



# **UNIVERSIDAD DE PALERMO**

Facultad de Humanidades  
y Ciencias Sociales

**TFI:** “Calidad de Vida, Valoración y Afrontamiento  
en Personas con Trastornos de Ansiedad”

**Tutora:** *María Laura Lupano*

***Silvia Rocío Abelleira***

## ÍNDICE

### 1- INTRODUCCIÓN

### 2- OBJETIVOS

#### 2-1- Objetivos Generales

#### 2-2- Objetivos Específicos

### 3- MARCO TEÓRICO

#### 3.1- Ansiedad

3.1.1- Conceptos Básicos. Ansiedad normal / Ansiedad patológica

3.1.2- Ansiedad en la Actualidad

3.1.3- Ansiedad y Género

3-1-4- Epistemología. Roles. Predisposición en la actualidad según ocupación

#### 3.2- Trastornos de Ansiedad

3-2-1- Manifestaciones Sintomatológicas de la Ansiedad

3-2-2- Trastorno por Pánico

3-2-3- Trastorno de Ansiedad Generalizada

3-2-4- Fobia Específica

3-2-5- Ansiedad Social

3-2-6- Trastorno de Estrés Post Traumático

3-2-7- Trastorno Obsesivo Compulsivo

3-2-8- Generalidades

#### 3.3- Valoración y Afrontamiento

3.3.1- Conceptos Básicos del Estrés

3.3.2- Concepto de Valoración y Afrontamiento

3.3.3- Valoración y Estilos de Afrontamiento frente a situaciones estresantes

3.3.4- Valoración, Afrontamiento y Ansiedad

3.3.5- Afrontamiento y Género

### **3.4- Concepto de Calidad de Vida**

3.4.1- Conceptos Básicos

3.4.2- Antecedentes del concepto de Calidad de Vida

3.4.3- Indicadores para evaluar Calidad de Vida según Mezzich

3.4.4- Calidad de Vida y Ansiedad

## **4- METODOLOGÍA**

**4.1- Tipo de Estudio**

**4.2- Diseño**

**4.3- Instrumentos**

**4.4- Importancia**

**4.5- Procedimiento**

**4.6- Muestra**

## **5- RESULTADOS**

## **6- DISCUSIÓN**

## **7- CONCLUSIONES GENERALES**

## **8- REFERENCIAS**

## 1- INTRODUCCIÓN

La práctica de habilitación profesional V se realizó en el servicio de psiquiatría del Hospital [Privado y un centro integral clínico, docente y de investigación en salud mental con orientación cognitiva \( en adelante F\)](#). Los pacientes que ingresan al servicio pertenecen a la obra social PAMI.

La práctica constó de 320hs en un promedio de 15hs a 20hs semanales, que se han distribuido entre las siguientes actividades:

a) Los días miércoles por la mañana se concurría al hospital donde se realizaban actividades primordialmente clínicas, como observaciones presenciales de las entrevistas terapéuticas, se les administraba una batería de test a los pacientes, se realizaban informes psicodiagnósticos en base a esto, y se participó en el armado de un grupo psicoeducativo y de autoayuda semanal para pacientes con trastornos de ansiedad.

b) La concurrencia a la F. era los días lunes, jueves y viernes, y constaba de espacios de supervisión de casos, grupos de estudio, colaboración en la recolección de datos para futuras investigaciones, organización de charlas gratuitas a la comunidad sobre distintos temas de interés actual, organización y disertación en la V Jornada de Estrés y Ansiedad realizada en la UP, el armado de una base de datos para la recopilación de test administrados a pacientes desde el año 2004 y la organización de un grupo terapéutico para estudiantes con temor a exámenes.

Es a raíz de los grupos psicoeducativos y de autoayuda para pacientes con trastornos de ansiedad que surgió el interés por realizar el trabajo final de integración sobre dicha temática, muy común en la actualidad.

## **2- OBJETIVOS**

### **2-1- Objetivos Generales**

- 1) Determinar si existen diferencias entre personas con un alto nivel de ansiedad y personas con un bajo nivel de ansiedad, en cuanto a la calidad de vida, al estilo de valoración y afrontamiento.
- 2) Determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres con trastornos de ansiedad, en cuanto a la calidad de vida, al estilo de valoración y afrontamiento.

### **2-2- Objetivos Específicos**

- 1) Determinar si existen diferencias entre personas con un alto nivel de ansiedad y personas con un bajo nivel de ansiedad, en cuanto al bienestar físico.
- 2) Determinar si existen diferencias entre personas con un alto nivel de ansiedad y personas con un bajo nivel de ansiedad, en cuanto al bienestar psicológico/emocional.
- 3) Determinar si existen diferencias entre personas con un alto nivel de ansiedad y personas con un bajo nivel de ansiedad, en cuanto al cuidado personal y funcionamiento independiente.
- 4) Determinar si existen diferencias entre personas con un alto nivel de ansiedad y personas con un bajo nivel de ansiedad, en cuanto funcionamiento ocupacional.
- 5) Determinar si existen diferencias entre personas con un alto nivel de ansiedad y personas con un bajo nivel de ansiedad, en cuanto al funcionamiento interpersonal.
- 6) Determinar si existen diferencias entre personas con un alto nivel de ansiedad y personas con un bajo nivel de ansiedad, en cuanto a la percepción de apoyo social-emocional.
- 7) Determinar si existen diferencias entre personas con un alto nivel de ansiedad y personas con un bajo nivel de ansiedad, en cuanto a la percepción de apoyo estatal o de servicios.

- 8) Determinar si existen diferencias entre personas con un alto nivel de ansiedad y personas con un bajo nivel de ansiedad, en cuanto a la percepción de plenitud personal.
- 9) Determinar si existen diferencias entre personas con un alto nivel de ansiedad y personas con un bajo nivel de ansiedad, en cuanto a la percepción de plenitud espiritual.
- 10) Determinar si existen diferencias entre personas con un alto nivel de ansiedad y personas con un bajo nivel de ansiedad, en cuanto a la percepción global de la calidad de vida.
- 11) Determinar si existen diferencias entre personas con un alto nivel de ansiedad y personas con un bajo nivel de ansiedad, en cuanto a la valoración frente a una situación estresante.
- 12) Determinar si existen diferencias entre personas con un alto nivel de ansiedad y personas con un bajo nivel de ansiedad, en cuanto al estilo de afrontamiento frente a una situación estresante.
- 13) Determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres con trastornos de ansiedad, en cuanto al bienestar físico.
- 14) Determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres con trastornos de ansiedad, en cuanto al bienestar psicológico/emocional.
- 15) Determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres con trastornos de ansiedad, en cuanto al cuidado personal, funcionamiento independiente.
- 16) Determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres con trastornos de ansiedad, en cuanto al funcionamiento ocupacional.
- 17) Determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres con trastornos de ansiedad, en cuanto al funcionamiento interpersonal.
- 18) Determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres con trastornos de ansiedad, en cuanto a la percepción de apoyo social-emocional.
- 19) Determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres con trastornos de ansiedad, en cuanto a la percepción de apoyo estatal o de servicios.
- 20) Determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres con trastornos de ansiedad, en cuanto a la percepción de plenitud personal.
- 21) Determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres con trastornos de ansiedad, en cuanto a la percepción de plenitud espiritual.

- 22) Determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres con trastornos de ansiedad, en cuanto a la percepción global de la calidad de vida.
- 23) Determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres con trastornos de ansiedad, en cuanto a la valoración frente a una situación estresante.
- 24) Determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres con trastornos de ansiedad, en cuanto al estilo de afrontamiento frente a una situación estresante.

### 3- MARCO TEÓRICO

Autores como Seligman y Csikszentmihalyia (2000), plantean que en la disciplina de psicología, el foco siempre estuvo puesto en la patología; esto dio como resultado un modelo de ser humano carente de aspectos positivos, aquellos tendientes a mejorar la calidad de vida.

A la luz ya de la Psicología Positiva, dicho autor expresa que esta rama de la psicología se abocará a estudiar los aspectos saludables de los individuos y los sistemas sociales, ámbito que había sido relegado, ya sea, por el modelo médico que adopta la disciplina psicológica, o bien, por la necesidad de atender los trastornos, agudizada aún más, debido a la segunda guerra mundial.

Por su parte, ya en 1948, la sexta revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 6), de la Organización Mundial de la Salud, comienza a incluir el concepto de bienestar frente al concepto de enfermedad, con lo cual se empieza a prestar mayor atención a aquellos aspectos positivos de salud en la consideración del estado de salud – enfermedad de una persona, como un continuo.

Es a partir de esto que comienza a enfatizarse el concepto de *calidad de vida*, junto con una proliferación de instrumentos que van a intentar medirla.

