



ANSIEDAD CLÍNICA: INSTRUMENTOS DE AUTO-REPORTE MÁS USADOS EN POBLACIÓN ADULTA

CLINICAL ANXIETY: SELF-REPORTED INSTRUMENTS MORE USED IN ADULT POPULATION

Ronald Toro, Tania Nieto, Nataly Mayorga & Lina Montaña*

Universidad Manuela Beltrán

RESUMEN

La ansiedad se constituye como un constructo multicomponente que implica dimensiones de ajuste personal (físico, cognoscitivo y comportamental) y psicosocial (laboral, afectivo, social), en distintos niveles de adaptación. En población adulta, requiere de procesos de evaluación específicos así como servir de soporte más preciso para los programas de promoción y prevención por desarrollar. El objetivo de esta revisión teórica fue ofrecer una descripción de los instrumentos de auto-reporte más utilizados en el ámbito clínico, resaltando sus principales propiedades psicométricas en sus versiones originales y sus adaptaciones al idioma español. Los instrumentos resaltados fueron el STAI, ISRA, FNE-SAD, LSAS y SIAS, además de dos relevantes, el ADIS-IV y MCMI-II, aunque con cualidades diagnósticas y formatos distintos de evaluación, se destacan por su reconocido soporte empírico. Entre las conclusiones se resaltó la necesidad de solventar las deficiencias de los mismos y la creación de nuevos instrumentos ajustados a la población colombiana.

Palabras claves: Ansiedad, autoinformes, propiedades psicométricas (consultadas en DeCS).

ABSTRACT

Anxiety is a multicomponent construct that involves personal adjustment dimensions (physical, cognitive and behavioral) and psychosocial (occupational, emotional, social), at different levels of adaptation. In adult population, it requires specific evaluation processes as well as to offer a more accurate support for promotion and prevention programs to be developed. The objective of this theoretical review was to provide a description most commonly used self-report instruments in the clinical setting, highlighting its main psychometric properties in their original versions and adaptations into Spanish. The highlighted instruments were STAI, ISRA, FNE, SAD, LSAS, SIAS, and two other relevant ones, the ADIS-IV and MCMI-II, although with different qualities and diagnostic evaluation formats, are noted for their recognized empirical support. This paper concludes among others with the need to solve the anxiety formats faults and the creation of evaluation processes. Also a few self-reports are recommended.

Key words: Anxiety, self-reports, psychometric properties (consultadas en MeSH).

*Ronald Alberto Toro Tobar es Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, docente e investigador de la Facultad de Psicología de la Universidad Manuela Beltrán, sede Bogotá D.C. (Colombia); Tania Yisela Nieto Charry, Nataly Mayorga Torres y Lina Marcela Montaña Gómez son Psicólogas en formación de la Facultad de Psicología de la Universidad Manuela Beltrán, sede Bogotá D.C. (Colombia).

La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse al Email de Contacto tororonald@gmail.com o a la Avenida Circunvalar #60-00 Bogotá, Colombia. Tel. 57(1)5460600 Ext. 1107

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una emoción normal que forma parte de los mecanismos básicos de supervivencia. Se constituye como una respuesta ante situaciones sorprendidas, nuevas o amenazantes (Cárdenas, Feria, Palacios & Peña, 2010; Barlow, 2002), y presenta reacciones conjuntas a nivel fisiológico, conductual y cognitivo, que suele generar un malestar significativo en los casos crónicos debido a que imposibilita el ajuste a diversos contextos, por lo general por la marcada evitación de las situaciones amenazantes, con evidente inhibición, estados aprehensivos, afecto negativo y percepciones exageradas de amenaza, muchas de ellas a nivel preatencional, un aspecto estudiado iniciado con los trabajos sobre emoción de James, Cannon desde hace muchas décadas, entre muchos otros (Otiniano, 2012; Barlow, 2002).

Autores como Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García y Oblitas (2008), afirman que la ansiedad es un trastorno psicofisiológico, que se experimenta ante la anticipación de una situación amenazante, sea ésta más o menos probable, de forma exagerada y desadaptativa. Aunque este sistema de respuestas ha funcionado de forma adaptativa debido a su alta carga evolutiva, los mecanismos motivacionales ponen en marcha un dispositivo de alerta ante estímulos o situaciones que son potencialmente agresoras o amenazantes, presente de diversas maneras (lucha, escape y congelamiento) y en diversos niveles de intensidad (Öhman, 1996; 1999; Lang, Davis & Öhman, 2000); aspecto que hace relativa la experiencia de la respuesta ansiosa, de acuerdo con el estímulo y la valencia del mismo.

