

Validación de las versiones en español de la Clinical Anxiety Scale y del Physician Questionnaire para la evaluación de los trastornos de ansiedad

Antonio Bulbena^a, Julio Bobes^b, Antonio Luque^c, Rafael Dal-Ré^c, Javier Ballesteros^d, Nora Ibarra^d y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP)

^aServicio de Psiquiatría. Hospital del Mar. Barcelona. España.

^bÁrea de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. Oviedo. España.

^cDepartamento Médico, GlaxoSmithKline, SA. Tres Cantos. Madrid. España.

^dFundación M. Josefa Recio-Instituto de Investigaciones Psiquiátricas. Bilbao. Vizcaya. España.

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: Validar las versiones españolas de la Clinical Anxiety Scale (CAS) y del Physician Questionnaire (PQ) para valorar la gravedad sintomática presente en pacientes con diagnóstico de trastornos de ansiedad (TA) y tratados ambulatoriamente.

PACIENTES Y MÉTODO: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico (15 centros de asistencia psiquiátrica) con períodos de seguimiento de 1 a 6 semanas en pacientes con TA clínicamente estables o inestables. Se evaluaron la validez convergente, frente a la Hamilton Anxiety Rating Scale; la validez discriminante, frente a la Impresión Clínica Global, así como la fiabilidad (coherencia interna, estabilidad temporal y entre observadores) y sensibilidad al cambio.

RESULTADOS: Se incluyó a 161 pacientes con TA (48 pacientes estables y 113 inestables). Ambas escalas presentaron valores adecuados de validez convergente ($r \geq 0,70$) y discriminante ($p \leq 0,001$), coherencia interna (α de Cronbach $> 0,75$), estabilidad temporal (coeficiente de correlación intraclass [CCI] $> 0,90$), fiabilidad entre observadores (CCI $> 0,90$) y sensibilidad al cambio ($p < 0,0001$; tamaño del efecto $\geq 1,5$).

CONCLUSIONES: Las versiones en español de la CAS y del PQ presentan valores adecuados de validez y fiabilidad para valorar la gravedad y evolución sintomática en pacientes ambulatorios diagnosticados de TA.

Palabras clave: Ansiedad. Escalas psicométricas. Validez. Fiabilidad. Sensibilidad al cambio. Clinical Anxiety Scale. Physician Questionnaire.

A validation study of the Spanish versions of the Clinical Anxiety Scale and the Physician Questionnaire for the assessment of anxiety disorders

BACKGROUND AND OBJECTIVE: To validate the Spanish versions of both the Clinical Anxiety Scale (CAS) and the Physician Questionnaire (PQ) to assess the severity of symptoms in patients with Anxiety Disorders (AD) treated in ambulatory psychiatric care facilities.

PATIENTS AND METHOD: Observational, prospective and multi-centre study (15 psychiatric facilities included) with a follow-up of 1 to 6 weeks in clinically stable or unstable AD patients. We assessed their convergent validity (with the Hamilton Anxiety Rating Scale as reference), discriminant validity (as compared with the Clinical Global Impression), reliability (internal consistency, test-retest and inter-raters) and sensitivity to change.

RESULTS: One hundred and sixty one AD patients were included (48 stable and 133 unstable patients). Both the CAS and the PQ showed appropriate convergent ($r \geq 0,70$) and discriminant validity ($p \leq 0,001$), internal consistency (Cronbach's $\alpha > 0,75$), test-retest reliability (intra-class correlation coefficient [ICC] $> 0,90$), inter-raters reliability (ICC $> 0,90$) and sensitivity to change ($p < 0,0001$; effect size $\geq 1,5$).

CONCLUSIONS: The Spanish versions of both rating scales show appropriate validity and reliability and thus can be used to assess the severity of anxiety symptoms and their change in AD patients treated in ambulatory care.

Key words: Anxiety. Psychometric rating scales. Validity. Reliability. Sensitivity to change. Clinical Anxiety Scale. Physician Questionnaire.

Los trastornos de ansiedad, caracterizados por una respuesta desproporcionada a la situación o estímulo estresante, así como por un profundo grado de interrelación en la vida cotidiana, son enfermedades de alta prevalencia en la población general y en los servicios de salud¹⁻⁴. Una quinta parte de la población adulta padece síntomas significativos de ansiedad, siendo mayor la prevalencia en mujeres y adultos jóvenes⁵. Aunque se considera que los trastornos de ansiedad presentan menores repercusiones clínicas y en la calidad de vida que otros trastornos mentales, lo cierto es que siguen un curso clínico relativamente estable, con una gran cronicidad⁶. Además, deterioran el estado funcional de la persona enferma y su calidad de vida de manera similar o incluso superior a enfermedades no psiquiátricas comunes, como lumbalgias, artritis, diabetes o enfermedades cardíacas⁷. La gravedad clínica de los trastornos de ansiedad se correlaciona positivamente con la utilización de los servicios de salud⁸. Por todo ello, los aspectos que parecen más prioritarios en el área de los trastornos de ansiedad son la mejora en la capacidad del médico para su diagnóstico y tratamiento en la estructura primaria de atención sanitaria y la evaluación sistemática de la eficacia y efectividad de las estrategias terapéuticas empleadas hasta el momento en todos los niveles de la atención sanitaria^{9,10-12}.

La génesis y acumulación de evidencia sobre la eficacia de los tratamientos prescritos en los trastornos de ansiedad dependen de la existencia de instrumentos de medición que valoren la gravedad de sus síntomas y que presenten adecuados criterios psicométricos de validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio. Uno de esos instrumentos, la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)¹³, actualmente validada en español¹⁴ y ampliamente utilizada en estudios clínicos, es el criterio usual de referencia frente al que se comparan los rendimientos de otras escalas

Estudio promovido por GlaxoSmithKline, S.A.

Al final del artículo se ofrece la relación de los miembros del GVEEP.

Correspondencia: Dr. J. Ballesteros.

Fundación M. Josefa Recio-Instituto de Investigaciones Psiquiátricas.

Egaña, 10. 48010 Bilbao. Vizcaya. España.

Correo electrónico: iip@fundacion-iip.org

Recibido el 27-2-2003; aceptado para su publicación el 1-7-2003.