Calidad de vida es un constructo de desarrollo reciente, más funcional y amplio que el de felicidad. Este concepto no solo hace referencia al tratamiento de las patologías, físicas o mentales, sino también a la promoción de la salud en una forma integral (Bulacio, 2004).

Haciendo referencia al aspecto subjetivo, Ferrans y Powers (2002), definen la calidad de vida como la sensación de bienestar que posee una persona proveniente de la satisfacción o insatisfacción en las áreas de la vida que son importantes para ella.

Actualmente, dicho concepto de calidad de vida se considera como una evaluación subjetiva que la persona hace respecto a su estado de salud dentro del contexto social y cultural en el que se encuentra.

Como es sabido, algunos autores plantean que los trastornos de ansiedad conllevan, no solo un sufrimiento psíquico, sino también, serias repercusiones en la calidad de vida de aquellas personas que los padecen. Pero, a la hora de hablar de ansiedad, se deberá hacer una distinción entre lo que en psicología se conoce como ansiedad normal y ansiedad patológica.

### **3.1- Ansiedad**

El estudio y conocimiento de la ansiedad es de fundamental importancia, ya que constituye uno de los componentes centrales de la mayor parte de los distintos trastornos psicológicos y psicosomáticos; más aún, son los trastornos de ansiedad los que representan el problema mental más frecuente de consulta en atención primaria de todos los trastornos psiquiátricos (Sandín & Chorot, 1993). Es frecuente además observar en la clínica, pacientes que consultan por otros temas o diferentes patologías que se ven acompañadas por trastornos de ansiedad. Es entonces necesario no solo hacer foco sobre tal vez en el principal motivo de consulta, sino también paralelamente tratar debidamente el trastorno de ansiedad.

#### **3.1.1- Conceptos Básicos. Ansiedad Normal / Ansiedad Patológica**

En general, suele pensarse la ansiedad como algo negativo, pero en realidad, la misma tiene una función primordial, que es la anticipación. La ansiedad es un fenómeno esencialmente humano, una emoción normal, que va a permitir al hombre anticipar las diversas situaciones, incluyendo los riesgos, relacionadas con la defensa o con el ataque y permite además vislumbrar proyectos y alcanzar metas futuras deseadas. Pero dichas funciones van a estar sesgadas y guiadas por los múltiples significados se le dan a las experiencias vividas y anticipadas propias y ajenas en el contexto en el que se vive (Bulacio, 2004).



Así como la ansiedad adaptativa o normal es movilizadora hacia objetivos y metas, la ansiedad desadaptativa o patológica es inhibitoria y no permite avanzar hacia las metas o proyectos. Más aún, la ansiedad genera mecanismos de evitación, que hace que la persona, en un primer momento sienta un cierto alivio, pero la siguiente vez que vuelva al punto que ha evitado, las sensaciones de frustración y sentimientos de nervios y rechazo serán cada vez peores, dado que se ha producido un aprendizaje de sensación de alivio con la evitación (Bulacio, 2004).

Es por ello que suele asociarse en algunos países, como en España, el término ansiedad con los términos miedo o angustia. En nuestro país, se estableció la distinción entre ansiedad, con predominio de componentes psíquicos y angustia con predominio de componentes físicos. Por otro lado, el término miedo estaría asociado a un estímulo externo amenazante identificable, mientras que el término de ansiedad, no estaría necesariamente asociado a algún estímulo concreto e identificable (Sandín & Chorot, 1993).

### 3.1.2- Ansiedad en la Actualidad

Para hablar de la ansiedad en la actualidad, es preciso una breve mención de la evolución del hombre desde tiempos prehistóricos y del estrés.

El estrés es algo necesario para vivir, nos permite activarnos y se da en todos los seres vivos. Los seres vivos buscan su adaptación al medio y el estrés es como primera medida una adaptación al medio que tiene como fin mantener el equilibrio u homeostasis (equilibrio interno). Mantener el equilibrio interno hace que el organismo no se muera. La adaptación está basada en cambios para sobrevivir, desde una célula hasta un ser humano. Las primeras adaptaciones son físicas y se van así complejizando los organismos y las funciones. En el ser humano, el Sistema Nervioso Periférico es similar al de todos los seres vivos, lo que se va modificando y complejizando en el hombre es el Sistema Nervioso Central. La adaptación del ser humano es más compleja, dado que no solo hace a la supervivencia, sino que hay mucho más que instintos y tiene otras necesidades humanas como la autorrealización, la ética, la estética, la espiritualidad, etc. Frente a esta cantidad de necesidades puede generarse un desbalance, por verse superada la capacidad de respuesta. Se va a producir una activación del organismo, que será inespecífica.

En la prehistoria se respondía con la estructura física a las demandas de supervivencia; a partir de la escritura comienza a haber una cultura que se puede transmitir más rápido y de diferente manera. Se comienzan a generar cambios culturales más acelerados y frecuentes, que ya no siguen el ritmo más lento de la evolución del cuerpo humano. Hoy en día somos genéticamente iguales al hombre de la prehistoria, pero lo que se modifica de manera absoluta es la cultura. La cultura cambia raudamente, pero el cuerpo genéticamente sigue respondiendo con activación física de la misma manera que en la prehistoria. Pero el hombre necesita de la cultura y en cada caso deberá ir adaptándose de la mejor manera. Frente a situaciones de estrés que exceden la capacidad de respuesta de cada persona, se podrá responder de diferentes maneras, ya sea con depresión, conductas de ira, irritabilidad, ansiedad. La forma acelerada en que se dan los cambios y la competencia instaurada en una sociedad capitalista, va a hacer que con frecuencia se desarrollen este tipo de patologías (Bulacio, 2010).

La ansiedad es uno de los modos de respuesta frente al estrés y tiene diferentes formas, expresado en diferentes trastornos. La ansiedad requiere de las funciones del pensamiento, es decir, es cognitiva. La ansiedad es un fenómeno humano que requiere de variables cognitivas superiores.

### 3.1.3- Ansiedad y Género

Algunos autores plantean que el género se manifiesta a partir de la construcción social que define lo masculino y lo femenino con base en las características biológicas determinadas por el sexo; representa aspectos subjetivos tales como los rasgos de la personalidad, las actitudes o los valores, y aspectos objetivos o fenomenológicos tales como las conductas y las actividades que diferencian a hombres de mujeres (Harold Estrada Montoya, 2009).

### 3-1-4 Epistemología. Roles. Predisposición en la actualidad

Castañeda (2007), hace una distinción y define que el sexo expresa diferencias biológicas, mientras que el género sirve para representar la elaboración cultural de esa diferencia, mediante la apariencia personal o el uso del pelo y la ropa, y afirma que el sexo se conserva, mientras que el género no.

El enfoque de género sostiene que una de las dimensiones de la desigualdad social es la relación entre mujeres y hombres, junto con otras, tales como la clase social, la etnia, la región de residencia o la edad, las cuales dependen de las circunstancias históricas, del lugar y del momento particular; la utilización de este enfoque enriquece los marcos explicativos del proceso de salud-enfermedad. A su vez cada cultura va a elaborar la diferencia sexual, hasta llegar a la feminidad y masculinidad y sus variaciones.

En muchos países, la articulación de las categorías género y salud ha sido reducida al conocimiento de la salud materno-infantil, al estudio de indicadores de morbilidad de mujeres y, en el mejor de los casos, a la descripción de diferencias de la salud de la mujer con respecto a las del varón. Se han asignado a mujeres y a hombres diferentes roles en la sociedad, los cuales, aunados con las diferencias biológicas, hacen que existan para las mujeres perfiles de salud diferentes a los de los hombres, lo que se ha dado en llamar *perfiles epidemiológicos de género*. En este sentido, habría una inclinación hacia determinadas patologías dependiendo del género y del estilo de vida / trabajo que se realice a lo largo de la vida de cada persona.

Los estudios sobre género y salud muestran la complejidad de las diferencias en salud entre mujeres y hombres e indican la relevancia de los factores sociales, tanto en el surgimiento y desarrollo de tales diferencias como en la salud de todas las personas.

Por otro lado, en un estudio realizado por Pilar Matud Aznar (2008) se plantea que, tradicionalmente, las mujeres han sido diagnosticadas con mayor frecuencia de problemas de salud mental que los hombres, aunque en la actualidad se ha constatado que las tasas de problemas mentales y conductuales no difieren en función del género. Sí parecen darse diferencias en el patrón y los síntomas de los trastornos, aunque existe otra variable que es la edad, que hace que varíen los síntomas (OMS, 2002). En la edad adulta se ha encontrado de forma consistente que es más probable que las mujeres tengan más ansiedad y depresión que los hombres, mientras que éstos presentan tasas más altas de trastornos de personalidad antisocial y de abusos de sustancias (Kessler & McLeod, 1981).