Es reconocido que la capacidad de afrontamiento de la ansiedad varía según cada sujeto, es decir, depende del funcionamiento físico, el afrontamiento y la duración e intensidad del periodo experimentado (Gantiva, Luna, Dávila & Salgado, 2010), los cuales son en conjunto, los problemas psicológicos más frecuentes en todos los grupos de edades, al igual que los problemas

afectivos como la depresión (Montorio, Benítez, Losada & Márquez, 2001). Por ejemplo en Colombia, en el estudio llevado a cabo por la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca por Posada, Buitrago, Medina y Rodríguez (2006), encontraron entre los 18 y los 65 años de edad que un 19.3% de la población encuestada presentó alguna vez un trastorno de ansiedad, donde un 21.8% eran mujeres; la fobia específica fue la de mayor prevalencia con un 24% seguido de la fobia social con un 5%; las edades de inicio fueron de 7 años para la fobia específica, 13 años para la fobia social y 28 años para el estrés postraumático. Se resaltó el 6.7% presente en la capital del país. Asimismo, los trastornos de ansiedad son una relevante problemática de salud pública debido a los elevados porcentajes de recaída identificados (v.g. Ministerio de Protección Social/Fundación FES-Social, 2005).

Igualmente, Montorio, Benítez, Losada y Márquez (2001) reportaron que alrededor del 14.4% de los problemas emocionales son los que mayor incidencia tienen en la población mayor, con un 11.3% para trastornos de ansiedad (destacan la ansiedad generalizada con un 7.2%), con una comorbilidad del 57.1% con trastornos del estado de ánimo, en especial la depresión. Además, un 70% de las personas que han presentado dos episodios depresivos mayores tendrán un tercero y el 90% que ha experimentado tres episodios, tendrán probablemente otro. Este estudio sobre prevalencia de problemas ansiosos y depresivos en personas mayores, concluyeron que los trastornos de ansiedad suponen un importante problema clínico entre esta población, debido a su cronicidad y solapamiento con la depresión (Schneider & Heuft, 2012; Montorio, Benítez, Losada & Márquez, 2001), donde aspectos claves para futuras investigaciones se han asociado a la marcada tendencia a la preocupación y el insomnio (v.g. Folks & Fuller, 1997), presencia de fobias específicas (v.g. Lindsay, 1991), riesgos de fractura asociados (v.g. Gale, Dennison, Edwards, Sayer & Cooper, 2012), así como consecuencias sintomáticas derivadas del

consumo de diversos medicamentos (v.g. Schneider & Heuft, 2012).

También, el funcionamiento cognitivo (memoria) y los estados afectivos han tenido especial atención esta problemática en adultos (v.g. Balash, Mordechovich, Shabtai, Giladi, Gurevich & Korczyn, 2012). Por ejemplo, investigaciones relacionadas han buscado identificar los factores asociados a los síntomas ansiosos, demostrando que factores como el género femenino, rangos de edad, estatus socioeconómico, nivel educativo, ubicación urbana, suelen ser inversamente proporcionales a la presencia de síntomas ansiosos (Mehta, Simonsick, Penninx, Schulz, Rubin, Satterfield *et al* 2003; Himmelfarb & Murrell, 1984).

Estos resultados se constituyen como parte de los elementos claves para la explicación de la aparición de estos problemas emocionales, principalmente para el posterior desarrollo de programas que apunten a las mejoras en la detección de los factores de riesgo, la aparición de la psicopatología ansiosa y el mismo curso del tratamiento, ya sea con programas de prevención y promoción de salud mental, razón por la cual se hace necesario presentar como parte de un estudio en factores de vulnerabilidad en trastornos ansiosos y depresivos, una revisión del material psicométrico vigente y reconocido por la comunidad científica, en cuanto a su utilidad clínica y sus propiedades psicométricas, lo que puede constituirse como el punto inicial de las medidas sintomáticas y la identificación de factores de riesgo propios en la población adulta, además de ser la clave para un adecuado proceso de intervención para los casos patológicos y comórbidos (Toro & Ochoa, 2011). Por ello, a continuación se presentan los instrumentos de los instrumentos de auto-reporte más utilizados con que se cuenta para evaluar la ansiedad en población adulta en el contexto iberoamericano.

Instrumentos de auto-reporte para la medición y evaluación de la ansiedad

Los instrumentos más reconocidos en el contexto clínico actual para la evaluación de los trastornos de ansiedad, se han caracterizado por su

rigurosidad tanto en su construcción como su adaptación al territorio nacional, puesto que además de evaluar las manifestaciones cognoscitivas, emocionales y verbales identificadas en el sujeto, buscan aquellas respuestas claramente objetivables como medida, según metodologías diagnósticas, los índices de validez de constructo, criterio y las correlaciones que indican los niveles de confiabilidad a nivel predictivo (Conde, Orozco, Báez, & Dallos, 2009).