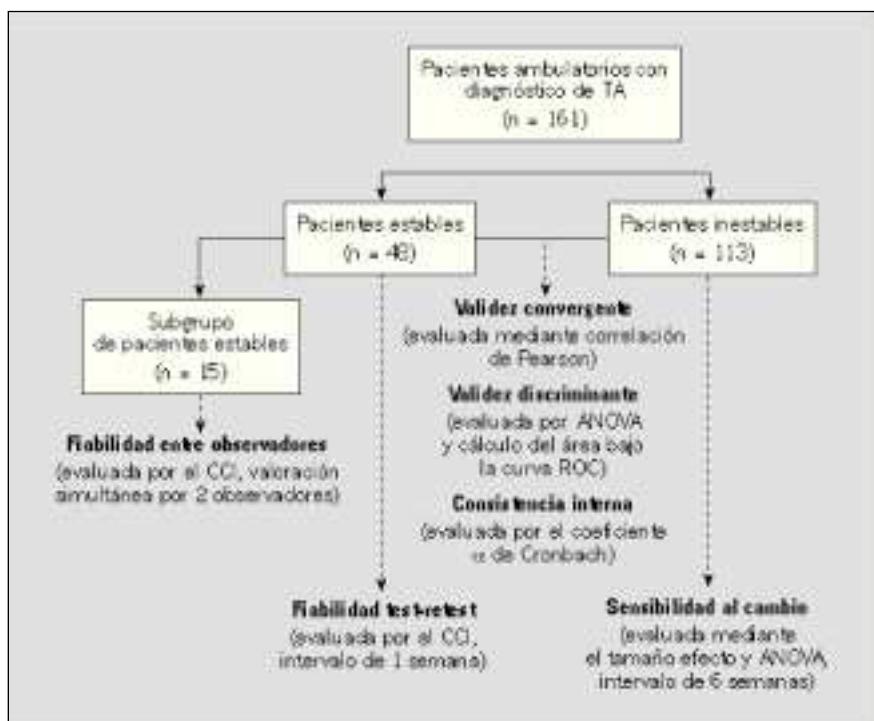


Fig. 1. Diagrama del estudio. TA: trastornos de ansiedad; CCI: coeficiente de correlación intraclass.

para la medición de la gravedad de los trastornos de ansiedad. Sin embargo, la utilidad de la HARS en el medio ambulatorio hospitalario o de atención primaria es limitada debido al relativamente prolongado tiempo de aplicación que requiere la escala, a la presión asistencial y al escaso tiempo de consulta disponible. Así, hemos creído oportuno añadir al escaso conjunto de escalas ya validadas en español¹⁵ nuevos instrumentos de valoración clínica de los trastornos de ansiedad que, dada su brevedad, superen las limitaciones previamente descritas. La traducción y validación en español de la Clinical Anxiety Scale (CAS)¹⁶ y del Physician Questionnaire (PQ)¹⁷, construidos ambos para la evaluación de la presencia y la gravedad de los síntomas de los trastornos de ansiedad en el ámbito de la atención ambulatoria, pretende paliar el déficit de instrumentos para la valoración clínica de la ansiedad, tanto en la práctica asistencial como en la investigación clínica, en el medio donde ésta se manifiesta con mayor prevalencia.

Pacientes y método

Diseño

Se realizó un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico, con un período de seguimiento de una a 6 semanas, en pacientes de ambos sexos con trastornos de ansiedad, de edad comprendida entre los 18 y los 65 años, provenientes del Servicio de Psiquiatría de los 15 centros que participaron en el estudio. Los pacientes fueron reclutados consecutivamente de entre quienes acudieron a las consultas externas de los centros y dieron su consentimiento informado para participar en el estudio. Los pacien-

tes debían presentar uno de los siguientes diagnósticos de trastornos de ansiedad según criterios DSM-IV: trastorno de angustia sin agorafobia (código: 300.01), trastornos de ansiedad generalizada (300.02) o trastornos adaptativos con ansiedad (309.24) cuya puntuación en la escala de Impresión Clínica Global (ICG) fuera de 4 puntos o mayor.

En la visita de inclusión, los pacientes fueron clasificados por los psiquiatras como clínicamente estables (aquellos en los que no se preveían cambios en la gravedad del trastorno durante la semana siguiente a su inclusión en el estudio) o inestables (aquellos en los que, en función del juicio clínico, se hallaba indicado el inicio o un cambio en el tratamiento). Los pacientes estables fueron citados para una visita de seguimiento en el plazo de una semana para evaluar la fiabilidad test-retest de la CAS y del PQ, mientras que los pacientes inestables fueron evaluados a las 6 semanas de la visita de inclusión (tras recibir el tratamiento adecuado en cada caso) con objeto de evaluar la sensibilidad al cambio de las escalas. Un subgrupo de pacientes estables, de uno de los centros de estudio, fue evaluado simultáneamente en la visita de inclusión por dos psiquiatras con el fin de determinar la fiabilidad entre observadores para la CAS y el PQ. En este caso, los investigadores puntuaron la intensidad de los síntomas clínicos presentes en el paciente alternando sucesivamente la función de entrevistador y observador. La representación esquemática del estudio se presenta en la figura 1.

De acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Española de Epidemiología¹⁸, el estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del investigador coordinador, en este caso, el del Hospital del Mar (Barcelona), y posteriormente se remitió dicha aprobación, junto con el protocolo del estudio, a los comités éticos de los otros 14 centros participantes. Todos los pacientes otorgaron su consentimiento informado por escrito antes de ser incluidos en el estudio.

Muestra

Los tamaños de muestra mínimos necesarios se calcularon en función de las características psicométricas de validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio a evaluar¹⁹. En todos los cálculos se presumió un nivel de significación bilateral del 5% y una potencia estadística del 80%. Para la fiabilidad test-retest y entre

observadores, el tamaño estimado de la muestra fue de 11 pacientes suponiendo una correlación entre tiempos u observadores de 0,7. El tamaño de la muestra para evaluar la sensibilidad al cambio, presumiendo una disminución de 5 puntos en las escalas (derivación estándar [DE] = 5) y una correlación moderada (0,40) entre escalas (0,40). A partir de estas primeras estimaciones, el tamaño de muestra definitivo se aumentó a 165 sujetos con el fin de poder realizar posteriores análisis confirmatorios de las dimensiones de la HARS, objetivo secundario del estudio, que será motivo de comunicación aparte.

Escalas de evaluación objeto del estudio

La CAS (anexo 1) y el PQ (anexo 2) son escalas heteroadministradas que valoran la gravedad de la sintomatología presente en pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad. El lapso de evaluación de la CAS comprende los últimos dos días, mientras que el del PQ es la última semana. La CAS se diseñó a partir de las áreas de contenido presentes en la HARS y consta de 7 ítems que se puntuán, cada uno, en una escala ordinal de 5 puntos (0-4). Según sus autores¹⁶, los ítems de la CAS están principalmente orientados a la valoración de la ansiedad psíquica o cognitiva, por lo que no estaría tan influenciada como la HARS por las manifestaciones somáticas de la ansiedad. El PQ revisado²⁰ a partir de su descripción original¹⁷ incluye 14 ítems que se valoran en una escala ordinal de 7 puntos (1-7), y evalúa sintomatología neurótica y su respuesta al tratamiento. La sintomatología que recoge son los síntomas más comúnmente observados y familiares a los médicos generales. El PQ incluye una agrupación de síntomas emocionales (ítems 1 a 5), otra de síntomas somáticos (ítems 6 a 10), una valoración global (ítems 1 a 13), y 1 ítem independiente que valora la gravedad general del trastorno de ansiedad (ítem 14). Debido a su brevedad, ambas escalas pueden ser útiles en la valoración de los trastornos de ansiedad en asistencia ambulatoria, bien hospitalaria, bien de atención primaria.