El estrés y el género son factores íntimamente implicados en salud, ya que desde la percepción o no de un determinado suceso como estresante, hasta las respuestas de afrontamiento, así como las implicaciones que en la salud tienen las respuestas ante

el estrés, van a variar de acuerdo al género y por ende de acuerdo al tipo de actividad que cada persona realiza (Barnett, Biener & Baruch, 1987).

Aunque en la mayoría de las investigaciones no se han encontrado diferencias de género en el número de sucesos vitales estresantes experimentados por mujeres y hombres, sí se han encontrado diferencias en otras medidas de estrés. Así, es más común que las mujeres citen como estresantes los sucesos relacionados con el cuidado de la familia y las tareas del hogar (Lee, 1999) y existe evidencia que suelen tener más estrés crónico que los hombres (McDonough & Walters, 2001). También se ha encontrado que es más probable que a las mujeres les afecte el estrés de los que les rodean, ya que tienden a estar más implicadas que los hombres en las redes sociales y familiares (Turner, Wheaton & Lloyd, 1995).

Incluso ya en adolescentes, según estudios realizados en México, se nota una mayor prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en las mujeres (excepto en fobias que es similar) (Benjet et al., 2009).

Otro estudio importante realizado por Samuels et al. (2008) plantean que existen diferencias entre hombres y mujeres que poseen TOC. En los hombres con TOC, la patología suele estar acompañada de tic y de ansiedad generalizada, en cambio en las mujeres con TOC, se observó una tendencia a la fobia social, TEPT, trastorno dismórfico corporal, comerse las uñas o sacarse la piel de diferentes partes del cuerpo.

### **3.2- Trastornos de Ansiedad**

Como se dijo anteriormente, la ansiedad es una de las tantas formas que tiene la persona de responder ante el estrés. Frente al mismo, también se podría responder con depresión, conductas de ira o de una manera adaptativa, todo depende del set cognitivo de la persona.

La respuesta de ansiedad, por ser un síntoma, puede formar parte de numerosos cuadros clínicos o ser el núcleo de los llamados trastornos de ansiedad. Como síntoma habrá siempre que descartar patologías orgánicas y tóxicas, como así también otras patologías con eje en otra sintomatología (Bulacio, 2004).

### 3-2-1- Manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad

Estas manifestaciones son muy variadas y pueden clasificarse en diferentes grupos (Bulacio, 2010):

**Físicos:** taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, nudo en el estómago, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

**Cognitivos:** inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, y dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor a la muerte, la locura, o el suicidio.

También pueden observarse dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e inoportunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.

**Conductuales:** Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.

**Sociales:** Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

En casos de ansiedad normal se experimentan pocos síntomas, normalmente de baja intensidad y corta duración, y no son incapacitantes. La ansiedad normal y proporcionada, así como sus manifestaciones, no puede ni debe eliminarse, dado que se trata de un mecanismo funcional y adaptativo. Se trata de poder vivir con la ansiedad, sin perder la operatividad. Sin embargo, algunas personas que han sufrido trastornos por ansiedad, sobre todo si han sido muy severos, están tan sensibilizadas que tienen después dificultades para tolerar la ansiedad normal, e incluso distinguirla de la patológica (Bulacio, 2010).

El DSM-IV clasifica los distintos trastornos de ansiedad de la siguiente manera:

### 3-2-2- Trastorno por pánico:

Los síntomas más frecuentes son: transpiración, palpitaciones, dolores en el pecho, mareos o vértigos, náuseas o problemas estomacales, sofocos o escalofríos, falta de aire o una sensación de asfixia, hormigueo o temblores, sensación de irrealidad, terror, sensación de falta de control o volverse loco, temor a morir. Experimentan sensaciones de terror que les llegan repentina y repetidamente sin previo aviso. No pueden anticipar cuándo les dará un ataque y muchas personas pueden manifestar ansiedad intensa entre cada uno, al preocuparse de cuándo y donde les llegará el siguiente. Esto es comúnmente llamado *miedo al miedo*. Los ataques pueden ocurrir a cualquier hora, aún durante la noche al estar dormido y pueden durar desde minutos hasta más de una hora en raras ocasiones, aunque la sintomatología posterior suele ser intensa y confundirse con la propia crisis.

Casi siempre comienza en los adultos jóvenes, aunque puede presentarse a cualquier edad. Pero no todas las personas que sufren un ataque de pánico terminan teniendo trastornos de pánico.

El trastorno de pánico frecuentemente va acompañado de otros problemas tales como depresión o alcoholismo y puede engendrar fobias, relacionadas con lugares o situaciones donde los ataques de pánico han ocurrido. Básicamente, evitan cualquier situación que temen pueda hacerlas sentirse indefensas si ocurre un ataque de pánico. O, pueden llegar a confrontar una situación que les causa miedo, siempre y

cuando vayan acompañadas de otra persona que les merezca confianza. Hablamos entonces ahora de agorafobia, la cual padecen al menos una tercera parte de los que sufren de trastornos de pánico. También la agorafobia puede aparecer sin historia de trastorno por pánico.

### 3-2-3- Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG):

Este trastorno es mucho más de lo que una persona normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. La preocupación y la tensión son crónicas e intensas, aún cuando nada parece provocarlas. Esto significa anticipar siempre un desastre, muy a menudo preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo. El simple hecho de pensar el día provoca ansiedad. Estas preocupaciones suelen estar acompañadas de síntomas físicos, tales como temblores, tensión muscular, dolores de cabeza, contracciones nerviosas, irritabilidad, transpiración o accesos de calor y náuseas. Suelen tener trabajo para conciliar el sueño o en permanecer dormidos. Pueden sentirse mareadas o que les falta el aire. Pueden sentir que deben ir al baño frecuentemente o como si tuvieran un nudo en la garganta. Se sobresaltan con mayor facilidad, suelen sentirse cansados, les cuesta trabajo concentrarse y a veces también sufren de depresión. Si es grave el trastorno, la evitación está centrada en la prevención de escenarios imaginados y amenazantes.

El TAG se presenta gradualmente y afecta con mayor frecuencia a personas en su niñez o adolescencia, pero también puede comenzar en la edad adulta.

### 3-2-4- Fobia Específica:

Son miedos intensos e irracionales a ciertas cosas o situaciones. Los adultos con fobias comprenden que sus miedos son irracionales, pero frecuentemente enfrentarse a los objetos o a las situaciones que las ocasionan o siquiera pensar en enfrentarlos, les produce un ataque de pánico o ansiedad severa. Suelen aparecer primero en la adolescencia o en la edad adulta. Comienzan repentinamente y tienden a ser más persistentes las que se inician en la niñez.

### 3-2-5- Ansiedad Social:

Es un miedo intenso a sentirse humillado en situaciones sociales, especialmente de actuar de tal modo que el sujeto se coloque en una situación vergonzosa frente a las demás personas. Suele ser hereditaria y puede estar acompañada de depresión o de alcoholismo. Frecuentemente comienza al principio de la adolescencia o aún antes. Se tiene la idea de que las otras personas son muy competentes en público y que la propia persona no lo es. Pequeños errores que cometa pueden parecer mucho más exagerados de lo que en realidad son. Puede parecer muy vergonzoso, ruborizarse y sentir que todas las personas lo están mirando. O el miedo puede ser más específico, como cuando se va a dar un discurso, hablar con un jefe o alguna otra persona con autoridad, o bien aceptar una invitación. La más común es el miedo a hablar en público. También puede pasar sentir ansiedad en situaciones sociales como fiestas. Menos frecuente es el miedo a usar baños públicos, comer fuera de casa, hablar por teléfono o escribir en presencia de otras personas.

El miedo a un evento social puede comenzar semanas antes y los síntomas pueden llegar a ser muy agotadores. Aunque las personas comprenden que sus sensaciones son irracionales, suelen experimentar una gran aprehensión antes de enfrentarse a la situación que temen y harán todo lo posible para evitarla. Luego puede continuar la preocupación de haber sido juzgados o con lo que los demás hayan pensado u observado respecto a ellos.

### 3-2-6- Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT):

Se trata de la persona que ha estado expuesta a un acontecimiento traumático y ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás y que ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Es más frecuente que aparezca en los adultos jóvenes.

El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

- 1) Recuerdos de acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.



- 2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
- 3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento está ocurriendo (incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashbacks).
- 4) Malestar psicológico intenso y repuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

Estas personas realizan grandes esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el tema, esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos, incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma, sensación de desapego o enajenación frente a los demás, restricción de la vida afectiva, sensación de un futuro desolador. Se sienten emocionalmente paralizados, especialmente hacia personas que antes estuvieron cerca de ella.

Pueden también experimentar problemas de sueño, depresión, sensación de indiferencia o de entumecimiento o sobresalto. Es probable que se sientan y estén irritables, agresivos y hasta violentos.

Los síntomas pueden ser desde ligeros a graves, pueden irritarse fácilmente o tener violentos arranques de cólera o de mal humor. Los síntomas suelen ser peores si el evento que los ocasiona fue obra de una persona, como en el caso de una violación, a comparación de uno natural como una inundación o terremoto.

