, S. (1926): «Inhibición, síntoma y angustia», en Obras completas, Vol. 16, XXX-XXX. Ed. Orbis, S.A. Barcelona, 1988.
- FYER, A.J. (1987): «Agorafobia», en D.F. KLEIN (Ed.): Problemas modernos de farmacopsiquiatría: Ansiedad, 91-126. KARGER, Barcelona.
- GALLETERO, J.M., EGUILUZ, J.I., y cols. (1989): «Estudio comparativo entre el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada». Psiquis, vol. X, 217: 23-27.
- GALLETERO, J.M., y GUIMON, J. (1989): «Clínica de los trastornos de ansiedad». Monografías de Psiquiatría, vol. I, 4: 21-26.
- GELDER, M.G. (1987): «Panic Attacks: New approaches to an old proble». British Journal of Psychiatry, vol. 149, 346-352.
- GELDER, M.G. (1988): «Clasificación de los Trastornos de ansiedad», en Diagnóstico en Psiquiatría, dir. J. Guimón, y cols. pág. 87-92. Ed. Salvat Editores, S.A. Barcelona.

- GINER, J., y cols. (1984): «La angustia en las urgencias psiquiátricas y en el marco del Hospital General». Psiquis, vol. V, 6: 22-28.
- GINER, J. (1987): «Aspectos clínico-diagnósticos de la ansiedad-angustia». Symposium sobre Crisis de Angustia. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona. Vol. XIV, 8-12, Núm. Monográfico.
- GINER, J. (1990): XV Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. En: Diario de Congresos Médicos, 233, Diciembre.
- GOLDBERG, D. y HUXLEY, P. (1980): Mental illness in the Community. Tavistock, Londres.
- GOLDFRIED, M.R. y LINEHAM, M.M. (1977): «Basic issues in behavioral assessment». Handbook of behavioral assessment, A.R. Ciminero, K.S. Calhoun y H.E. Adams, Wiley. New York.
- GRANVILLE-GROSSMAN, K., y TURNER, P. (1966): «The effect of propranolol on anxiety». Lancet, 1, 788.
- GRAY, J.A. (1982): The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system. Oxford University Press, edit., Oxford.
- GUILFORD, J.P., y FRUCHTER, B. (1984): Estadística aplicada a la Psicología y la Educación. McGraw-Hill. México, D.F.

- HAMILTON, M. (1959): «Assesment of anxiety states by rating». British Journal Med. Psychol., 32, 50-55.
- HAMILTON, M. (1969): «Diagnosis and rating of anxiety». British Journal of Psychiatry, 3 (s.publ.), 76-79.
- HARDY, M.-C.; HARDY, P., y KERNEIS, O. (1985): «Sémiologie des conduites anxieuses». Encyclopédie Médico Chirurgicale Psychiatrie. Paris, 10.
- HAYNES, D.N., y WILSON, C.CH. (1979): Behavioral assessment. Recent advances in methods, concepts and implications. Jossey-Bass.
- HERRERO, L., SABANES, F. y PAYES, E. (1983): Trastornos de ansiedad en medicina. Ed. Hoechst Ibérica S.A. Newsletter Psiquiatría. Barcelona.
- HERSEN, M. (1976): «Historical perspectives in behavioral esessment», en Hersen and Bellack. Behavior assessment: a practical handbook. Elmsford, Pergamon Press, New York.
- HOLLANDER, E.; LIEBOWITZ, M.R., y GORMAN, J.M. (1989): «Trastornos por ansiedad», en J.A. Talbott, R.E. Hales y S.C. Yudofdky: Tratado de Psiquiatría, 439-486, Ancora, Barcelona.
- HOLMBERG, G. (1987): «Anxiety Disorders: Classification and diagnosis». Act. Psychiat. Scand., Supp., 335: 7-14.

HULL, C.L. (1952): A behavior system. New Haven, Yale University Press.

JABLENSKY, A. (1985): Approaches to the definition and classification of anxiety and related disorders in european psychiatry. En: A.H. TUMA y J. MASER (dirs.): anxiety and anxiety disorders. Lawrence Erlbaum, Hillsdale.

JAMES, W. (1984): «What is emotion?». Mind, 19; 188-205.

JANET, P. (1903): Les nervroses. Flammarion, Paris. (Citado por GELDER, 1987).