En primer lugar, la ansiedad ha sido la respuesta emocional más estudiada en la historia de la psicología, al igual que el grupo de instrumentos más amplio con los que actualmente se cuenta (Piqueras *et al* 2008), puesto que hace parte de un extenso cuerpo investigativo, que busca establecer las dimensiones de este constructo, sea como un rasgo permanente (por ejemplo en muchos casos de ansiedad generalizada), o como estado transitorio (por ejemplo la mayoría de las fobias específicas aprendidas por condicionamientos clásicos) (Barlow, 2002; Millon & Davis, 2000; Spielberger, Lushene & Mcadoo, 1971). Uno de los principales trabajos han sido los orientados al desarrollo del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo -STAI, State-Trait Anxiety Inventory- (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970), el cual incluye dos formas de cuestionarios autoaplicados; uno para la evaluación de los rasgos de ansiedad (STAI-R) y otro para la evaluación de estados de ansiedad (STAI-E). En el estudio de las propiedades psicométricas elaborado por Agudelo, Casadiegos y Sánchez (2008), reunieron una muestra de 1036 adultos, para realizar un análisis del instrumento, reportaron una adecuada consistencia interna que oscila entre .90 y .93 para la escala de *estado*, y .84 y .87 para *rasgo*.

También se le realizó una reducción factorial, con la que se obtuvo resultados similares a los de la adaptación original; además, se comprobó la existencia de funcionamiento diferencial de ítem por sexo, donde únicamente una de las cuarenta preguntas mostró problemas (Guillen & Buella, 2011). Con estos resultados y

de forma general se observa que el STAI mantiene unas adecuadas propiedades psicométricas y que además, ha sido sensible al aumento de estímulos ambientales que producen estrés. Un interesante trabajo publicado por Kabacoff, Segal, Hersen y VanHasselt (1997), muestra las útiles propiedades psicométricas diagnósticas en pacientes en adultez tardía, que al igual que el BAI (Inventario de Ansiedad de Beck), pueden servir de tamizaje y predicción de trastornos de ansiedad en adultos mayores.

Sin embargo, los estudios sobre la validez y confiabilidad del STAI en población latina, son escasos. Por ejemplo, Castrillón y Borrero (2005a y 2005b), realizaron un análisis de la validez estructural y confiabilidad del STAIC, para niños entre 8 y 15 años de Medellín, donde reportaron sólidos índices de asimetría, validez y confiabilidad del instrumento adaptado. Por otra parte es de destacar que el Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAIC), adaptado con población de la ciudad de Medellín (Antioquia), tiene las condiciones para ser aplicada en otras regiones de Colombia con mayor capacidad discriminativa que la prueba que tiene estandarización y adaptación española.

A su vez, Perpiñá, Richart y Cabañero (2011), analizaron la confiabilidad y validez de una versión corta del STAI en Alicante (España), administrando los dos cuestionarios, los adaptados a la población española y además la versión corta del mismo instrumento con sólo siete ítems. También se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudio) y clínicas de los pacientes (diagnóstico médico, antecedentes de trastornos psicológicos y número de días de estancia en el hospital), lo que llevó a la conclusión de que la versión corta del STAI estado muestra buenas propiedades métricas en pacientes respiratorios hospitalizados, es decir, su alfa de Cronbach que es de .89 correlaciona positivamente con la escala original ($r = .90$; $p = .01$) y mantiene la estructura factorial de esta última (mitad de ítems de ansiedad presente y la otra mitad de ansiedad ausente).

Otro instrumento conocido por su utilidad clínica es el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA (Miguel-Tobal &

Cano-Vindel, 1986, 1988, 1994), el cual con un formato Situación-Respuesta, evalúa la frecuencia con que se manifiestan tanto respuestas cognitivas (pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, etc.), fisiológicas y motoras (índices de agitación motora) de ansiedad ante distintas situaciones (de evaluación, interpersonales, fóbicas y de la vida cotidiana) (Pérez & Redondo, 2002), basado en los modelos teóricos interactivos multidimensionales de la ansiedad (Endler, 1973) y el modelo de la triple respuesta (Lang, 1968). Posee 224 ítems para 22 situaciones y 24 respuestas (escala de frecuencia de 5 puntos, 0 es casi nunca y 4 casi siempre), más una situación de respuesta abierta, con una duración de aplicación de 50 minutos aproximados. La calificación arroja cuatro factores que permite establecer diferencias individuales: evaluación (F1), interpersonal (F2), fóbica (F3) y situaciones de la vida cotidiana (F4), con una puntuación final de ansiedad general con respecto a una población de referencia.