Antes del comienzo del estudio se realizó una reunión de entrenamiento con los investigadores implicados para valorar los problemas de interpretación de gravedad en los ítems de las escalas CAS y PQ, para lo cual se utilizaron los síntomas presentes en dos pacientes con trastorno de ansiedad cuyas entrevistas psicopatológicas se habían grabado en vídeo. En la misma reunión se identificaron los ítems de cada escala cuya interpretación y valoración eran más conflictivas para desarrollar guías de puntuación consensuada a partir de las instrucciones recogidas para cada ítem de las escalas de estudio (CAS, anexo 1; PQ, anexo 2).

Otros instrumentos de medida

Este estudio incluye la HARS, en su validación española¹⁴, y la ICG²⁰ para valorar, respectivamente, la validez convergente y discriminante de la CAS y del PQ. La HARS¹³ es una escala heteroadministrada que incluye 14 ítems puntuados según una escala ordinal de 5 puntos (0-4); valora la ansiedad global, incluyendo síntomas somáticos (ítems 1 a 6) y psíquicos o cognitivos (ítems 7 a 12). La puntuación global de la HARS se utiliza como parámetro primario de resultados en estudios que valoran la eficacia de tratamientos farmacológicos en los trastornos de ansiedad. La ICG²⁰ evalúa la gravedad sintomática del paciente según el criterio clínico del psiquiatra y presenta 8 posibles opciones de respuesta, con puntuaciones de 0 en los casos no evaluables y un rango ordinal de 1 (casos leves) a 7 (casos de gravedad más extrema de la enfermedad). Todos los instrumentos fueron aplicados por los psiquiatras a cuyo cargo estaba el tratamiento de los pacientes, por lo que fue imposible el enmascaramiento en su aplicación.

La traducción de la CAS y del PQ al español se llevó a cabo siguiendo un procedimiento de traducción directa e inversa, utilizando 4 traductores independientes, dos de inglés a español y otros dos de español a inglés. La versión original de la CAS se obtuvo a partir de Snaith et al¹⁶, y la del PQ, a partir de Guy²⁰.

Análisis estadístico

La validez convergente de ambas escalas se evaluó mediante sus coeficientes de correlación de Pearson con la HARS, tras determinar gráficamente que su asociación era lineal. La hipótesis previa presumió valores de correlación moderados ($0,4 < r < 0,7$) o altos ($r > 0,7$). La validez discriminante de la CAS y del PQ se evaluó mediante análisis de la varianza según la gravedad sintomática de los pacientes valorada por la ICG (visita de inclusión). El análisis de la varianza fue seguido de contrastes *post hoc* ajustados para comparaciones múltiples mediante la aproximación de Bonferroni. La capacidad de discriminación de ambas escalas frente a criterios dicotómicos de gravedad según la ICG se analizó mediante el cálculo del área bajo la curva ROC²¹. Las puntuaciones en la visita de inclusión de la CAS y del PQ se utilizaron para valorar su coherencia interna mediante el cálculo del coeficiente α de Cronbach. La fiabilidad test-retest de las puntuaciones de ambas escalas se evaluó, sólo en el grupo de pacientes estables, mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI)²². Asimismo, se calculó el CCI con objeto de evaluar la fiabilidad entre observadores para el subgrupo de pacientes estables evaluados simultáneamente por dos entrevistadores. Para evaluar la sensibilidad al cambio de la CAS y del PQ, se compararon, solamente en el grupo de pacientes inestables, las puntuaciones de la visita de inclusión y de la seguimiento. La diferencia de medias, evaluada mediante la prueba de la t de Student para muestras emparejadas, así como la correlación entre las puntuaciones de la visita de inclusión y de la seguimiento se utilizaron en el cálculo del tamaño del efecto para el cambio sintomático²³. También se valoró la sensibilidad al cambio mediante análisis de la varianza para las puntuaciones de cambio de la CAS y del PQ (puntuación visita de inclusión – puntuación visita de seguimiento) según las categorías de mejoría clínica obtenidas a partir del cambio reflejado entre la ICG de la visita de inclusión y la de seguimiento. La interpretación de los análisis estadísticos se realizó basándose en la valoración previa de sus condiciones de aplicación. Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa Stata en su versión 7 (StataCorp, College Station, TX, EE.UU.).

Resultados

Descripción de la muestra

Las principales características de los 161 sujetos con trastornos de ansiedad incluidos en el estudio (48 pacientes estables, 113 pacientes inestables) se describen en la tabla 1. En ambos grupos predominaron las mujeres (un 62 y un 69%), la media (DE) de edad fue de 42 (13) años y 38 (12) años, respectivamente. Los pacientes incluidos habían cursado estudios primarios o secundarios principalmente y la mayoría se hallaba en situación laboral activa (56%). El diagnóstico principal fue el trastorno de ansiedad generalizada (un 48 y un 44%, respectivamente), seguido del trastorno de angustia sin agorafobia (un 31 y un 35%). En el grupo de pacientes estables el tiempo de evolución del trastorno de ansiedad fue mayor que en el grupo de pacientes inestables, mientras que la estimación de la gravedad del trastorno de ansiedad fue mayor en estos últimos que en los primeros (el 88 frente al 54% de pacientes moderada o gravemente enfermos).

Administración de la CAS y del PQ

En el transcurso del estudio dos sujetos del grupo de pacientes inestables no

TABLA 1

Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en estudio

Variables	Pacientes estables (n = 48) [n (%)]	Pacientes inestables (n = 113) [n (%)]
Edad media (DE), años	41,5 (13,0)	37,6 (12,3)
Sexo		
Varones	18 (38,0)	35 (31,0)
Mujeres	30 (62,0)	78 (69,0)
Nivel de educación		
Sin estudios	1 (2,1)	6 (5,4)
Estudios primarios	17 (35,4)	52 (46,8)
Estudios secundarios	16 (33,3)	29 (25,7)
Estudios universitarios	14 (29,2)	24 (21,2)
Situación laboral		
Trabaja fuera de casa	27 (56,3)	63 (55,8)
Parado	3 (6,3)	7 (6,2)
Jubilado	0 (0,0)	1 (0,9)
Incapacidad laboral o invalidez permanente	8 (16,7)	11 (9,7)
Ama de casa	7 (14,6)	22 (19,5)
Estudiante	3 (6,3)	9 (8,0)
Diagnóstico (código DSM-IV)		
Trastorno de angustia sin agorafobia (300.01)	15 (31,3)	39 (35,1)
Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)	23 (47,9)	49 (44,1)
Trastorno adaptativo con ansiedad (309.24)	5 (10,4)	16 (14,4)
Otros trastornos de ansiedad	5 (10,4)	7 (6,3)
Tiempo de evolución del trastorno		
De 0 a 3 meses	6 (12,5)	45 (40,9)
De 4 meses a 1 año	20 (41,7)	30 (27,3)
Más de 1 año	22 (45,8)	35 (31,8)
Gravedad del trastorno		
Levemente enfermo	22 (45,8)	14 (12,4)
Moderadamente enfermo	22 (45,8)	81 (71,7)
Gravemente enfermo	4 (8,3)	18 (15,9)