JANET, P. (1928): De l'angoisse à l'extase. -Alcan, édit., Paris. (citado por HARDY y cols., 1985).

JASPERS, K. (1932): citado por DELGADO ROIG (1943).

JASPERS, K. (1950): Psicopatología General. Ed. B. Buenos Aires.

JIMENEZ, F. y GINER, J. (1968): «Estudio de la Personalidad y distimia angustiosa y ansiosa». Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España, III-4, 198-305. Granada.

KENDALL, M.G. (1957): A course in multivariate analysis. London: Griffin.



- KIERKEGAARD, S. (1844): El concepto de la angustia. Espasa-Calpe Argentina, Buenos Aires (1963).
- KIERKEGAARD, S. (1912): ver ALONSO-FERNANDEZ (1977).
- KLEIN, D.F. (1964): «Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes». Psychopharmacology, 5: 397-408.
- KLEIN, D.F. (1981): «Anxiety reconceptualized», en D.F. Klein y J.G. Rabkin (eds.): Anxiety: New research and changing concepts. New York, Raven Press, 235-263.
- KLEIN, D.F.; ROSS, D.C., y COHEN, P. (1987): «Panic and avoidance in agoraphobia». Archives of General Psychiatry, 44, 377-385.
- KLERMAN, G.L. (1986): «Historical perspective on contemporary schools of psychopathology», en T. Million y G.L. Klerman (eds.): Contemporary directions in psychopathology. New York, Guilford Press, pp. 3-28.
- KLERMAN, G.L. (1988): «Puntos de vista norteamericanos en el tratamiento de la ansiedad con crisis de pánico». Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines. 16, S1, 23-30.
- KRAEPELIN (1896): citado por GELDER, (1987).
- LABORIT, H. (1979): L'inhibition de l'action. Ed. Masson. Paris.

- LADER, M. H. (1982): «Teorías psicofisiológicas actuales sobre la ansiedad». En Lipton Di Mascio (Ed.): Psicofarmacología. Espaxs. Barcelona.
- LAZARUS, R.S. (1969): Patterns of adjustment and human affectiveness, McGraw-Hill, New York.
- LEBART, L.; MORINEAU, A., y WARWICK, K.M. (1984): Multivariate descriptive statistical analysis: correspondence analysis and related techniques for large matrices. New York: Wiley.
- LECKMAN, J.; WEISSMAN, M.; MERIKANGAS, K., y cols. (1983): «Panic disorder and major depression: increased risk of depression, alcoholism, panic and phobic disorder in families of depressed probands with panic disorders». Arch. Gen. Psychiatry, 40, 1055-1060.
- LECKMAN, J.; MERIKANGAS, K.; PAULS, D., y cols.: «Anxiety disorders and depression: contradictions between family studies data and DSM-III conversion. American Journal of Psychiatry, 140, 880-882.
- LEFEBVRE, J. (1983): Introduction aux Analyses statistiques multidimensionnelles, 3ª ed. Masson, Paris.
- LINFORD REES, W. (1974): «Aspectos generales de la ansiedad: análisis preliminar». En W. Linford Rees (ed.): Factores de ansiedad en la asistencia global al enfermo. 1-7. Wyeth.

- LITTRÉ, E. (1863): citado por LOPEZ IBOR, J.J. (1950, 1966).
- LOPEZ IBOR, J.J. (1950): La angustia vital. Ed. Paz Montalvo. Madrid.
- LOPEZ IBOR, J.J. (1966): Las neurosis como enfermedades del ánimo. Ed. Gredos. Madrid.
- LOPEZ-IBOR ALINO, J.J. (1982): «Las neurosis», en J.J. López-Ibor Aliño, C. Ruiz Ogara y D. Barcia (eds.): Psiquiatría. Vol. 2, 741-787. Toray. Barcelona.
- LOPEZ-IBOR ALINO, J.J. (1986): «La Angustia en la Clínica y su Tratamiento». Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines. 4(14): 275-313.
- LOPEZ-IBOR ALINO J.J. (1988): «Problemas para la clasificación de los trastornos de angustia». Actas Luso-Española de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines, 16, S1, 11-16.
- MARKS, I.M. (1987): «Agoraphobia, panic disorder and related conditions in the DSM-III-R and ICD-10». Journal Psychopharmacology, 1: 6-12.
- MASER, J.d., y SELIGMAN, M.E.P. (1977): Modelos experimentales en psicopatología. Ed. Alhambra, Madrid.