Martínez *et al* (1995) afirman que el ISRA posee destacables propiedades psicométricas relativas a su validez convergente, así como a su capacidad de discriminación, tanto entre grupos con diversos trastornos de ansiedad como entre ansiedad y depresión. También ha demostrado utilidad en la valoración de los factores emocionales asociados a diversas patologías en las que la ansiedad juega un destacado papel etiológico. Además, puede ser útil para determinar la frecuencia de respuesta de los sujetos ante situaciones potencialmente ansiosas. Cano-Vindel y Miguel-Tobal (1999), resaltaron en su revisión del instrumento una consistencia interna entre .92 y .99 en la versión española; una validez convergente de .69 con el MAS (Taylor, 1953) y .64 con el STAI (Spielberger, Gorsuch & Luchene, 1970), con suficiente evidencia de una fuerte estructura factorial, la cual con tres factores explica el 64.7% de la varianza total con 1209 sujetos.

Del mismo modo, la Escala de Temor a la Evaluación Negativa (Fear of Negative Evaluation Scale, FNE; Watson & Friend, 1969) es un instrumento recomendado para la medición de la ansiedad en situaciones sociales. Fue diseñada

para medir el grado en que las personas se preocupan por las evaluaciones negativas que los demás puedan hacer de ellos; evalúa expectativas, aprehensión, malestar y evitación de situaciones sociales, con ítems tipo falso y verdadero, algunos invertidos semánticamente. Entre sus propiedades psicométricas ha demostrado una adecuada confiabilidad (consistencia interna .94 y test-retest .78), en cuanto a las puntuaciones, una elevada indica marcado temor a la evaluación negativa, mientras que una baja indica una falta de temor hacia las evaluaciones de los demás, aunque no necesariamente el deseo de ser evaluado positivamente (Inglés, Méndez, Hidalgo, & Orgiles, 2003). En Colombia fue adaptado por Chávez y Castaño (2008), con un alfa de .66 (n=471), un alfa bajo tal vez por las características psicométricas del uso de ítems negativos.

Una versión breve del FNE fue desarrollada por Leary (1983), llamada BFNE (Brief Fear of Negative Evaluation Scale), está compuesta por 12 ítems de verdadero y falso, presentó una consistencia interna de .90 con una correlación de .96 con la FNE, y una confiabilidad test retest de .75 para 4 semanas después. En el estudio publicado por García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner (2001), los coeficientes de consistencia interna y de fiabilidad test-retest encontrados por fueron de .94 y .84 respectivamente para España.

Asimismo, se encuentra la Escala de Evitación y Malestar Social (Social Avoidance and Distress Scale, SAD; Watson & Friend, 1969), la cual tiene como objetivo evaluar la aversión de las personas hacia las interacciones sociales y la ansiedad experimentadas en las mismas, que se constituyen como indicadores de presencia de fobia social, aunque una elevada puntuación en el SAD no es determinante en el diagnóstico de esta patología. Los valores propuestos por Watson y Friend (1969) oscilan para *bajo* entre 4 o menos para hombres y 0 para mujeres, *intermedio* entre 4-19 para hombres y 1-16 para mujeres, y *alto* más de 20 para hombres y más de 17 para mujeres. El formato incluye 28 ítems, con dos posibilidades de respuesta (verdadera o falsa). La mitad de ellos corresponde al malestar subjetivo

en situaciones sociales y otra a la evitación activa o deseo de evitar dichas situaciones. Las medidas en la SAD en muestras españolas, fueron de 11.20 y 8.24 para los hombres y mujeres respectivamente, con una excelente consistencia interna de 0.94 y una buena fiabilidad teste-retest de cuatro semanas de .68 (García-López, Olivares & Vera, 2003; Zubeidat, Fernández & Sierra, 2006). En la adaptación para Colombia (Chávez & Castaño, 2008), con 471 personas se obtuvo un alfa de .85 y una puntuación media de 9 y una desviación típica de 5, resultados similares al de otros estudios con este instrumento, lo que lo hace recomendable para su uso en el territorio nacional.

Otro de los instrumentos recomendados para la evaluación de la ansiedad social es la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS, siglas en inglés; Liebowitz, 1987), incluye 24 reactivos que evalúan la interacción y ejecución en situaciones sociales por medio de dos subescalas: miedo y evitación. Es un instrumento útil para medir los efectos de tratamientos en estudios controlados, incluso en ensayos farmacológicos. La manera de diligenciarlo es marcando en una escala de 0-3 en grado de temor y el de evitación, puntuaciones que al final se suman por separado y una total máxima de 144, donde 55 o menos indican muy poca ansiedad social, 55-65 ansiedad social moderada, 65-80 significativa ansiedad social, 80-95 ansiedad social grave, y más de 95 es un indicador de ansiedad social patológica. La versión en español de la LSAS adaptada por Bobes, Badía, Luque, García, González y Dal-Ré (1999), obtuvo una consistencia interna superior a .72, y una validez discriminante de .95, y una confiabilidad test-retest de .82 (v.g. Zubeidat, Fernández, & Sierra, 2006).