Una persona que tiene recuerdos retrospectivos, que pueden presentarse en forma de imágenes, sonidos, olores o sensaciones, generalmente cree que el evento está volviendo a suceder.

Se diagnostica únicamente si los síntomas duran más de un mes. Los síntomas comienzan generalmente tres meses después del trauma y el curso de la enfermedad varía. Hay quienes se recuperan dentro de los seis meses, otros necesitan más tiempo y en pocos la condición puede ser crónica. Ocasionalmente, la enfermedad no se detecta sino hasta varios años después del evento.

### 3-2-7- Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC):

Las personas que sufren este trastorno presentan obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos; a su vez la persona reconoce que estas obsesiones son producto de su mente.

Las compulsiones son comportamientos (lavado de manos, orden de objetos, verificaciones, etc.) o actos (rezar, contar o repetir palabras en silencio) repetitivos, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión. El objetivo de los mismos es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativa. Sin embargo estos comportamientos u operaciones mentales no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir, y resultan claramente excesivos.

Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales o su vida social. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él, por ejemplo, preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de pelos en la tricotilomanía, etc.

La edad de inicio promedio es alrededor de los 20 años. Hay una gran cantidad de evidencia que indica que este trastorno está determinado por factores biológicos.

### 3-2-8- Generalidades

Para que se produzca un trastorno por ansiedad tienen que confluir varios factores tales como predisposiciones biológicas, genéticas o adquiridas, el temperamento, el estilo de personalidad, las creencias, los desencadenantes y la situación actual del individuo incluyendo su apoyo social percibido. La persona con algún trastorno de ansiedad produce un sesgo en alguna etapa del procesamiento cognitivo (Bulacio, 2004).

### 3.3- Valoración y Afrontamiento

No es preciso hablar de valoración y afrontamiento sin pasar brevemente por las diferentes acepciones del concepto de estrés. La manera en que cada individuo valore y afronte una situación estresante, dependerá del estresor en sí mismo, de la personalidad del paciente, de la manera en que se valore dicho estresor en ese momento en particular y contexto y, según Bulacio (2004), de la percepción de apoyo social.

#### 3-3-1- Conceptos Básicos del Estrés

Autores como Sandín, ya desde 1995 y más adelante Bulacio en el 2004, plantean lo controvertido y confuso del uso y en muchos casos abuso del término de estrés, no sólo por la población en general, sino más aún por los profesionales de la salud, sean estos médicos, psicólogos o psiquiatras.

Existen diferentes teorías sobre el concepto de estrés, entre ellas podemos encontrar aquéllas basadas en la respuesta, cuyo principal exponente es Selye (1956); las basadas en el estímulo, cuyo exponente principal es Holmes (1967) y aquéllas basadas en la interacción de Lazarus (1986).

Hans Selye (1956), entiende al estrés como una respuesta no específica del organismo, frente a un desencadenante (estresor) que pone en riesgo la homeostasis y por ende la adaptación del mismo. Si el estresor implica un sobreesfuerzo del organismo para sobreponerse al nivel de resistencia de éste, entonces se puede decir que el individuo sufre de estrés.

El grupo de Holmes (1967) entiende el estrés en términos de características asociadas a los estímulos del ambiente. Dichos estímulos pueden perturbar o alterar el funcionamiento del organismo. El estrés estaría ubicado fuera del organismo. El organismo posee ciertos límites frente a lo externo, pero por encima de tales límites, el estrés podría comenzar a afectar tanto fisiológicamente como psicológicamente, lo que variará de acuerdo a cada sujeto y sus características.

Lazarus y Folkman (1986) suelen maximizar la relevancia de los factores psicológicos (principalmente cognitivos) que median entre los estímulos (estresores o estresantes) y las respuestas de estrés. Lo principal es la relación que se establece, en cada caso, entre el sujeto y su entorno. La situación de estrés estaría dada por la propia

percepción del sujeto que excede los límites de su capacidad y recursos y lo pone en riesgo.

Además, más recientemente, Bulacio (2004) plantea que en un primer lugar se produce un encuentro entre el mundo exterior al sujeto y éste que puede o no ser mediado cognitivamente. Postula que este encuentro puede no ser accesible a la conciencia por múltiples razones. Cuando el estímulo es significativo para el sujeto, inevitablemente le asigna un significado que le permite clasificarlo y darle una respuesta adecuada en caso de que sea necesario. Se realiza una evaluación del estímulo, una valoración, lo cual significa que es la persona la que está dando activamente un significado a dicho estímulo y luego se producirá el afrontamiento.

### 3.3.2- Concepto de Valoración y Afrontamiento

Lazarus y Folkman (1985), se han ocupado de estudiar aquellos procesos cognitivos que median entre el estímulo estresante y las respuestas de estrés. El estrés se va configurando como producto de las relaciones que se dan entre el entorno de una persona, la persona en sí misma y la valoración que ella hace como situación que excede sus propios límites o recursos y que pone en riesgo su bienestar personal. Estos autores plantean que la valoración es la significación que el sujeto hace de lo que está ocurriendo, relacionado con su bienestar personal. Van a existir tres tipos de evaluación: Primaria (que se da al momento de enfrentarse con la demanda externa o interna y puede ser de daño, desafío, amenaza o beneficio); Secundaria (es la evaluación de nuestros propios recursos para enfrentar tal situación. Dichos recursos de afrontamiento se definen por el esfuerzo realizado); Reevaluación (hace referencia a los procesos de retroalimentación que se van sucediendo a medida que se da la interacción entre la persona y las demandas externas o internas. Aquí se da lugar a las correcciones de valoraciones previas).

En otra investigación de la misma Fundación ICCAp (Bulacio, Mongiello & Vieyra, 2004), se van a plantear diferencias en los resultados obtenidos, manifestando una marcada diferencia entre los pacientes con trastornos de ansiedad y la población general, en cuanto a su percepción de la calidad de vida

### 3-3-3- Valoración y Estilos de Afrontamiento frente a situaciones estresantes

La forma en que cada sujeto percibe al estímulo y lo que hace frente al mismo, depende no solo de los estímulos en sí mismos, sino también de los esquemas mentales, las vivencias previas del sujeto y las características de su propia personalidad (Bulacio, 2010).

La valoración no sólo será del estímulo, sino también, de los propios recursos con los que se cuenta, es decir, cuánto se valoran y cuánto se cree se van a poder utilizar dichos recursos (Lazarus & Folkman, 1986).

Lazarus (1993) plantea que existen 3 tipos de evaluaciones que el sujeto hace frente al estímulo: una evaluación primaria que se produce en cada encuentro con algún tipo de demanda externa o interna, que puede ser de amenaza, daño, desafío o beneficio; una evaluación secundaria, que se refiere a la valoración de los propios recursos para afrontar la situación. Los recursos de afrontamiento, incluyen: las propias habilidades, por ejemplo, habilidades de solución de problemas, el apoyo social percibido y los recursos materiales (Bulacio, 2004). Y por último, la reevaluación que implica los procesos de retroalimentación (feedback) que acontecen a medida que se desarrolla la interacción entre el individuo y las demandas externas o internas. Esta permite que se produzcan correcciones sobre valoraciones previas. No obstante, Labrador (1993), sugiere, que para que un estímulo sea valorado como estresante es preciso tener en cuenta otras variables, además de las características individuales, a saber: cambio o novedad en la situación estimular, duración de la situación de estrés, severidad o impacto del estresor, factores temporales, probabilidad de que ocurra el acontecimiento, incertidumbre, ambigüedad y estilo de vida (profesión, familia, relaciones sociales, pensamientos, expectativas, etc.).

Por su parte, el afrontamiento tiene que ver con cómo se hace frente a la diferencia que hay entre lo que el sujeto vive como amenaza y su capacidad de respuesta (Lazarus & Folkman, 1986).

Estos autores sugieren distintos tipos de afrontamientos: por un lado el afrontamiento cognitivo, que hace referencia a la demanda que el sujeto realiza para tratar de encontrar significados nuevos a esos estímulos. Luego existe un afrontamiento conductual, que es el esfuerzo motor y las conductas dirigidas a minimizar la

diferencia. Ambos tipos de afrontamientos pueden estar dirigidos hacia la situación y hacia la emoción.

Estos son afrontamientos denominados activos, pero también existen otros tipos de afrontamientos: el evitativo, que es cuando el sujeto activamente se aleja del campo, huye de la situación problemática y el afrontamiento pasivo donde el sujeto queda paralizado sin posibilidad de realizar nada (Lazarus & Folkman, 1986).

### 3.3.4- Valoración, Afrontamiento y Ansiedad

Las personas con trastornos de ansiedad, por ejemplo, valoran muchas situaciones como amenazantes o estresantes y en realidad, en buena medida, son estresantes a partir del significado que le dan (Bulacio, 2004).