TABLA 2

Correlaciones de Pearson entre la Clinical Anxiety Scale (CAS), el Physician Questionnaire (PQ) y la Hamilton Anxiety Scale (HARS) (n = 161)

	HARS	HARS somática	HARS psíquica
CAS	0,70	0,69	0,57
PQ total	0,79	0,77	0,65
PQ emocional	0,70	0,73	0,53
PQ somático	0,69	0,67	0,57

Para todas las correlaciones, $p < 0,0001$.

acudieron a la visita de seguimiento, por lo que la estimación de la sensibilidad al cambio según el tamaño del efecto se realizó sobre 111 pacientes. No se recogió la ICG de la visita de seguimiento en otros dos pacientes del mismo grupo, por lo que la estimación de la sensibilidad al cambio según análisis de la varianza se restringió a 109 pacientes. El tiempo medio (DE) que transcurrió entre la primera y segunda administración de la CAS y del PQ fue de 4,7 (5,8) días en el grupo de pacientes estables, y de 43,9 (7,1) días en el grupo de pacientes inestables. Se recogieron 8 escalas incompletas de la CAS y 17 del PQ en la visita de inclusión o en la de seguimiento. En todas las escalas incompletas de la CAS y en 16 escalas del PQ faltaba un ítem por cumplimentar, mientras que en una escala del

PQ no se cumplimentaron tres ítems. En estos casos, a los ítems no cumplimentados se les imputó el valor 0 (visita de inclusión) o el valor previo recogido (visita de seguimiento). El tiempo medio para la administración de la CAS y del PQ fue de 11 (5,2) y 9 (5,2) min, respectivamente.

Validez convergente de la CAS y del PQ

En la tabla 2 se presentan los coeficientes de correlación entre ambas escalas y la escala de referencia (HARS). La puntuación en la CAS presentó correlaciones moderadas y estadísticamente significativas tanto con la puntuación total de la HARS como con la puntuación de sus componentes de ansiedad somática y psíquica. Lo mismo sucedió con la puntuación total del PQ y sus componentes emocionales y somáticos. Es de señalar que tanto en la CAS como en el PQ las correlaciones más bajas se recogieron con el componente psíquico, o subjetivo, de la HARS.

Validez discriminante de la CAS y del PQ

Ambas escalas fueron capaces de discriminar entre los niveles de gravedad clínica según la ICG (tabla 3) (CAS, $F = 35,5$ con 2 y 158 grados de libertad, $p < 0,0001$; PQ total, $F = 11,5$ con 2 y 158 grados de libertad, $p < 0,0001$; PQ emocional, $F = 7,2$ con 2 y 158 grados de libertad, $p = 0,001$; PQ somático, $F = 9,6$

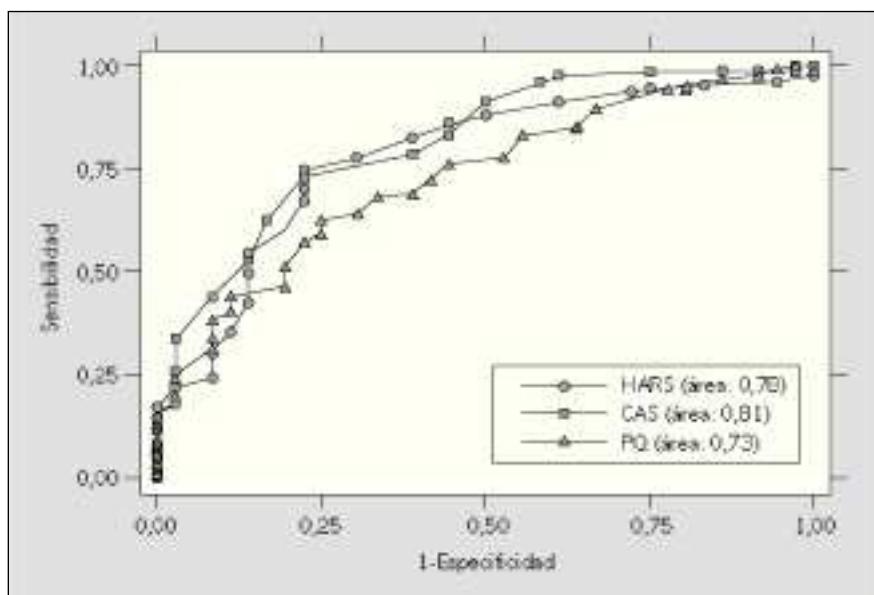


Fig. 2. Discriminación de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Clinical Anxiety Scale (CAS) y Physician Questionnaire (PQ) entre pacientes moderada y levemente enfermos. Área bajo la curva ROC.

con 2 y 158 grados de libertad, $p = 0,0001$). Los contrastes *post hoc* entre parejas de la CAS y el PQ para cada nivel de gravedad fueron significativos ($p < 0,05$)

excepto para los niveles de contraste de moderada y gravemente enfermo del PQ total ($p = 0,21$), del PQ emocional ($p = 0,20$) y del PQ somático ($p = 0,50$). En

las figuras 2 y 3 se presentan la capacidad de discriminación de la CAS y del PQ en función del cálculo del área bajo la curva ROC y se incluye también, a efectos comparativos, el rendimiento de la HARS. En la figura 2 se ilustra la capacidad discriminante para un punto de corte de la ICG de 4/5 (moderadamente enfermo o mayor gravedad frente a levemente enfermo). La comparación entre las áreas bajo la curva ROC de la CAS y del PQ presentó un valor significativo ($\chi^2 = 5,3$ con 1 grado de libertad, $p = 0,02$) señalando que la CAS fue más discriminante que el PQ. Cuando se valoró el poder de discriminación frente al criterio de referencia, la CAS no presentó resultados significativamente distintos de la HARS ($\chi^2 = 0,97$ con 1 grado de libertad, $p = 0,32$), mientras que el PQ presentó un rendimiento menor ($\chi^2 = 3,3$ con 1 grado de libertad, $p = 0,07$). En la figura 3 se representa la capacidad discriminante de las escalas para un punto de corte de la ICG de 6/6 (gravemente enfermo frente a moderada o levemente enfermo). También aquí presentó la CAS mayor capacidad discriminante que el PQ ($\chi^2 = 10,7$ con 1 grado de libertad, $p = 0,001$). Frente al criterio de referencia, la CAS no fue significativamente distinta en su capacidad discriminante ($\chi^2 = 1,5$ con 1 grado de libertad, $p = 0,22$). Por el contrario, el PQ presentó menor capacidad discriminante que la HARS ($\chi^2 = 8,8$ con 1 grado de libertad, $p = 0,003$).

Fiabilidad de la CAS y del PQ

En la tabla 4 se recogen los diversos aspectos de fiabilidad evaluados. La coherencia interna alcanzó valores del coeficiente α de Cronbach de 0,7 o superiores para la CAS, el PQ total y el PQ emocional, mientras que fue menor para el PQ somático (0,58). La fiabilidad test-retest evaluada mediante el CCI fue alta en todos los casos ($\geq 0,80$), al igual que la fiabilidad entre observadores ($\geq 0,90$).