Por esta misma línea, la escala de Ansiedad de Interacción Social (SIAS), propuesta por Mattick y Clarke (1989), basada en los criterios del DSM-III-R (APA, 1987) para la fobia social, tiene como objetivo medir las respuestas de ansiedad ante las interacciones sociales, tanto miedos a ser juzgados durante la ejecución como los miedos presentes durante la relación social. Esta escala está compuesta por 20 ítems que se

contestan en una escala tipo Likert de 5 puntos (entre 0 -Nada característico de mí- y 4- Totalmente característico de mí-). En cuanto a sus propiedades psicométricas tiene una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach .93) y un coeficiente de correlación test-retest superior a .90; además, en población adolescente española obtuvo una consistencia interna de .88 (Zubeidat *et al*, 2007). La SIAS es útil para detectar o distinguir los casos patológicos de fobia social, agorafobia, ataques de pánico y los niveles normales de ansiedad o miedo en las interacciones sociales (Buckner, & Schmidt, 2009; Zubeidat, Fernández & Sierra, 2006). Igualmente, se ha demostrado que esta escala identifica correctamente al menos un 86% de los sujetos con fobia social cuando se comparan éstos con una muestra comunitaria o con personas con diferentes trastornos mentales frente a un grupo control (véase Zubeidat, Fernández & Sierra, 2006 para una revisión detallada sobre las cualidades de discriminación de la SIAS entre los individuos con fobia social generalizada y los que tienen miedo a hablar en público).

Dos reconocidas herramientas de evaluación anexos para la Ansiedad

Entre otros de las herramientas más utilizadas para la evaluación de los signos y síntomas de la ansiedad se encuentran las entrevistas estructuradas y semiestructuradas, las cuales permiten al clínico obtener unas medidas objetivas y apoyo diagnóstico en los casos patológicos. En los trastornos de ansiedad, uno de los más usados es el ADIS-IV (Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV) elaborada por Brown, Di Nardo y Barlow (1994), la cual es una entrevista semiestructurada heteroaplicada que realiza una evaluación de los trastornos de ansiedad y sus trastornos comórbidos más comunes como son los del estado de ánimo, abuso y dependencia de sustancias, trastornos somatomorfos, entre otros; también es recomendada para evaluar efectividad de tratamientos, basados en los indicadores cualitativos del trastorno identificado. El formato de aplicación contiene ítems dicotómicos (sí-no), escalas de 0-8 puntos, y espacios de

diligenciamiento con preguntas abiertas de interés clínico específico, para cada trastorno de ansiedad según DSM-IV.

Para citar algunos estudios llevados a cabo con este instrumento, está el trabajo realizado por Buckner y Schmidt (2009), en el cual utilizaron el ADIS-IV para determinar trastornos de conducta y ansiedad, concluyeron que esta entrevista muestra ser una medida válida y fiable. Este instrumento tiene una confiabilidad test-retest reportada en diversos estudios que van desde .68 hasta 1, y $k = .64$ para correlaciones con entrevistas diagnósticas pares con jueces (DiNardo, Brown, Lawton & Barlow, 1995), recomendada para profesionales con enfoques de tratamiento cognitivo conductual. DiNardo, Moras, Barlow, Rapee y Brown (1993), con 267 pacientes en la versión anterior ADIS-R basada en los criterios diagnósticos presentes en el DSM-III-R (APA, 1987), encontraron una alta confiabilidad diagnóstica para la fobia simple, fobia social y trastorno obsesivo compulsivo, además para el trastorno de pánico en casos de alta evitación agorafóbica; aunque débiles indicadores para la ansiedad generalizada.

Igualmente, uno de los instrumentos más representativos que se han diseñado, ha sido el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (1997) - MCMI- segunda versión, el cual, sustentado en la teoría evolutiva planteada por el mismo Millon (Millon & Davis, 2000) buscó una comprensión integradora de la persona y no un agregado de diagnósticos, donde el concepto de “normalidad” y “patología” son relativos, al estar en un continuo en varios niveles de ajuste, con los mismos principios y mecanismos de desarrollo, cuya diferencia a partir de rasgos básicos, está en que los sujetos normales son flexibles cuando se adaptan a su entorno y los individuos patológicos, suelen ser más rígidos con un permanente despliegue de conductas desadaptativas.