En una investigación realizada por la Fundación ICCAP (Bulacio, Mongiello & Vieyra, 2004), se observa que dentro de la población ansiosa, existe una marcada inhibición en las estrategias de afrontamiento, es decir, una tendencia a la evitación de la situación, con una valoración de la misma como amenazante. En cambio, en la población general se observa que utiliza preferentemente estrategias de afrontamiento dirigidas a dominar la situación problemática, valorando la misma como irrelevante o desafiante.

Por otro lado, Márquez et al. (2006), plantean que lo que se observa predominantemente en la población de ansiosos es un mecanismo de hipervigilancia cognitiva de las posibles amenazas o bien un patrón de procesamiento combinado vigilancia evitación. Además, sugieren que las persona mayores emplean una mayor cantidad de estrategias, tanto vigilantes como distractoras en comparación con las personas jóvenes. Esto es posible que se deba a la mayor experiencia con situaciones similares.

Moreno et al. (2005) también hacen una distinción, entre el estilo de afrontamiento de jóvenes y adultos y dice que los adultos se caracterizan frente a los jóvenes por mecanismos de afrontamiento de evitación y negación.

### 3.3.5- Afrontamiento y Género.

No es una tema que se haya investigado demasiado en los últimos tiempos, si embargo, autores como Stefani (2004), sugieren alguna distinción, haciendo principal hincapié en una investigación en la que se observa que los estímulos que las

personas mayores de 60 años tienden a valorar como amenazantes son principalmente los que se tratan de muertes de personas cercanas o queridas, enfermedades médicas o accidentes irreversibles y no se hallaron diferencias en estas valoraciones entre hombres y mujeres. Las estrategias cognitivas de afrontamiento tanto en hombres como en mujeres adultos mayores, piensan las situaciones problema de manera realista cuando se les presenta, pero los hombres adultos tienden más a definir el significado o el *por qué* de la situación que las mujeres, y tratan más de modificarlo para encontrar una salida más favorable

### **3-4- Calidad de Vida**

En los últimos años, el interés de los profesionales de la salud hacia los aspectos positivos y más saludables de la vida de las personas, ha ido en aumento. Uno de los conceptos que se viene estudiando es lo que se llama calidad de vida. Entendida como la evaluación subjetiva que cada persona hace respecto a su estado de salud dentro de su propio contexto social y cultural (Bulacio, 2004).

#### **3-4-1- Conceptos Básicos**

Bulacio (2010) plantea el Modelo Constructivista Realista de la calidad de vida y sugiere que el ser humano tiene por objetivo principal ser feliz, ya sea de manera individual o en conjunto con otros. Pero pese a ello, se sabe que ese objetivo no puede darse de manera absoluta en la vida de cada uno, dado que el ser humano, en su condición de tal, es imperfecto y finito. Y es esta una característica universal de su esencia.

En cada cultura, cada sujeto intenta resolver estos problemas de un modo diferente: algunos se aferran a una idea religiosa; otros aspiran a trascender por su descendencia o sus obras; otros sólo esperan vivir lo mejor posible mientras puedan y otros simplemente prefieren vivir ignorando esas preguntas existenciales. Pero algo está claro, y es que todos de alguna manera luchan contra lo que se llama el vacío existencial del hombre. Muchas de esas búsquedas que el hombre hace para lograr su felicidad son legítimas y otras tantas no lo son, ya sea porque afectan el bienestar de los otros o porque afectan el bienestar de sí mismos (Bulacio, 2010).

Desde las distintas disciplinas médicas y psicológicas se intenta ayudar a la persona, en general, a vivir de la mejor manera posible. Y no solo se apunta a la resolución o remisión de sintomatología en distintas patologías físicas o mentales, sino también, a la promoción de la salud de una forma integral. Esto lleva al concepto de calidad de vida.

#### 3-4-2- Antecedentes del concepto de calidad de vida:

Ya desde 1948, la sexta revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 6), de la Organización Mundial de la Salud, comienza a incluir lentamente el concepto de *bienestar*, frente al de *enfermedad*, con lo cual, comienzan a brindarle importancia a los aspectos positivos de la salud, dentro de un continuo salud – enfermedad de cada sujeto.

Comienza así a expresarse el concepto de calidad de vida, aunque con muchas dificultades para poder medirlo empíricamente y definirlo.

Actualmente, el concepto de calidad de vida es considerado como la evaluación subjetiva que el propio sujeto hace de su estado de salud y bienestar, dentro de su contexto social y cultural particular (Ferrans & Power, 1992). La percepción de la calidad de vida de cada uno está basada en la combinación de componentes objetivos (condiciones de vida) y subjetivos (satisfacción personal) e ideológicos, (Mezzich & Schmolke, 1999). Es decir, la percepción de la calidad de vida está basada en la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderada por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (sistema de creencias) (Bulacio, 2010).

#### 3-4-3- Indicadores para evaluar Calidad de Vida según Mezzich (2000)

Casullo (2002), plantea, como otros tantos autores, que vivir bien y sentirse bien o el bienestar / malestar psicológico, tiene que ver no sólo con factores tales como los indicadores económicos de una sociedad, la desigualdad social, la existencias de situaciones de pobreza y marginalidad, el respeto por los derechos humanos, diferentes temas o conflictos sociales o desempleo crónico, sino también que tendrá



que ver con la subjetividad individual. Es en este punto que podemos decir que la ansiedad estará vinculada indudablemente con la percepción individual de la propia calidad de vida.

El Índice de Calidad de Vida – QLI – Sp – incluye 10 ítems, con un formato de respuesta de opción múltiple Likert, compuesto por una escala que va de 1 a 10. Los autores de dicha escala plantean que diez aspectos son relevantes para la evaluación del constructo de calidad de vida:

- 1- Bienestar físico.
- 2- Bienestar psicológico – emocional.
- 3- Cuidado personal y funcionamiento independiente.
- 4- Funcionamiento ocupacional.
- 5- Funcionamiento interpersonal.
- 6- Apoyo emocional y social.
- 7- Apoyo estatal y de servicios.
- 8- Plenitud personal.
- 9- Plenitud espiritual.
- 10-Percepción global de la calidad de vida.

Cada sujeto debe responder de acuerdo a la percepción de su propia calidad de vida en el momento actual, pasando por cada uno de los ítems antes mencionados. El resultado nos dará una cuantificación de la percepción subjetiva de cada uno.

El instrumento fue diseñado originariamente en cuatro idiomas y presenta índices de aplicabilidad, fiabilidad y validez adecuados. Bulacio, Vieyra, Benatuil y Mongiello, (2004) han adaptado y validado dicho instrumento para la Argentina en su versión española –QLI- Sp. Para lo cual se ha solicitado la autorización de los autores Mezzich, Cohen, Ruipérez, Yoon y Liu.

#### 3-4-4- Calidad de Vida y Ansiedad:

Según Belloch, Sandín y Ramos (1995), el estrés constituye, actualmente, un considerable factor de riesgo de patologías orgánicas y psicológicas. Los estímulos que pueden provocar estrés provienen tanto del medio externo, como condiciones de vida desfavorables, o del medio interno, como la evaluación cognitiva incorrecta de

situaciones y de los propios recursos así como estrategias de afrontamiento desadaptativas y con la consecuente incidencia negativa en la autopercepción de la calidad de vida. Una de las formas de responder a las situaciones estresantes es con ansiedad.

Rapaport et al. (2005); Stein, Murray y Kean (2000); Massion et al. (2010) y Mendlowics y Murray (2000), han demostrado, de forma creciente, que los trastornos depresivos y de ansiedad conducen a un deterioro importante de la calidad de vida y del funcionamiento personal y social.

Aunque, al hablar de ansiedad, se hace necesario recordar la distinción entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica, como ya se ha mencionado anteriormente. La ansiedad normal, es beneficiosa, ya que permite alcanzar mejor los objetivos que nos planteamos en la vida.

La ansiedad patológica, es cuando los síntomas ansiosos se vuelven excesivos y difíciles de controlar y pueden así llegar al punto de interferir seriamente en nuestras actividades diarias (trabajo, vida social, familiar, de pareja, etc.).

Utilizando el Índice de Calidad de Vida de Mezzich (2000), validado en Capital Federal por la Fundación ICCAp, se han observado diferencias significativas halladas en población general, comparado con pacientes con trastornos de ansiedad. Los datos arrojados muestran que la evaluación subjetiva de la calidad de vida en los trastornos de ansiedad es significativamente menor a la población general (Bulacio, 2005).