- MASSANA, J. (1986): «Ataques de pánico: ¿un trastorno de ansiedad diferenciado?», en A. Toboña. Trastornos de ansiedad. Orígenes y Tratamiento. Ed. Alamex. Barcelona.
- MASSANA, J. (1989): «Bases biológicas de las crisis de angustia». En 2º Congreso de la sociedad Española de psiquiatría biológica, págs. 17-21. Ed. Arán, S.A. Madrid
- MASSERMAN, J.H. (1943): Behavior and neurosis, University of Chicago press, Chicago.
- MASTERS, W.H., y JOHNSON, V.E. (1966): Respuesta sexual humana, Ed. Intermédica, Argentina.
- MAUDSLEY, H. (1879): citado por GELDER (1987).
- MAY, R. (1950): The meaning of Anxiety, Ronald Press, New York.
- MISCHEL, W. (1968): Personality and assessment, Wiley, New York.
- MISCHEL, W. (1969): «Continuity and change in personality», American Psychologist, 24, 1012-1018.
- MISCHEL, W. (1971): Introduction to personality, Holt, Rinehart and Winston, New York.

- MONSERRAT-ESTEVE, S. (1952): «Neurosis de angustia», en A. Pedro-Pons, P. Farreras Valentí y cols. (eds.): Patología y Clínica Médicas: Neurosis y Medicina Psicosomática. Tomo IV, 1104-1114. Salvat Editores, S.A. Barcelona.
- MOWRER, O.H. (1960): Learning theory and behavior. John Wiley, New York.
- NEMIAH, J.C. (1982): «Neurosis de ansiedad» en Tratado de Psiquiatría, dir. A. F. Freedman, H. I. Kaplan y B. J. Sadock. Tomo I, 1339-1350. Ed. Salvat, Barcelona.
- NEMIAH, J.C. (1989): «Estados ansiosos (neurosis de angustia)» en Tratado de Psiquiatría, dir. H.I. Kaplan y B.J. Sadock. Tomo I, 876-887. Ed. Salvat, Barcelona.
- NOYES, R.; CROWE, R.R.; HARRIS, E.L. y cols. (1986): «Relationship between panic disorder and agoraphobia. A family study». Arch. Gen. Psychiat., 43: 227-232.
- OMS (1978): International Statistical Classification of Diseases, 9ª ed., Genève.
- PASNAU, R.O. (1987): Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de ansiedad. Ed. Edifarma. Madrid.
- PAVLOV, I.P. (1927): Conditioned reflexes. Oxford University Press, London. (Citado por Ansorena, 1983).

- PAYKEL, E.S. (1985): Psicopatología de los trastornos afectivos. Ed. Pirámide, Madrid.
- PICHOT, P. (1987): L'anxiété. Ed. Masson, Paris.
- PULL, C.B., WIDLÖCHER, D. (1989): "Anxious inhibition". Psychiatr. Psychobiol., 4, 1-11.
- QUILES, I. (1948): Heidegger: El existencialismo de la angustia. Biblioteca "La Filosofía de Nuestro Tiempo". Espasa-Calpe Argentina, Buenos Aires.
- REICH, J. (1986): «The epidemiology of anxiety». Journal of Nervous and Mental Disease, 174, 129-136.
- ROJAS, E. (1987): «Las cinco vertientes sintomatológicas de la ansiedad». Symposium sobre Crisis de Angustia. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona. Vol. XIV, 13-23, Núm. Monográfico.
- ROJAS, E. (1988): El laberinto de la afectividad. Ed. Espasa-Calpe, Madrid.
- ROJAS, E. (1989): La Ansiedad. "Colección Fin de siglo /3". Ed. Temas de Hoy. Madrid.
- ROJO SIERRA, M. (1978): Fundamentos doctrinales para una Psicología médica. Ed. Toray, Barcelona.