Sensibilidad al cambio de la CAS y del PQ

La sensibilidad al cambio se evaluó tanto mediante la estimación del tamaño del efecto (tabla 5) como mediante la variación en la ganancia conseguida según los niveles de mejoría clínica experimentados

TABLA 3

Validez discriminante de la Clinical Anxiety Scale (CAS) y del Physician Questionnaire (PQ) en función de la gravedad clínica

ICG	Pacientes n (%)	CAS media (DE)*	PQ total, media (DE)*	PQ emocional media (DE)*	PQ somático, media (DE)*
Levemente enfermo	36 (22,4)	10,7 (4,1)	34,4 (8,5)	14,0 (4,7)	13,6 (4,1)
Moderadamente enfermo	103 (64,0)	15,1 (4,0)	42,2 (10,5)	16,8 (5,2)	16,8 (4,2)
Gravemente enfermo	22 (13,7)	19,5 (3,6)	46,5 (11,7)	19,0 (4,5)	18,1 (5,4)

ICG: Impresión Clínica Global. * $p \leq 0,001$.

TABLA 4

Fiabilidad de las versiones en español de la Clinical Anxiety Scale (CAS) y del Physician Questionnaire (PQ)

Propiedades	CAS	PQ total	PQ emocional	PQ somático
Coherencia interna (n = 161)				
α de Cronbach	0,77	0,85	0,78	0,58
Fiabilidad test-retest (n = 48)				
Puntuación media test (DE)	12,2 (5,2)	36,8 (11,7)	14,6 (5,3)	14,7 (5,0)
Puntuación media retest (DE)	11,7 (4,9)	35,5 (10,7)	14,4 (5,0)	14,0 (4,5)
Correlación test-retest	0,93	0,96	0,95	0,89
CCI	0,92	0,95	0,95	0,88
Fiabilidad entre observadores (n = 15)				
Puntuación media observador 1 (DE)	15,2 (4,4)	38,7 (10,9)	14,6 (4,7)	16,3 (4,8)
Puntuación media observador 2 (DE)	14,9 (4,5)	38,4 (11,1)	14,3 (4,2)	16,3 (4,7)
Correlación entre observadores	0,97	0,99	0,95	0,98
CCI	0,96	0,99	0,95	0,98

CCI: coeficiente de correlación intraclass.

TABLA 5

Sensibilidad al cambio de las versiones en español de la Clinical Anxiety Scale (CAS) y del Physician Questionnaire (PQ) (n = 111)

Propiedades	CAS	PQ total	PQ emocional	PQ somático
Puntuación media basal (DE)	15,8 (4,1)	43,0 (10,1)	17,3 (5,0)	17,0 (4,3)
Puntuación media a las 6 semanas (DE)	8,1 (4,5)	28,4 (9,6)	11,3 (4,3)	11,4 (4,1)
Diferencia test-retest, media (DE)	7,8 (5,0)*	14,6 (9,7)*	6,0 (4,8)*	5,6 (4,0)*
Correlación entre las puntuaciones basales y a los 2 meses	0,33	0,52	0,47	0,54
Tamaño del efecto (IC del 95%)	1,8 (1,5-2,1)	1,5 (1,2-1,7)	1,3 (1,0-1,5)	1,3 (1,1-1,6)

* $p < 0,0001$.

por los pacientes (tabla 6). La mejoría clínica se valoró de acuerdo con el cambio entre las puntuaciones de la ICG inicial y final. Se consideró que no hubo cambios cuando dicha diferencia fue 0; se consideró moderada mejoría la puntuación de 1; de apreciable mejoría la puntuación de 2, e importante mejoría las diferencias iguales o mayores a 3. La sensibilidad al cambio, valorada mediante el tamaño del efecto, fue importante en todos los casos y algo mayor para la CAS ($d = 1,8$) que para el PQ (PQ total, $d = 1,5$; PQ emocional, $d = 1,3$; PQ somático, $d = 1,3$). En consonancia con los resultados del tamaño del efecto, el cambio experimentado a las 6 semanas de tratamiento fue superior según la CAS (49%) que según el PQ (PQ total del 34%; PQ emocional del 38%; PQ somático del 33%). Por otro lado, las puntuaciones de cambio en la CAS y en el PQ fueron capaces de discriminar entre los grupos de pacientes según la mejoría clínica experimentada (CAS, $F = 21,2$ con 3 y 105 grados de libertad, $p < 0,0001$; PQ total, $F = 21,0$ con 3 y 105 grados de libertad, $p < 0,0001$; PQ emocional: $F = 10,5$ con 3 y 105 grados de libertad, $p < 0,0001$; PQ somático, $F = 19,8$ con 3 y 105 grados de libertad, $p < 0,0001$).

Discusión

Los resultados de este estudio indican que tanto la CAS como el PQ presentan adecuadas características psicométricas de validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio para la valoración de pacientes con trastornos de ansiedad atendidos en medios ambulatorios, y que pueden utilizarse como herramientas de valoración y de investigación clínica en nuestro país. Sólo hemos encontrado dos adaptaciones previas de la CAS en lengua no inglesa, una sueca²⁴ y otra italiana²⁵, y ninguna del PQ.

El análisis de la validez convergente entre ambas escalas y la HARS presenta una matriz de correlaciones significativas y próximas o superiores a 0,7 (en el caso de la CAS, la puntuación total del PQ y de sus subescalas emocional y somática) con la puntuación total de la HARS y su subescala somática. Por el contrario, las correlaciones más moderadas se obtienen frente a la puntuación de la HARS psíquica o cognitiva. No hemos encontrado datos previos de validez convergente de la CAS y del PQ. Nuestros análisis también apoyan la validez discriminante de ambas escalas según criterios de gravedad clínica y en ello concuerdan con los estudios originales^{16,17}. Las aproximaciones previas a la valoración de la validez discriminante de ambas escalas se basaron en el cambio de puntuación observada a las 4 semanas entre grupos de

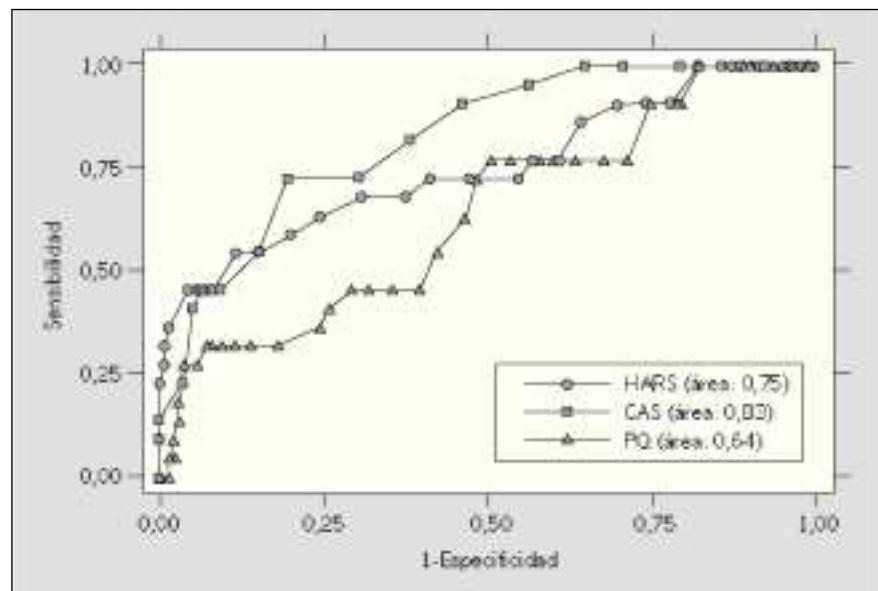


Fig. 3. Discriminación de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Clinical Anxiety Scale (CAS) y Physician Questionnaire (PQ) entre pacientes moderada y gravemente enfermos. Área bajo la curva ROC.