Considerando, entonces que la calidad de vida hace referencia a la percepción subjetiva que el sujeto hace de su propia vida en general, y que la propia percepción depende de la valoración que cada uno haga de las situaciones en general y de los propios recursos con los que cuenta para enfrentarlas, es que se puede decir que el trabajo con pacientes con trastornos de ansiedad, deberá estar orientado, fundamentalmente, hacia la modificación en la percepción de las situaciones, resignificando las mismas. Si el paciente, entonces, puede lograr valorar una situación como desafiante y no amenazante, entonces estará logrando un cambio en su percepción y por ende un cambio en su percepción de calidad de vida.

## 4- METODOLOGÍA

### 4-1- Tipo de Estudio

Se llevó a cabo un estudio de tipo Correlacional de Diferencia de Grupos, con el que se buscó averiguar si existen diferencias entre la variable: ansiedad respecto de las variables: calidad de vida, estilos de valoración y estilos de afrontamiento (objetivo 1) y determinar si existen diferencias entre la variable género en pacientes con trastornos de ansiedad, respecto de las variables: calidad de vida, estilos de valoración y estilos de afrontamiento (objetivo 2).

### 4-2- Diseño

No experimental –transaccional

### 4-3- Instrumentos

- *ICV* (Índice de Calidad de Vida) Índice de Calidad de Vida (“Quality of life index – Spanish version (QLI-SP) (Mezzich, Cohen, Ruipérez, & Yoon, Liu 2000). Adaptado en Argentina por (Bulacio, Vieyra, Alvarez Daneri, Benatuil & Mongiello, 2004). El índice de calidad de vida (QLI-Ar) es un instrumento compuesto por 10 ítems con formato de respuesta de opción múltiple (lickert) con opciones de respuesta de 1 a 10.

Esta escala recaba información correspondiente a las siguientes áreas: a) bienestar físico, b) bienestar psicológico, c) cuidado personal, d) funcionamiento ocupacional, e) funcionamiento interpersonal, f) apoyo social y emocional, g) apoyo estatal y de servicios, h) plenitud personal, i) plenitud espiritual. Por último por una escala de evaluación global.

Este instrumento ha demostrado ser confiable y válido.

- *STAI* (Inventario Estado – Rasgo de Ansiedad) (State –Trait Anxiety Inventory) (Spielberg, 1983). Adaptación Argentina (Leibovich de Figueroa, 1991). Diferencia la ansiedad como estado y como rasgo. Propone que el estado de ansiedad está constituido por sentimientos subjetivos de tensión, aprehensión,

nervioso, entre otros. Por otro lado, rasgo se define en términos de las diferencias individuales, relativamente estables. Las diferencias individuales en la ansiedad de rasgo estarían reflejando la frecuencia e intensidad con que han sido experimentado en el pasado los estados de ansiedad y en la probabilidad de que la reacción rasgo de ansiedad se va a manifestar en el futuro.

- IVA (Inventario de Valoración y Afrontamiento) (Cano Vindel & Miguel – Tobal 1992). Adaptación argentina (Leibovich de Figueroa, 1999). Este inventario mide las variables de estilos de valoración y de afrontamiento que posee la persona, frente a una situación estresante. Propone tres tipos de valoración:
  - A) VSA: Valoración de la situación como amenazante.
  - B) VSD: Valoración de la situación como desafiante.
  - C) VSI: Valoración de la situación como irrelevante.
  - D) ACS: Afrontamiento cognitivo hacia la situación.
  - E) ACE: Afrontamiento cognitivo hacia la emoción.
  - F) AC-MS: Afrontamiento cognitivo motor hacia la situación.
  - G) AC-ME: Afrontamiento cognitivo motor hacia la emoción.
  - H) AP: Afrontamiento pasivo.
  - I) AE: Afrontamiento evitativo.

#### **4-4- Importancia**

Bajo el marco de la Psicología Positiva, será de suma importancia todo aporte que brinde información útil para mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas. Por ende, conocer aspectos como estilos de valoración, estrategias de afrontamiento percepción de la calidad de vida, tanto en población general, como en personas con trastornos de ansiedad, serán de gran utilidad a la hora de realizar un buen trabajo terapéutico y así inclinar cada vez más al individuo hacia el polo saludable del continuum salud- enfermedad.

#### **4-5- Procedimientos**

Se seleccionó un grupo de personas de la población general, entre 19 y 69 años de edad, de ambos sexos, a las cuales se les administró las técnicas (IVA, ICV, STAI). De este grupo de personas, solo se seleccionaron para el estudio correspondiente, 32 que han puntuado un nivel de ansiedad normal (menor a 70 puntos del STAI), no patológico. Por otro lado, se seleccionaron 41 pacientes del Hospital, diagnosticados con alguno de los subtipos de los trastornos de ansiedad (todos con una puntuación mayor a 70 del STAI). A los mismos se les administró la batería de test anteriormente mencionada.

Tanto los resultados de la población normal, como los de la población ansiosa, se correlacionaron entre sí, para establecer las diferencias y similitudes, y además, dentro de la población ansiosa, se correlacionaron los resultados arrojados por hombres y mujeres.

#### **4-6- Muestra (descripción de las unidades de análisis).**

Se trata de dos muestras no probabilísticas, una de población general y otra de población clínica. Conformada por 73 sujetos voluntarios, el 56,16% personas diagnosticadas con distintos trastornos de ansiedad o ansiedad muy elevada (puntuación del STAI mayor a 70 puntos) de ambos sexos (n=41) entre 19 y 69 años, de los cuales, el 73,17% pertenece al sexo femenino (n=30) y el 26,83% al sexo masculino (n=11). Todos ellos concurren actualmente al Hospital. Por otro lado, el 43,84% son personas sin diagnóstico de trastornos de ansiedad (n=32), de ambos sexos, entre 19 y 69 años, de la población general, de los cuales el 68,75% pertenecen al sexo femenino (n=22) y el 31,25% al sexo masculino (n=10). El 100 % general de la muestra son sujetos de Capital Federal y Gran Buenos Aires.

### **5- RESULTADOS**

En virtud de responder a los objetivos específicos (del 1 al 10) que pretenden determinar si existen diferencias entre personas con un alto nivel de ansiedad y personas con un bajo nivel de ansiedad, en cuanto a la calidad de vida, pasando por

cada uno de los ítems que conforman el Índice de Calidad de Vida, se calculó la prueba t para cada una de las dimensiones y la puntuación total (ver tabla 1).

Tabla 1.

Dimensiones de calidad de vida según grado de ansiedad.

Dimensiones ICV	$\bar{x}$	$\bar{x}$	t
	Ansiedad alta (n=41)	Ansiedad baja (n=32)	
Bienestar físico	5,82	7,71	4,26**
Bienestar psicológico/emocional	5,19	7,90	7,00**
Cuidado personal y func. Independiente	6,70	8,12	3,75*
Funcionamiento ocupacional	6,63	8,12	3,48*
Funcionamiento interpersonal	6,90	8,15	3,07*
Apoyo social y emocional	7,19	8,21	2,69ns
Apoyo estatal y de servicios	6,65	7,78	3,05*
Plenitud personal	5,75	8,34	6,45**
Plenitud espiritual	6,48	7,87	3,67*
Percepción global	6,02	8,25	6,74**

\*\*p < 0,01

\* p < 0,05

Se pueden observar diferencias muy significativas a favor de los sujetos que puntuaron un grado de ansiedad bajo, en las siguientes dimensiones: bienestar físico; bienestar psicológico / emocional; plenitud personal y percepción global. También se observan diferencias significativas a favor de los mismos, en las siguientes dimensiones: cuidado personal y funcionamiento independiente; funcionamiento ocupacional; funcionamiento interpersonal; apoyo estatal y de servicios y plenitud espiritual. En la dimensión apoyo social y emocional, no se hallaron diferencias significativas.

Por otro lado, para responder a los objetivos específicos 11 y 12, que pretenden determinar si existen diferencias entre personas con un alto nivel de ansiedad y personas con un bajo nivel de ansiedad, en cuanto al estilo de valoración y

afrontamiento, se calculó la prueba t para todas las dimensiones del IVA (ver tabla 2)

Tabla 2.

Dimensiones de valoración y afrontamiento según grado de ansiedad.

Dimensiones IVA	$\bar{x}$	$\bar{x}$	t
	Ansiedad alta (n=41)	Ansiedad baja (n=32)	
VSA	2,70	1,76	5,84**
VSD	2,24	2,30	0,34ns
VSI	1,04	1,89	3,58*
ACS	1,80	2,42	3,78*
ACE	2,23	2,67	2,13ns
AC MS	2,06	2,48	2,15ns
AC ME	2,02	2,44	1,89ns
AP	2,13	1,85	0,92ns
AE	1,72	1,03	2,05ns

\*\* p < 0,01

\* p < 0,05

VSA: Valoración de la situación como amenazante.

VSD: Valoración de la situación como desafiante.

VSI: Valoración de la situación como irrelevante.

ACS: Afrontamiento cognitivo hacia la situación.

ACE: Afrontamiento cognitivo hacia la emoción.