Como resultado de la descripción de cada prototipo de personalidad, propuso un sistema de clasificación para el manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales en la década de los ochentas -DSM- (APA, 1980; citado por Mayes & Horwitz, 2005), de acuerdo con las polaridades que representan excesos o déficits, al

igual que las estrategias defectuosas que llegan a afectar el desenvolvimiento del sujeto en un medio cultural particular (v.g. los trastornos de personalidad), muchas veces de forma crónica y no reconocida por la persona (Millon & Davis, 2000).

Con base en lo anterior, el instrumento diseñado por Millon (1997), el Inventario Multiaxial Clínico de Millon -MCMI-II-, es un cuestionario basado en el DSM-IV y el modelo citado, que permite establecer con precisión y economía de recursos, un continuo entre aspectos funcionales y disfuncionales de la personalidad; posee un confiabilidad test-retest de dos semanas de .6 y .89 resultados no muy favorables, al igual que las correlaciones con el MMPI (Inventario Multifásico de Minnesota), pero de enorme utilidad clínica según distintos reportes de casos clínicos, luego de la interpretación según el modelo multiaxial, específicamente el eje I y II hechos en la validación española -validez de criterio-.

Este inventario contiene cinco escalas que son las de validez y tendencia de respuesta, trastornos de personalidad de gravedad leve, trastornos de personalidad de gravedad patológica, síndromes clínicos de gravedad moderada, y síndromes clínicos de alta gravedad, con un total de veintidós escalas clínicas y tres de validez y de tendencia de respuestas; medidas a través de 175 ítems dicotómicos (respuesta Verdadero- Falso), y un tiempo promedio de aplicación de 20 a 25 minutos (Millon, 1997). Las subescalas clínicas de interés para la evaluación de la ansiedad corresponden a los *Síndromes clínicos* la *ansiedad*, *histeriforme*, *hipomanía*, *neurosis depresiva* (distimia), *abuso de alcohol* y *abuso de drogas* (Millon, 1997), en un formato que exige una edad mínima de 17 años y una comprensión lectora mínimo de 8 años. En cuanto a las puntuaciones para estas subescalas, un puntaje mayor de 85 es un indicador de graves síntomas patológicos en los *síndromes clínicos de gravedad moderada*; un puntaje mayor de 74 puede ser indicador de perturbación psicótica en las escalas de *síndromes clínicos graves*.

Conclusiones

La ansiedad es un complejo de respuestas adaptativas común entre todas las personas, aunque cuando estas respuestas se convierten en problemáticas e interfieren con el desempeño psicosocial del individuo, se debe iniciar un proceso de evaluación que involucre una indagación de aquellas áreas afectadas (personal, emocional, social, etc.) para determinar la presencia de una ansiedad clínica o patológica. Esta valoración se trata entonces de un proceso en el cual se debe tener en cuenta que la observación y reporte del paciente, no son suficientes para obtener un panorama de la psicopatología que éste padece, y de igual manera, una vez iniciada la intervención, es indispensable para verificar de forma permanente el curso del tratamiento elegido. Para ello, es necesario complementar con diferentes instrumentos que permitan al clínico diferenciar los tipos de trastornos de ansiedad, teniendo en cuenta que no se presenta de igual manera en todos los sujetos, con los mismos niveles de intensidad y ante distintos estímulos.

Así, en primer lugar se debe disponer de instrumentos que permitan diferenciar ansiedad rasgo y estado antes del diagnóstico, donde se ha recomendado usar una evaluación de rasgo (v.g. STAI-R) como base de las características estables del sujeto para establecer las herramientas psicoterapéuticas ajustadas a las características personales específicas, y también usar medidas específicas para los síntomas físicos actuales (v.g. STAI-E, ISRA, BAI, FNE, BFNE, LSAS-miedos-, SIAS). Además, es recomendable usar medidas específicas para el componente de evitación (v.g. ISRA-factor 4-, SAD, LSAS-evitación-), el cual es transversal a todos los trastornos de ansiedad. Es relevante mencionar que para el caso de las fobias sociales, se debe propiciar un espacio de evaluación de la terna evitación, malestar y cogniciones, muchos de esos componentes pueden identificarse con rapidez con instrumentos como el ADIS-IV y el MCMI-III, puesto tienen interesantes propiedades diagnósticas, discriminatorias y distintos formatos de obtención de información.

Para finalizar, es indispensable reconocer que aún falta por desarrollar mucha más investigación en torno al constructo de ansiedad, sus dimensiones y sus usos clínicos, así como instrumentos propios ajustados a las características poblacionales como el sexo y la edad, y culturales como el idioma, comportamientos prosociales y aquellos relacionados con el éxito versus fracaso, es decir desarrollar nuevos estudios que aporten propiedades psicométricas de los instrumentos de auto-reporte en cuanto a su validez de constructo, convergente, discriminante, así como adecuados índices de confiabilidad varias semanas después de su uso. De igual forma, disponer de las propiedades muestrales de los instrumentos, que sean posteriormente adaptados al contexto nacional, las cuales son de suma utilidad para futuros estudios en torno a este incapacitante problema actual no solamente en población adulta.