tratamiento y grupos control para el PQ¹⁷, y en correlaciones no paramétricas frente a un indicador de gravedad clínica para la CAS¹⁶. En este último caso, se señaló una mejor validez discriminante para la CAS (rho de Spearman = 0,85; $n = 51$) que para la HARS (rho = 0,80)¹⁶. En nuestros análisis comparativos se aprecia que la CAS presenta una validez discriminante significativamente superior al PQ (de acuerdo con el cálculo del área bajo la curva ROC), sin ser significativamente distinta de la escala de referencia (HARS). En los estudios originales de validación de ambas escalas el único criterio de fiabilidad valorado fue el de fiabilidad entre observadores, analizado mediante correlación lineal. La fiabilidad entre observadores para la CAS ($r = 0,95$)²⁶ es similar a la encontrada por nosotros ($r = 0,97$; CCI = 0,96), mientras que para los valores correspondientes del PQ (PQ total, $r = 0,85$; PQ emocional, $r = 0,77$; PQ somático, $r = 0,83$)¹⁶ nuestros datos son superiores a los recogidos en el estudio original y apoyan la buena fiabilidad entre observadores. Además, nuestros resultados apoyan la fiabilidad de ambas escalas en cuanto a su estabilidad test-retest

($CCI > 0,80$) y a su coherencia interna (α de Cronbach > 0,70 excepto para la subescala somática del PQ, $\alpha < 0,60$).

La sensibilidad al cambio clínico de la CAS y del PQ también concuerda con los resultados descritos en los estudios originales, si bien en ellos su valoración se realizó de manera distinta. Rickels y Howard¹⁷ valoraron la sensibilidad al cambio a partir de la ganancia de puntuaciones del PQ en sujetos que recibieron algún tratamiento experimental frente a controles, en el marco de varios ensayos controlados de la década de los sesenta, y en muestras de pacientes diagnosticados de neurosis, tanto con síntomas de ansiedad como de depresión²⁷⁻²⁹. Este enfoque no deja de tener problemas, ya que presenta un razonamiento circular en la valoración de escalas de gravedad sintomática. La tautología implícita en la utilización secundaria de los resultados de un ensayo clínico que pretende valorar la eficacia de un tratamiento según el cambio observado en la puntuación de una escala, para validar simultáneamente dicha escala, no resulta aceptable actualmente. Por su lado, Snaith et al¹⁶ valoraron la sensibilidad al cambio de la CAS median-

TABLA 6

Puntuaciones de cambio clínico en la Clinical Anxiety (CAS) y del Physician Questionnaire (PQ) según la mejoría clínica a las 6 semanas de tratamiento

Puntuación de cambio en la ICG	Pacientes n (%)	CAS, media (DE)*	PQ total, media (DE)*	PQ emocional, media (DE)*	PQ somático, media (DE)*
0. Sin cambios	17 (15,6)	1,6 (5,4)	3,9 (9,3)	1,6 (5,9)	0,8 (2,8)
1. Moderada mejoría	47 (43,1)	7,6 (3,8)	13,3 (7,2)	5,4 (3,3)	5,3 (3,4)
2. Apreciable mejoría	25 (22,9)	9,1 (3,7)	18,4 (6,6)	7,7 (3,7)	6,7 (3,0)
3-4. Importante mejoría	20 (18,4)	11,9 (3,3)	22,7 (9,3)	8,9 (5,5)	8,9 (3,6)

ICG: Impresión Clínica Global. * $p < 0,0001$.

te la correlación de la ganancia en sus puntuaciones tras períodos de tratamiento con la ganancia en la puntuación de una escala independiente de gravedad ($\rho = 0,74$). Además, en un estudio posterior³⁰ presentan criterios de corte en la puntuación de la CAS indicativos de remisión clínica (0-4 puntos), ansiedad leve (5-10), moderada (11-16) y grave (17-24). Nuestros resultados señalan que las puntuaciones de cambio tanto en la CAS como en el PQ total y en sus subescalas (PQ emocional y somático) se corresponden significativamente con las puntuaciones de cambio en la ICG. En cualquier caso, la CAS es más sensible al cambio que el PQ, aunque ambas escalas presentan un importante tamaño del efecto³¹.

En resumen, tanto la CAS como el PQ presentan buenos rendimientos psicométricos para valorar la gravedad de los trastornos de ansiedad, aunque sea la CAS la que presenta los mejores indicadores de validez discriminante y de sensibilidad al cambio. Dado que las áreas de contenido de la CAS, a diferencia de la HARS, no reflejan signos objetivos de ansiedad somática salvo tensión muscular¹⁶, mientras que el PQ recoge contenidos sintomáticos mixtos de ansiedad y depresión¹⁷, que son altamente frecuentes en la atención ambulatoria^{1,2,7,9}, y además debido a lo breve que resulta su valoración, consideramos que ambas escalas pueden ser útiles en la valoración de la gravedad de los trastornos de ansiedad en medio ambulatorio hospitalario o de atención primaria, y complementan el escaso repertorio de escalas para trastornos de ansiedad ya validadas en español¹⁵.

Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas

Miquel Casas, Rosa Bosch, Francisco Collazos y Carlos Roncero (Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona); Javier Merino, Carme Bisbe, Carmen Contreras, Francisco Berenguer y José M. Gómez-Gómez (Centro de Salud Mental Santa Coloma de Farners, Gerona); M. Teresa Bascárán, M. Paz García-Portilla y Sara Martínez Barrondo (Área de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo); José Cañete y Silvia Cañizares (Servicio de Psiquiatría, Hospital de Mataró); Luis Sánchez-Planell y Crisanto Díez-Quevedo (Servicio de Psiquiatría, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona); Diego J. Palao (Servicio de Psiquiatría y