AC-MS: Afrontamiento cognitivo motor hacia la situación.

AC-ME: Afrontamiento cognitivo motor hacia la emoción.

AP: Afrontamiento pasivo.

AE: Afrontamiento evitativo.

Se pueden observar diferencias muy significativas en la dimensión: valoración de la situación como amenazante (VSA), a favor de las personas que puntuaron un alto grado de ansiedad. Luego, se observan diferencias significativas, en la dimensión valoración de la situación como irrelevante (VSI), a favor de las personas con un bajo nivel de ansiedad y en la dimensión afrontamiento cognitivo situacional (ACS), también a favor de las personas con un bajo nivel de ansiedad. El resto de las dimensiones no presentaron diferencias significativas.

Para responder a los objetivos específicos (del 13 al 22) que pretenden determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres con trastornos de ansiedad, en cuanto a la calidad de vida, pasando por cada uno de los ítems que conforman el Índice de Calidad de Vida, se calculó la prueba t para cada una de las dimensiones y la puntuación total (ver tabla 3)

Tabla 3.

Dimensiones de calidad de vida según hombres y mujeres con trastornos de ansiedad.

Dimensiones ICV	$\bar{x}$	$\bar{x}$	t
	Femenino (n=30)	Masculino (n=10)	
Bienestar físico	5,70	6,18	0,61ns
Bienestar psicológico/emocional	5,26	5	0,37ns
Cuidado personal y func. Independiente	6,76	6,54	0,33ns
Funcionamiento ocupacional	6,9	5,91	1,31ns
Funcionamiento interpersonal	7,03	6,54	0,74ns
Apoyo social y emocional	7,23	7,09	0,24ns
Apoyo estatal y de servicios	6,8	6,27	0,80ns
Plenitud personal	5,9	5,36	0,73ns
Plenitud espiritual	6,56	6,27	0,41ns
Percepción global	6,1	5,81	0,45ns

Los resultados arrojados en la tabla 3 no demuestran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones del Índice de Calidad de Vida allí expuestas, según hombres o mujeres con trastornos de ansiedad.

Finalmente, para responder a los objetivos específicos (23 y 24), que pretenden determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres con trastornos de ansiedad, en cuanto al estilo de valoración y afrontamiento, se calculó la prueba t para todas las dimensiones del IVA (ver tabla 4)

Tabla 4.



Dimensiones de valoración y afrontamiento según hombres y mujeres con trastornos de ansiedad.

Dimensiones IVA	$\bar{x}$	$\bar{x}$	t
	Femenino (n=30)	Masculino (n=10)	
VSA	2,77	2,52	1,10ns
VSD	2,33	2,00	1,08ns
VSI	1,00	1,17	0,47ns
ACS	1,77	1,90	0,50ns
ACE	2,17	2,38	0,56ns
AC MS	2,04	2,1	0,14ns
AC ME	1,98	2,14	0,45ns
AP	2,14	2,13	0,01ns
AE	1,92	1,18	1,44ns

VSA: Valoración de la situación como amenazante.

VSD: Valoración de la situación como desafiante.

VSI: Valoración de la situación como irrelevante.

ACS: Afrontamiento cognitivo hacia la situación.

ACE: Afrontamiento cognitivo hacia la emoción.

AC-MS: Afrontamiento cognitivo motor hacia la situación.

AC-ME: Afrontamiento cognitivo motor hacia la emoción.

AP: Afrontamiento pasivo.

AE: Afrontamiento evitativo.

Los resultados arrojados en la tabla 4 no demuestran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones de valoración y afrontamiento allí expuestas, según hombres o mujeres con trastornos de ansiedad.

## 6- DISCUSIÓN

El primer objetivo general de este trabajo consistió en determinar si existen diferencias entre personas con un alto nivel de ansiedad y personas con un bajo nivel de ansiedad, en cuanto a la calidad de vida, al estilo de valoración y afrontamiento.

Para ello, se han tomado como referentes autores como Cassullo (2002), quien plantea que la calidad de vida no sólo estará determinada por factores externos como lo cultural, social o económico personal, sino que también estará determinada por la propia subjetividad del individuo. Es por ello que se vincularán los trastornos de ansiedad y su consecuente disfuncionalidad en la vida de quienes los padecen, directamente con una disminución en la propia percepción de la calidad de vida.

En la misma línea, autores como Rapaport et al. (2005); Stein et al. (2000); Massion et al. (2010) y Mendlowics y Murray (2000), en diferentes estudios han demostrado, de forma creciente, que los trastornos depresivos y de ansiedad conducen a un deterioro importante de la calidad de vida y del funcionamiento personal y social.

Del mismo modo, Bulacio (2004) plantea que existe una gran diferencia en la propia percepción de la calidad de vida, según se tenga o no algún trastorno de ansiedad y según las forma de valorar y afrontar las situaciones. Esto se ha demostrado por investigaciones del mismo autor y colaboradores, en donde los resultados sugieren que aquellas personas que poseen ansiedad, tenderán a valorar las situaciones estresantes como amenazantes. Se observa también una inhibición de las estrategias de afrontamiento y una tendencia a la evitación de la situación. En dicho estudio, esto difiere completamente con aquellas personas que no poseen trastornos de ansiedad, quienes poseen en general un afrontamiento dirigido a dominar la situación problemática y un estilo de valoración de la situación como irrelevante o desafiante.

Los resultados arrojados por el presente trabajo se corresponden absolutamente con investigaciones previas y con los supuestos antes mencionados (ver tablas 1 y 2). Es decir, se observan diferencias muy significativas a favor de los sujetos con un grado de ansiedad bajo, en la propia percepción de la calidad de vida, en las siguientes dimensiones: bienestar físico; bienestar psicológico / emocional; plenitud personal y percepción global. Además, se obtienen diferencias significativas a favor de los mismos, en las dimensiones de cuidado personal y funcionamiento independiente; funcionamiento ocupacional; funcionamiento interpersonal; apoyo estatal y de servicios y plenitud espiritual. En la dimensión apoyo social y emocional, no se

hallaron diferencias significativas (ver tabla 1). Claramente se obtienen resultados que reafirman las investigaciones hasta la actualidad realizadas por diferentes autores.

Además, otros resultados arrojados por este trabajo han evidenciado diferencias en los estilos de valoración y de afrontamiento en las personas, según tengan o no algún trastorno de ansiedad. Han sido diferencias muy significativas en la dimensión valoración de la situación como amenazante (VSA), a favor de las personas con un alto grado de ansiedad. Luego, diferencias significativas, en la dimensión valoración de la situación como irrelevante (VSI), a favor de las personas con un bajo nivel de ansiedad y en la dimensión afrontamiento cognitivo situacional (ACS), también a favor de las personas con un bajo nivel de ansiedad. El resto de las dimensiones no presentaron diferencias significativas (ver tabla 2). Estos resultados también se corresponden con las investigaciones previamente mencionadas.

El segundo objetivo general de este trabajo pretendió determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres con trastornos de ansiedad, en cuanto a la calidad de vida, al estilo de valoración y afrontamiento. Al respecto, se han encontrado una serie de investigaciones que se vinculan con las variables género y ansiedad, que pretende correlacionar este trabajo, aunque en más de una investigación mencionada, se incorporan otras variables como edad o sintomatología de los trastornos de ansiedad, que no se toman en el presente estudio.

Diferentes autores, entre ellos, Castañeda (2007), se han ocupado del estudio de las diferencias de género o sexo, ya sea desde aspectos culturales sociales o biológicos. Esta autora plantea que el sexo expresa diferencias biológicas y que el género sirve para representar la elaboración cultural de esa diferencia. La cultura, así, irá instaurando diferentes roles y profesiones para los hombres y las mujeres y de esta diferenciación se desarrollarán las diferentes patologías. En el mismo sentido, Pilar Matud Aznar (2008), expresa que antiguamente las mujeres tendían a los trastornos mentales en mayor medida que los hombres, pero que actualmente los trastornos mentales no se corresponden con diferencias de géneros, aunque sí se observan diferencias en la sintomatología de hombres y mujeres con trastornos mentales.

Kessler y McLeod, ya en 1981 plantean diferencias entre mujeres y hombres adultos. Las primeras presentarían una mayor tendencia a la ansiedad y depresión que los

segundos, quienes tenderían a los trastornos de personalidad antisocial y al abuso de sustancias. En personas adultas (mayores de 60) Moreno (2005) y también Stefani (2004), plantea que la valoración de los estímulos tenderá a ser amenazante en mayor medida que en personas jóvenes, aunque no distinguen entre hombres o mujeres, sí sugieren que los hombres tenderían a definir el significado de la situación y a tratar de encontrar una salida más favorable que las mujeres.

Existen, luego, autores que marcan diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la manera de percibir un estímulo, la valoración y la respuesta de afrontamiento hacia el mismo o en cuanto al tipo de estresor que se valorará como estresante o no. En dicha línea, por ejemplo, Barnett et al. (1987); Lee (1999) o Turner et al. (1995).