- ROTH, M., y MOUNTJOY, C.Q. (1982): «La distinción entre los estados de ansiedad y los trastornos depresivos», en Psicopatología de los trastornos afectivos, dir. E.S. Paykel. 122-155. Ed. Pirámide, S.A., Madrid, 1985.
- RUIZ RUIZ, M. (1988): «Clínica de la ansiedad I: El concepto de ansiedad/angustia en psicopatología». Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España. Vol. XXIII, 3, 251-255, Septiembre-Diciembre.
- RUIZ OGARA, C. (1985): «Psicopatología de la Angustia». Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España. Vol. XX, 36-81, Noviembre.
- SANCHEZ BLANQUE, A. (1988): «Psicopatología de las fobias», en XIII reunión de la Sociedad española de Psiquiatría biológica, pág. 19-35. Ed. Arán, S.A. Madrid.
- SANCHEZ BLANQUE, A., y GRACIA PELIGERO, E. (1988): «Coexistencia de síntomas fóbicos y obsesivos en pacientes neuróticos», en XIII reunión de la Sociedad española de Psiquiatría biológica, pág. 37-46. Ed. Arán, S.A. Madrid.
- SARTORIUS, N. (1988): «Perspectivas internacionales sobre la ansiedad». Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines. 16, S1, 3-9.
- SCOTT, M.S. (1987): Multidimensional statistic package. Brigham Young University. Provo, Utah.



SELIGMAN, M.E.P. (1975): Indefensión, Ed. Debate, Madrid, 1981.

SEVA, A. (1979): Psiquiatría Clínica. Ed. Espaxs. Barcelona.

SCHACHTER, S., y SINGER, J. (1962): «Cognitive, social and psychological determinants of emotional state», en Psychological Review, 69, 379-399.

SCHACHTER, S. (1966): «The interactions of cognitive and physiological determinants of emotional state», en Anxiety and Behavior, C.D. Spielberger (ed.), Academic Press, New York.

SCHNEIDER, K. (1951): Patopsicología Clínica. Madrid, Paz Montalvo, 3ª ed., 1970.

SHEEHAN, D.V., y SHEEHAN, K.E. (1982): «The classification of anxiety states, part I: historical review of empirical delineation. J. Clin. Psychopharmacology, 2: 235-244.

SHEEHAN, D.V. (1982): «Current prespectives in the treatment of panic and phobic disorders». Drug Therapy; Sept. 179-190.

SHEEHAN, D.V. (1987): «Estrategias de diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad». En R.O. Pasnau (ed.): Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Madrid, Edifarma, 131-160.

- SPENCE, K.W. y TAYLOR, J.A. (1953): «The relation of conditioned response strength to anxiety in normal, neurotic and psychotic subjects». Journal of Experimental Psychology, 45: 265-272.
- SPENCE, J.T. y SPENCE, K.W. (1966): «The motivational components of manifest anxiety: drive and drive stimuli». Anxiety and behavior, by Spielberger, C.D., Academic Press, New York.
- SPIELBERGER, C.D. (1966): Anxiety and behavior, Spielberger, Academic Press, New York.
- SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L., y LUSHENE, R.E. (1970): «STAI: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory», Consulting Psychologist Press, Spielberger, Palo Alto, California.
- SPIELBERGER, C.D. (1972): «Anxiety as an emotional state», in Anxiety: current trends in theory y and research, Vol. I, Academic Press, New York.
- SPIELBERGER, C.D. (1976): «The nature and measurement of anxiety», en C.D. Spielberger, y R. García Guerrero (eds.): Cross cultural research on anxiety, Hemisphere-Wiley, Washington.
- SPITZER, R.L.; ENDICOTT, J., y ROBINS, E. (1978): «Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability». Arch. Gen. Psychiatry, 23: 41-55.

- SPITZER, R.L., y WILSON, P.T. (1982): «Clasificación en Psiquiatría», en A.M. Freedman, H.I. Kaplan, y B.J. Sadock (eds.): Tratado de Psiquiatría. Tomo I, 924-945. Salvat, Barcelona.
- SPITZER, R.L., y WILLIAMS, J.B.W. (1987): «Introducción», en Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R), Ed. Masson.
- STARZEC, J.J.; BERGER, F., y HESSE, R. (1983): «Effects of stress and exercise on plasma corticosterone, plasma cholesterol and aortic cholesterol levels in rats», en Psychosomatic Medicine, 45, 3, 219-226.
- STEIN, L. (1968): «Chemistry of reward and punishment». En D.H. Efron, (ed), Psychopharmacology: A review of progress. Washinton.
- STUNKARD, A.J. (1979): «Behavioral Medicine and Beyond: The Example of Obesity», en Behavioral Medicine. Theory and Practice, O.F. Pormerleau y J.P. Brady (eds.), Williams and Wilkins, Baltimore.
- SULLIVAN, H.S. (1972): Concepciones de la Psiquiatría moderna. Ed. Psique.
- TENENHAUS, M. y YOUNG, F.W. (1985): An analysis and synthesis of multiple correspondence analysis, optimal scaling, dual scaling, homogeneity analysis and other methods for quantifying categorical multivariate data. Psychometrika, 50, 1, 91-119.