Salud Mental, Hospital General de Vic, Barcelona); Josep Gascón, María J. Martín, Joan Viñas y María Luque (Servicio de Psiquiatría, Hospital de Mútua de Terrassa); Ana González-Pinto, Blanca Fernández de Corres, Josefina Ojeda, Ana González-Isasi y Tomás Berasategui (Servicio de Psiquiatría, Hospital Santiago Apóstol, Vitoria); Jaime de la Torre y José R. Doménech (Servicio de Psiquiatría, Hospital de la Creu Roja, Barcelona); Rocío Martín-Santos, Javier Sangorrín y Jordi Gago (Servicio de Psiquiatría, Hospital del Mar, Barcelona); Lorenzo Chamorro, Nely Elices y Ángel Tomás-Valles (Unidad de Psiquiatría, Hospital General de Guadalajara); José V. Baeza, Lorena García-Fernández, José M. Blasco-Herrero y Ricard Gàndia-Espí (Servicio de Psiquiatría, Hospital General Universitario de Elche, Alicante); José L. Santos, Juan C. Guillén y Norma C. Devoto (Servicio de Psiquiatría, Hospital Virgen de la Luz, Cuenca); Eduardo García-Camba, Elena Ezquiaga, Carlos J. Martínez, Abigail Huertas y María Portela (Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid); José R. Gutiérrez-Casares, Javier Bustó y Fernando Galán (Servicio de Psiquiatría, Hospital Infanta Cristina, Badajoz); Luis Guardiola (Departamento Médico, GlaxoSmithKline, SA, Tres Cantos, Madrid).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Stein MB, Kirk P, Prabhu V, Grott M, Terepa M. Mixed anxiety-depression in a primary-care clinic. *J Affect Disord* 1995;34:79-84.
- Pini S, Perkonning A, Tansella M, Wittchen HU. Prevalence and 12-month outcome of threshold and subthreshold mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 1999;56:37-48.
- Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Borkovec TD, Rickels K, et al. Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 11):53-8.
- Kessler RC, Wittchen HU. Patterns and correlates of generalized anxiety disorder in community samples. *J Clin Psychiatry* 2002;63(Suppl 8):4-10.
- Vallejo J, Gastó C. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Masson, 2000.
- Angst J, Vollrath M. The natural history of anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:446-52.
- Schonfeld WH, Verboncoeur CJ, Fifer SK, Lipschutz RC, Lubeck DP, Buesching DP. The functioning and well-being of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder. *J Affect Disord* 1997;43:105-19.
- Nease DE, Volk RJ, Cass AR. Does the severity of mood and anxiety symptoms predict health care utilization? *J Fam Pract* 1999;48:769-77.
- Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Hofler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management. *J Clin Psychiatry* 2002;63(Suppl 8):24-34.
- Pollack MH. Optimizing pharmacotherapy of generalized anxiety disorder to achieve remission. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 19):20-5.
- Culpepper L. Generalized anxiety disorder in primary care: emerging issues in management and treatment. *J Clin Psychiatry* 2002;63(Suppl 8):35-42.
- Keller MB. The long-term clinical course of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2002;63(Suppl 8):11-6.
- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32:50-5.
- Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)* 2002;118:493-99.
- Echeburúa E. Medicación clínica en trastornos fóbicos y de ansiedad. En: Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa P, editores. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson, 2000; p. 369-75.
- Snaith RP, Baugh SJ, Clayden AD, Husain A, Sipple MA. The Clinical Anxiety Scale: an instrument derived from the Hamilton Anxiety Scale. *Br J Psychiatry* 1982;141:518-23.
- Rickels K, Howard K. The Physician Questionnaire: a useful tool in psychiatric drug research. *Psychopharmacology* 1970;17:338-44.
- Tormo Diaz MJ, Dal-Ré R, Pérez Albaracín G. *Ética e investigación epidemiológica: principios, aplicaciones y casos prácticos*. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología, 1998.
- Borenstein M, Rothstein H, Cohen J. *Power and precision*. Englewood: Biostat, 2001.
- Guy W. *ECDEU assessment manual for psychopharmacology*. Rockville: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1976.
- Burgueño MJ, García-Bastos JL, González-Buitrago JM. Las curvas ROC en la evaluación de las pruebas diagnósticas. *Med Clin (Barc)* 1995;104:661-70.
- Prieto L, Lamarca R, Casado A. La evaluación de la fiabilidad en las observaciones clínicas: el coeficiente de correlación intraclass. *Med Clin (Barc)* 1998;110:142-5.
- Dunlap WP, Cortina JM, Vaslow JB, Burke MJ. Meta-analysis of experiments with matched groups or repeated measures design. *Psychol Methods* 1996;1:170-7.
- Neuner J, Wistedt B, Sinner B, Aberg-Wistedt A, Stain-Malgrem R. The effect of citalopram treatment on platelet serotonin function in panic disorders. *Int Clin Psychopharmacol* 2000;15:83-91.
- Mundo E, Maina G, Uslenghi C. Multicentre, double-blind, comparison of fluvoxamine and clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2000;15:69-76.
- Bramley PN, Easton AME, Morley S, Snaith RP. The differentiation of anxiety and depression by rating scales. *Acta Psychiatr Scand* 1988;77:133-8.
- Hesbacher PT, Rickels K. Target symptoms. A promising improvement criterion in psychiatric drug research. *Arch Gen Psychiatry* 1968;18:595-600.
- Rickels K, Jenkins BW, Zamostien B, Raab E, Kanther M. Pharmacotherapy in neurotic depression. Differential population responses. *J Nerv Ment Dis* 1968;145:475-85.
- Rickels K, Gordon PE, Mecklenburg R, Sablosky L, Whalen EM, Dion H. Iprindole in neurotic depressed general practice patients: a controlled study. *Psychosomatics* 1968;9:208-14.
- Snaith RP, Harrap FM, Newby DA, Teale C. Grade of scores of the Montgomery-Asberg Depression and the Clinical Anxiety Scales. *Br J Psychiatry* 1986;148:599-601.
- Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Inc., 1988.

ANEXO 1

Escala de Ansiedad Clínica (Clinical Anxiety Scale [CAS])

La Escala de Ansiedad Clínica es un instrumento para la valoración del estado actual de ansiedad, por lo que se deberá poner énfasis en obtener información de cómo se siente el paciente en este momento. Sin embargo, la propia entrevista puede provocar un incremento o reducción del grado de ansiedad, y el entrevistador deberá pedir al paciente que se centre en describir cómo se ha sentido en los últimos dos días.

Por favor, rodee con un círculo la respuesta de cada pregunta que más se aplique al paciente en el momento actual