REFERENCIAS

- Agudelo, D., Casadiegos, C. & Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
- American Psychiatric Association, APA (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM (3th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association, APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association, APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM (4th ed., text revision)*. Washington, DC: Author.
- Balash, Y., Mordechovich, M., Shabtai, H., Giladi, N., Gurevich, T. & Korczyn, A.D. (2012). Subjective memory complaints in elders: depression, anxiety, or cognitive decline? *Acta Neurológica Scandinavica*. doi: 10.1111/ane.12038.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: The Guilford Press.
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M. & Dal-Ré, R. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica*, 112(14), 530-538.
- Buckner, J. & Schmidt, N. (2009). Trastorno de ansiedad social y problemas por consumo de marihuana: El papel mediador de los efectos esperados de la marihuana. *Revista de Toxicomanías*, 57, 3-11.
- Brown, T.A., Di Nardo, P.A. & Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Adult Version*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Cano-Vindel, A. & Miguel-Tobal, J.J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Psicología Contemporánea*, 6(1), 14-21.
- Castrillón, D. & Borrero, P. (2005a). Validez estructural y confiabilidad del inventario de ansiedad estado - rasgo (STAIC) para la valoración de la ansiedad en niños escolarizados entre los 8 y 15 años de la ciudad de Medellín, Colombia. *Suma Psicológica*, 12(1), 47-60.
- Castrillón, D. & Borrero, P. (2005b). Validación del inventario de ansiedad estado- rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(5), 79-90.
- Conde, C., Orozco, L., Báez, A. & Dallos, M. (2009). Aportes fisiológicos a la validez de criterio y constructo del diagnóstico de ansiedad según entrevista psiquiátrica y el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) en una muestra de estudiantes universitarios colombianos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 262-278.

- Chaves, L., & Castaño, C. (2008). Validación de las escalas de evitación, ansiedad social y temor a la evaluación negativa en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(2), 65-76.
- DiNardo, P.A., Brown, E.L., Lawton, J.K. & Barlow, D.H. (1995). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Lifetime Version: Description and initial evidence for diagnostic reliability*. Paper presented at The Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Washington, D.C.
- DiNardo, P.A., Moras, K., Barlow, D.H., Rapee, R.M. & Brown, T.A. (1993). Reliability of DSM-III-R Anxiety Disorder Categories Using the Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R). *Archives of General Psychiatry*, 50(4), 251-256.
doi:10.1001/archpsyc.1993.01820160009001.
- Endler, N.S. (1973). The person versus the situation a pseudo issue? A response to others. *Journal of Personality*, 41, 287-303.
- Folks, D.G. & Fuller, W.C. (1997). Anxiety disorders and insomnia in geriatric patients. *The Psychiatric Clinics of North America*, 20(1), 137-164.
- Gale, C.R., Dennison, E.M., Edwards, M., Sayer, A.A. & Cooper, C. (2012). Symptoms of anxiety or depression and risk of fracture in older people: the Hertfordshire Cohort Study. *Archives of Osteoporosis*, 7(1-2), 59-65. doi: 10.1007/s11657-012-0080-5
- Gantiva, C.A., Luna, A.L., Dávila, A.M. & Salgado, M.J. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 4(1), 63-70.
- García-López, L.J., Olivares, J., Hidalgo, M.D., Beidel, D.C. & Turner, S.M. (2001). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale and the Social Avoidance Distress Scale in an adolescent Spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51-59.
- García-López, L.J., Olivares, J. & Vera, P. (2003). Fobia social: Revisión de los instrumentos, de evaluación validados para población de lengua española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 151-160.
- Guillén, A. & Buela, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Himmelfarb, S. & Murrell, S.A. (1984). The prevalence and correlates of anxiety symptoms in older adults. *The Journal of Psychology*, 116(2), 159-167.
- Kabacoff, R.I., Segal, D.L., Hersen, M.H. & VanHasselt, V.B. (1997). Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck Anxiety Inventory and the state-trait anxiety inventory with older adult psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(1), 33-47.
- Inglés, C.J., Mendez, F.X., Hidalgo, M.D., Rosa, A.I. & Orgiles, M. (2003). Cuestionarios, inventarios y escalas de ansiedad social para adolescentes: una revisión crítica. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 1-21.
- Lang, J.P. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J.M. Shilen (ed.). *Research in psychotherapy, vol III*. Washington: American Psychological Association.
- Lang, P.J., Davis, M., & Öhman, A. (2000). Fear and anxiety: Animal models and human cognitive psychophysiology. *Journal of Affective Disorders*, 61(3), 137-159.
- Leary, M.R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.

- Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Lindesay, J. (1991). Phobic disorders in the elderly. *British Journal of Psychiatry*, 159, 531-541.
- Martínez, F., Cano, A., Castillo, P., Sánchez, A., Beatriz, S. & Gordillo, E. (1995). Una Escala Reducida de Ansiedad basada en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.): Un estudio exploratorio. *Anales de Psicología*, 11(1), 97-104.
- Mattick, R.P. & Clarke, J.C. (1989). *Development and validation of measures of social phobia scrutiny fears and social interaction anxiety*. Unpublished manuscript.
- Mayes, R. & Horwitz, A.V. (2005). "DSM-III and the revolution in the classification of mental illness". *Journal of the History and the Behavioral Sciences*, 41(3), 249-267. doi:10.1002/jhbs.20103.PMID 15981242.
- Mehta KM, Simonsick EM, Penninx BW, Schulz R, Rubin SM, Satterfield S, Yaffe K. 2003. Prevalence and correlates of anxiety symptoms in well-functioning older adults: findings from the health aging and body composition study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 499-504.
- Ministerio de la Protección Social & Fundación FES-Social, (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003*. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/MSContent/NewsDetail.asp?ID=12634&IDComp-any=24> [consulta junio de 2007]
- Millon, Th. (1997). MCMII-II. *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II*. Madrid: TEA.
- Millon, Th. & Davis, R. (2000). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV (3.ª edición)*. Barcelona: Masson.
- Montorio, I., Benítez, N., Losada, A. & Márquez, M. (2001). Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Mapfre Medicina*, 12(1), 19-26.
- Otiniano, F. (2012). *Validez de constructo y eficacia diagnóstica de las escalas depresión mayor y trastorno de ansiedad del Inventario Clínico Multiaxial de MILLON III (MCMII-III)*. Tesis de grado no publicada para optar por el título de Licenciada en Psicología de la Universidad Católica de Perú. Consultado en septiembre de 2012. Disponible en http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/1479/OTINIANO_CAMPOS_FIORELLA_VALIDEZ_CONSTRUCTO.pdf?sequence=1
- Öhman, A. (1996). Preferential pre-attentive processing of threat in anxiety: Preparedness and attentional biases. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders*. New York: Guilford Press.
- Öhman, A. (1999). Distinguishing unconscious from conscious emotional processes: Methodological considerations and theoretical implications. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion*. Chichester, England: Wiley.
- Perpiñá, J., Richart, M. & Cabañero, M. (2011). Fiabilidad y validez de una versión corta de la escala de medida de la ansiedad STAI en pacientes respiratorios. *Archivos de Bronconeumología*, 47(4), 184-189.
- Pérez, M. & Redondo, M. (2002). Intervención cognitivo-conductual en un caso de fobia social y trastorno de angustia con agorafobia. *EduPsykhé* 1(1), 115-138.
- Posada, J., Buitrago, J., Medina, Y. & Rodríguez, M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. *Publicación Científica*, 4(6), 33-41.
- Schneider, G. & Heuft, G. (2012). Anxiety and depression in the elderly. *Zeitschrift*

- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 58(4), 336-356.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (1970). *STAI manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C. D., Lushene, R. E. & Mcadoo, W.G. (1971). Theory and measurement of anxiety states. En: Cattell, R.B(comp.). *Handbook of Modern Personality*. Chicago, ed. Aldine.
- Taylor, J.A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 285-290.
- Tobal, J.J. & Vindel, A. (1986). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA-*. Madrid: TEA.
- Tobal, J.J. & Vindel, A. (1988). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA-*. (Segunda edición revisada con inclusión de rasgos específicos de ansiedad) Madrid: TEA.
- Tobal, J.J. & Vindel, A. (1994). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA-*. (Tercera edición ampliada con nuevos estudios psicométricos y nuevos baremos) Madrid: TEA.
- Toro. R.A. & Ochoa, D.C. (2011). Evaluación y formulación de caso para los trastornos de ansiedad en Colombia. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología* 4(1), 7-12.
- Zubeidat, I., Fernández, A. & Sierra, J. (2006). Ansiedad y fobia social: Revisión de los autoinformes más utilizados en población adulta e infanto-juvenil. *Terapia Psicológica*, 24(1), 71-86.
- Zubeidat, I., Fernández, A., Sierra, J. & Salinas, J. (2007). Ansiedad social específica y generalizada: ¿variantes del mismo trastorno o categorías diferentes con características similares? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 709-724.
- Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal and Consulting and Clinical Psychology*, 103, 18-31.