- THYRER, B.A.; PARRISH, R.T., y CURTIS, G.C. (1985): «Age of onset of DSM-III anxiety disorders». Comprehensive Psychiatry, 26, 113-122.
- TOBENA, A. (1983): «Conducta ansiosa. Mecanismos psicofisiológicos y su relación con los trastornos psicósomáticos», en Medicina psicósomática. Bases psicológicas y fisiológicas, M. Valdés, T. de Flores, A. Tobena, J. Masana (eds.), Trillas.
- TOBENA, A. (1986): «Psicofisiología de la ansiedad normal». En Ansiedad: orígenes y tratamiento. 15-39. Zambelletti España, S.A., Madrid.
- TYRER, P. (1982): «Major common symptoms in psychiatry: Anxiety». British Journal Hosp. Med., 27, 109-113.
- TYRER, P. (1986): «Classification of anxiety disorders». Journal Anxiety Dis., 11: 991-994.
- VALDES, M. (1983): «La enfermedad psicósomática. Modelos y teorías específicas», en Medicina psicósomática. Bases psicológicas y fisiológicas, M. Valdés, T. de Flores, A. Tobena, J. Masana (eds.), Ed. Trillas, México.
- VALDES, M., y De FLORES, T. (1985): Psicobiología del estrés. "Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie SALUD 2000". Ed. Martínez Roca. Barcelona.

- VALLEJO RUILOBA, J., y GASTO FERRER, C. (1991): Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Ed. Salvat, Barcelona.
- VAZQUEZ BARQUERO, J.L.; DIEZ-MANRIQUE, J.F., y cols., (1987): «Depresión y ansiedad: Perfiles sociodemográficos diferenciales en la población general». Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines. 2(15): 95-109.
- VAZQUEZ BARQUERO, J.L.; DIEZ-MANRIQUE, J.F., y ARTAL SIMON, J. (1988): «Las fobias: Morbilidad y factores socioculturales condicionantes», en XIII reunión de la sociedad española de Psiquiatría biológica, págs. 11-17. Ed. Arán, S.A. Madrid.
- VILA, J. (1983): «Técnicas de reducción de la ansiedad». En J. MAYOR y F. LABRADOR (Eds.): Manual de modificación de conducta. Alhambra, Madrid.
- WEISSMAN, M. M.; MYERS, J.K., y HARDING, P.S. (1978): «Psychiatric disorder in a U.S. urban community». American Journal of Psychiatry, 135, 459-462.
- WEISSMAN, M.M. (1985): «The epidemiology of anxiety disorder: Rates, Risks and familial patterns». En: J. Masert y H. Tuma (eds.): Anxiety and anxiety disorders. Erlbaum, Hillsdale (N.J.).
- WESTPHAL, C. (1872): die Agoraphobie, eine neuropathische Erscheinung. Archives Psychiatrie Nervenkrank, 3: 138-161 (citado por GELDER, 1987).

WIDLÖCHER, D., y PULL, C.B. (1988): "La WP, une échelle d'évaluation de l'inhibition anxieuse". L'Encéphale, XIV, 139-146.

WILLIAMS, J.B.W. (1989): «Clasificación psiquiátrica», en J.A. Talbott, R.E. Hales, y S.C. Yudofsky. : Tratado de Psiquiatría. "The American Psychiatric Press". Ed. Ancora, S.A. Barcelona.

YERKES, R.M., y DODSON, J.D. (1908): «The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation», Journal of Comparative Neurological Psychology. 18: 458-482.

JUAN H. GARCIA-JARAMILLO RAMIREZ

Estructura
Ansiedad. *psimológica* de los Trastornos de

APTO CUM LAUDE

26

Septiembre

J. H. Garcia

J. H. Garcia

91

J. H. Garcia

J. H. Garcia

J. H. Garcia