Ítems	Valoración
1. Tensión psíquica (deberá tenerse en cuenta la distinción entre tensión y tensión muscular, véase el siguiente ítem)	<p>4. Sensación muy marcada y angustiosa de «tener los nervios de punta», de estar «excitado», «agitado» o «nervioso», que persiste con escasa variación durante las horas de vigilia</p> <p>3. Como lo descrito anteriormente, pero con fluctuaciones de gravedad a lo largo del día</p> <p>2. Vivencia clara de tensión que no causa desazón</p> <p>1. Ligera sensación de tensión que no causa desazón</p> <p>0. Ninguna sensación de estar tenso fuera del grado habitual de tensión experimentado ante el estrés y que se considera normal en la población</p>
2. Habilidad para relajarse (tensión muscular)	<p>4. Experimenta grave tensión en la mayor parte de los músculos del cuerpo, que puede ir acompañada de síntomas como dolor, rigidez, espasmos y pérdida de control sobre los movimientos. Esta tensión está presente la mayor parte del tiempo que se encuentra en vigilia, y es incapaz de relajarse cuando lo desea</p> <p>3. Como lo descrito anteriormente, pero la tensión muscular puede afectar sólo a ciertos músculos y su gravedad puede fluctuar a lo largo del día</p> <p>2. Vivencia clara de tensión muscular en una parte concreta del cuerpo, suficiente para causar malestar, aunque no muy severo</p> <p>1. Tensión muscular ligera y recurrente, de la que el paciente es consciente pero que no le causa malestar. Los dolores ligeros de cabeza debidos a la tensión, o dolor en cualquier otro músculo, deberían ser puntuados aquí</p> <p>0. Tensión muscular no subjetiva o de tal grado que, cuando aparece, puede ser controlada con facilidad si se desea</p>
3. Respuesta estimular exagerada (hiperexcitabilidad)	<p>4. Un ruido inesperado causa tal inquietud que el paciente se queja diciendo algo como «me has dado un susto de muerte». La inquietud experimentada es tanto psíquica como somática, así que, además de la sensación de miedo, hay actividad muscular y síntomas vegetativos tales como sudor o palpitaciones</p> <p>3. Un ruido inesperado causa una gran inquietud psíquica o somática, pero no en ambas modalidades</p> <p>2. Un ruido inesperado causa una clara inquietud, pero no grave</p> <p>1. El paciente reconoce que está algo inquieto, pero no se siente molesto por ello</p> <p>0. El grado de sobresalto se considera totalmente normal en la población</p>
4. Preocupación (la evaluación deberá tener en cuenta el desajuste entre preocupación y el estrés del momento)	<p>4. El paciente experimenta preocupaciones casi continuas que implican pensamientos dolorosos que no puede suprimir de forma voluntaria y su inquietud es desproporcionada en relación con el contenido de sus pensamientos</p> <p>3. Como lo descrito anteriormente, pero con fluctuaciones de intensidad a lo largo de las horas de vigilia y con posible cese de los pensamientos inquietantes durante 1 o 2 h, sobre todo si el paciente está distraído con alguna actividad que requiera su atención</p> <p>2. Pensamientos angustiosos, desproporcionados para la situación que vive el paciente, continúan inmiscuyéndose en su conciencia, pero es capaz de disiparlos o alejarlos</p> <p>1. El paciente admite que tiende a preocuparse algo más de lo necesario en cosas sin importancia, pero esto no le causa demasiada inquietud</p> <p>0. La tendencia a preocuparse se considera normal entre la población; por ejemplo, incluso una preocupación grave debida a una brusca crisis financiera o a una inesperada enfermedad en un familiar, debería contabilizarse como 0 si se considera que está proporcionada con el grado de estrés</p>
5. Aprensión	<p>4. Sensación de estar al borde de algún desastre que no se puede explicar. Esta experiencia no tiene por qué ser continua y puede ocurrir varias veces al día en forma de episodios breves</p> <p>3. Como lo descrito anteriormente, pero la experiencia no ocurre más de una vez al día</p> <p>2. Percepción de desastre sin motivo que no es grave, aunque causa clara inquietud. El paciente quizás no utilice términos como «desastre» o «catástrofe», pero puede expresar su experiencia con alguna frase como «me siento como si algo malo fuera a suceder»</p> <p>1. Aprensión leve de la que el paciente es consciente pero que no le causa inquietud</p> <p>0. No hay sensación anticipatoria inmotivada de desastre</p>
6. Inquietud motora	<p>4. El paciente es incapaz de estar quieto durante más de unos minutos y se dedica a caminar sin descanso o a otra actividad sin propósito</p> <p>3. Como lo descrito anteriormente, pero es capaz de estar quieto más o menos durante 1 h en cada ocasión</p> <p>2. Tiene la sensación de que «necesita estar moviéndose», lo que le causa un cierto desasosiego, pero no demasiado</p> <p>1. Pequeña sensación de desasosiego que no causa inquietud</p> <p>0. Ausencia de inquietud</p>
7. Ataques de pánico	<p>4. Episodios, que se presentan varias veces a lo largo del día, de repentina sensación de terror sin motivo justificado. Se acompañan de síntomas vegetativos claros, sensación de desmayo inminente o pérdida de control sobre la razón y la integridad personal</p> <p>3. Como lo descrito anteriormente, pero los episodios no ocurren más de una vez al día</p> <p>2. Los episodios pueden aparecer sólo una o dos veces por semana. Suelen ser menos graves que los descritos anteriormente, pero todavía causan angustia</p> <p>1. Ligeros aumentos episódicos del nivel de ansiedad que sólo son desencadenados por sucesos o actividades específicas. Por ejemplo, la experiencia de un paciente que se recupera de agorafobia y que experimenta un aumento perceptible de la ansiedad al salir de casa debería puntuarse aquí</p> <p>0. No hay aumentos episódicos repentinos en el nivel de ansiedad</p>

ANEXO 2

Cuestionario Médico (Physician Questionnaire [PQ])

Por favor, rodee con un círculo la respuesta de cada pregunta que más se aplique al paciente en el momento actual							
Valoración	Ausente	Muy leve	Leve	Moderada	Moderadamente grave	Grave	Muy grave
1. Ansiedad (aprensivo, tenso, preocupado, asustado ansioso, nervioso)	1	2	3	4	5	6	7
2. Animo depresivo (sensación de depresión, infelicidad, pena, pesimismo, tristeza, desesperanza, llanto)	1	2	3	4	5	6	7
3. Irritabilidad (se irrita o enfada con facilidad)	1	2	3	4	5	6	7
4. Hostilidad (expresión de enfado hacia los demás)	1	2	3	4	5	6	7
5. Fobia-obsesión-compulsión (miedos sin fundamento, pensamientos o acciones repetitivas y no deseadas)	1	2	3	4	5	6	7
6. Hipochondría (preocupación por la salud física)	1	2	3	4	5	6	7
7. Somatización (número e intensidad de síntomas somáticos y vegetativos –excluyendo dolores de cabeza-, dolores de espalda, gastrointestinales, sudores, temblores, mareos, palpitaciones, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
8. Insomnio	1	2	3	4	5	6	7
9. Alteraciones del apetito Disminución [1] Aumento [2]	1	2	3	4	5	6	7
10. Dolores de cabeza (frecuencia e intensidad)	1	2	3	4	5	6	7
11. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento, habla y actividad motora)	1	2	3	4	5	6	7
12. Fatiga, cansancio, letargo	1	2	3	4	5	6	7
13. Deterioro de las relaciones interpersonales (casa, trabajo, social)	1	2	3	4	5	6	7
14. Grado de psicopatología global (¿qué grado de enfermedad tiene el paciente ahora, comparado con su experiencia con otros pacientes con trastornos neuróticos?)	1	2	3	4	5	6	7

La puntuación del PQ total incluye la suma de los ítems 1 al 13; el PQ emocional, la suma de los ítems 1 a 5, y el PQ somático, la suma de los ítems 6 a 10. Esta validación ha mantenido el rango original de puntuación para los ítems (1 a 7), aunque en su uso clínico y en investigación sería recomendable puntuar cada ítem en el rango de valores de 0 a 6.