Por otro lado, Bulacio (2004), expresa que una situación será estresante dependiendo de la valoración y de los recursos de afrontamiento con los que se cuente para hacerle frente a esa valoración, pero no distingue diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Los resultados arrojados en este trabajo, correspondientes al segundo objetivo general, sugieren diferencias con respecto a las conclusiones planteadas por algunas de las investigaciones antes mencionadas. A saber, no demuestran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones del Índice de Calidad de Vida expuestas, según hombres o mujeres con trastornos de ansiedad (ver tabla 3), como así tampoco se demuestran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones de valoración y afrontamiento expuestas, según hombres o mujeres con trastornos de ansiedad (ver tabla 4).

Dichos resultados, si bien no se corresponden directamente con los resultados de otras investigaciones, tampoco son excluyentes de las mismas. Es menester considerar en futuras investigaciones otras variables que permitan precisar y reafirmar en tal caso la existencia de diferencias entre hombres y mujeres con trastornos de ansiedad. Es posible que dichas diferencias estén más vinculadas al tipo de sintomatología que se presenta en cada enfermedad, ya que tal vez, la aspiración de una igualdad en creciente desarrollo entre hombres y mujeres, en cuanto a los aspectos laborales, profesionales y sociales, vayan mitigando cada vez más las diferencias en salud – enfermedad.

## **7- CONCLUSIONES GENERALES**

Las evaluaciones realizadas coinciden en evidenciar un empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes ansiosos en la mayoría de sus dimensiones.

Las personas con alto grado de ansiedad valoran las situaciones predominantemente como amenazantes a diferencia de lo que ocurre en personas no ansiosas quienes valoran predominantemente como desafiante e irrelevante.

Estas conclusiones son coherentes con la idea acerca de la ansiedad normal como movilizante y la patológica como inhibitoria o paralizante. En ese mismo sentido se inscribe la diferencia observada entre ambos grupos (los de ansiedad elevada y los de ansiedad baja) en el sentido de un mayor afrontamiento cognitivo situacional en personas con baja ansiedad, lo cual quiere decir que estas personas tienen una mayor flexibilidad para comprender las situaciones y adaptarse a ellas.

Por último, si bien, la ansiedad es globalmente más frecuente en mujeres, no se observan en este estudio diferencias significativas de género en relación a las conclusiones mencionadas anteriormente. Estos resultados podrían deberse a una muestra insuficiente en cantidad de sujetos de ambos sexos, principalmente de hombres. En futuras investigaciones deberían correlacionarse las variables, pero con una muestra mucho más amplia y además incorporar otras como tipo de sintomatología y edad de los sujetos.

De todas maneras, cabe mencionar que estas conclusiones reafirman la idea que el desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento influirían directamente sobre la ansiedad, así como el control de la misma tiene efectos evidentes sobre la calidad de vida de quienes lo padecen. Poder desarrollarlas y generar nuevas estrategias de afrontamiento, como así también trabajar sobre las valoraciones en un marco terapéutico, sería indirectamente trabajar para mejorar la calidad de vida del paciente que posee un grado elevado de ansiedad.

## **8- REFERENCIAS**

- Barnett, R. C., Biener, L. & Baruch, C. K. (1987). *Gender and Stress*. Nueva York: The Free Press.
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mac Graw-Hill.
- Benjet, C.; Borges, G.; Medina – Mora, M. E.; Méndez, E.; Fleiz, C.& Rojas, E. et al. (2009). *Salud Mental*, 32, 155-163.
- Bulacio, J. M. (2004). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica. Un enfoque moderno, humanista e integral*. Buenos Aires: Akadia.
- Bulacio, J. M.; Mongiello, E. & Vieyra, M. (2004). *Estrategias de afrontamiento en trastornos de ansiedad*. Recuperado el 9 de noviembre de 2009 de la base de datos de [www.fundacioniccap.org.ar](http://www.fundacioniccap.org.ar)
- Bulacio, J. M., Vieyra M. C., Alvarez Daneri, C. Benatuil D. & Mongiello, E. (2004). Adaptación del Índice de Calidad de Vida. *Alcmeon*, 11, 4, 333 - 336.
- Bulacio, J. M. (2005). Calidad de Vida en Trastornos de Ansiedad Comparado con Población General. Presentado en Congreso CMP.
- Bulacio, J. M. (2006). *Factores Inespecíficos en la Psicoterapia*. Buenos Aires: Akadia.
- Bulacio, J. M. (2010). *Ansiedad, estrés y práctica clínica. Un enfoque moderno, humanista e integral. Segunda Edición*. Buenos Aires: Akadia.
- Cano Vindel, A. & Miguel – Tobal, J. J. (1992). Inventario de Valoración y Afrontamiento. Dpto Psicología Básica Facultad de Psicología Univ. Complutense de Madrid.
- Castañeda, I. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2 - 33.

- Casullo, M. M., et al. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*, Buenos Aires: Paidós.
- Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-6 (1942). Organización Mundial de la Salud. (6 ed.). Madrid: Forma.
- Ferrans C. E. & Power M. J. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Res Nurs Health*, 15, 29-38.
- Ferrans C. E. & Power M. J. (2002). Psychometric assessment of the quality of life index. *Alcmeon Psiquiatría y Salud*, 2, 45-50.
- Harold Estrada Montoya, J. (2009). *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8, 106-122.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Kessler, S. J. & MacLeod, J. D. (1981). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review*, 19, 620 - 631.
- Labrador, F. J. & Crespo, M. (1993). *Estrés, trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.
- Lazarus, A. & Folkman, S. (1985). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of psychology*, 44, 1-21.
- Lee, C. (1999). Health, stress and coping among women caregivers. *A review. Journal of Health Psychology*, 1, 27, 10.
- Leibovich de Figueroa, N. B. (1999). *Adaptación del Inventario de Valoración Y Afrontamiento (IVA)* Departamento de Publicaciones, Facultad de Psicología U.B.A.

- Leibovich de Figueroa, N. (1991). *Ansiedad. Algunas concepciones teóricas y su evaluación*. En M. M. Casullo, N. Leibovich de Figueroa & M. Aszkenazyi (Eds.), *Teoría y Técnicas de Evaluación Psicológica* (pp. 123-155). Buenos Aires: Psicoteca.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) IV (1995). Barcelona: Masson.
- Márquez, M.; Montorio, I.; Izal, M. & Losada, A. (2006). *Ansiedad y Estrés, Dic.*, 2/3, 305-316.
- Massion, A. O., Meredith, G. W. & Martin B. K. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150 - 600.
- McDonough, P. & Walters, V. (2001). Gender and Health: reassessing patterns and explanations. *Social Science & Medicine*, 52, 517- 559.
- Mendlowics, M. V. & Murray B. S. (2000). Quality of Life in Individuals With Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry* 157-669.
- Mezzich, J. E. & Schmolke, M. M. (1999). "An Introduction to ethics and quality of life in comprehensive psychiatric diagnosis". *Psychopathology*. 32: 119-120.
- Mezzich, J. E., Cohen, N., Ruipérez, M. & Yoon, Liu (2000). Índice de Calidad de Vida ("Quality life index – Spanish version (QLI-SP)
- Moreno Jimenez, B.; Senninotti R., R.; Ganosa Hernández, E.; Rodríguez – Carvajal, R. & Morante Benadero, M., E. (2005). El burnout médico: La ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Ansiedad y Estrés*, vol. 11, 87-100.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Gender and Mental Health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.



Organización Mundial de la salud (1992). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Cie- 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.

Pilar Matud Aznar, M. (2008). *Suma Psicológica*, 15, 75-93.

Rapaport, M. H.; Clary, C.; Fayyad, R. & Endicott, J. (2005). *American journal of Psychiatry*, 8, 504-511.

Samuels, J. F., et al. (2008). Sex – specific clinical correlates of hoarding in obsessivecompulsive disorder. *Behavior Research and Therapy* 46,900 - 1040.

Sandín, B. & Chorot, P. (1993). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (Eds.). *Manual de Psicopatología* (pp. 53 – 80). Madrid: Mac Graw-Hill.

Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

Selye, H. (1956). *The stress of life*. Madrid: Mc Graw Hill.

Spielberg, et al (1983) *STAI (Inventario Estado – Rasgo de Ansiedad)*. Manual for the State –Trait Anxiety Inventory. Madrid: TEA Ediciones.

Stefani, D. (2004). Gender and doping in old age. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 22, 109 – 125.

Stein, Murray B., & Yin M. Kean (2000). Disability and Quality of Life in Social Phobia: Epidemiologic Findings. *American Journal of Psychiatry*, 157,1-1606.

Turner, R. J., Wheaton, B. & Lloyd, D. A. (1995). The Epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, 191 205.

