

# VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE PREOCUPACIONES DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL DE PENNSILVANIA (PSWQ)

Alfonso González<sup>1</sup>, Salvador Mata<sup>2</sup>, René Lavie<sup>3</sup>, Gustavo Resler<sup>3</sup>

## RESUMEN

**Objetivo:** Validar el Cuestionario de Preocupaciones de la Universidad Estatal de Pensilvania para detectar el trastorno de ansiedad generalizada. **Método:** se evaluaron 100 pacientes del Servicio de Psiquiatría del Hospital Vargas de Caracas. Inmediatamente después de que contestaron el Cuestionario de Preocupaciones de la Universidad Estatal de Pensilvania, todos fueron examinados mediante la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID). En el análisis estadístico se utilizó la prueba de la probabilidad exacta de Fisher (dos colas) con un criterio de significancia estadística del 5%. **Resultados:** Los valores de sensibilidad y de especificidad del Cuestionario de Preocupaciones de la Universidad Estatal de Pensilvania fueron de 76,9% y 66,6% respectivamente. La prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada según la SCID fue de 13%. Casi la mitad presentó comorbilidad, principalmente con depresión mayor. El trastorno de ansiedad generalizada fue más frecuente en mujeres mayores de 30 años. **Conclusión:** el Cuestionario de Preocupaciones de la Universidad Estatal de Pensilvania con un punto de corte > 60 es un instrumento válido para detectar el trastorno de ansiedad generalizada, sin embargo, los pacientes tuvieron dificultades para responderlo.

**Palabras clave:** Trastornos de ansiedad, Trastorno de ansiedad generalizada, Cuestionario de preocupaciones de la Universidad Estatal de Pensilvania, Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV.

## ABSTRACT

**Objective:** To validate the Penn State Worry Questionnaire for the detection of Generalized Anxiety Disorder. **Method:** 100 outpatients from the Psychiatry Department of the Hospital Vargas de Caracas were evaluated. After completing the Penn State Worry Questionnaire, they were assessed with the Structured Clinical Interview for DSM-IV for Axis I Disorders (SCID-I). The Fisher Exact Test (two-tailed) was used for statistical analysis with a  $P > 0.05$ . **Results:** The Penn State Worry Questionnaire showed 76.9% of sensitivity and 66.6% of specificity for the diagnosis of Generalized Anxiety Disorder. The Generalized Anxiety Disorder prevalence according to the SCID was 13%. Almost half of the patients presented comorbidity, especially with Major Depression. Generalized Anxiety Disorder was more frequent in women over 30 years old. **Conclusions:** The Penn State Worry Questionnaire is a valid questionnaire to diagnose Generalized Anxiety Disorder in psychiatric outpatients, however, patients had difficulties to answer it.

**Key words:** Anxiety Disorders, Generalized anxiety disorders, Penn State worry questionnaire, Structured clinical interview for DSM-IV.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad son los más comunes de todas las patologías psiquiátricas. Uno de ellos, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), presenta una prevalencia aproximada de por vida de 5% a 7%; es más frecuente en el sexo femenino y muchas veces está asociado a otros trastornos de ansiedad y a la depresión<sup>(1)</sup>.

1 Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Asociado. Cátedra de Psiquiatría. Escuela de Medicina JM Vargas. Universidad Central de Venezuela.

2 Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Asociado. Cátedra de Psiquiatría. Escuela de Medicina JM Vargas. Universidad Central de Venezuela. Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital Vargas de Caracas.

3 Médico residente del Servicio de Psiquiatría. Hospital Vargas de Caracas, durante el período en el cual se realizó el trabajo.

Recibido: 07-11-06  
Aceptado: 16-05-07

Se considera que el TAG es el trastorno de ansiedad más corriente en las consultas de atención primaria. No obstante, pocos médicos conocen su existencia<sup>(2)</sup>. Actualmente, algunos autores consideran que el TAG es la principal categoría diagnóstica para los estados de ansiedad crónica, en ausencia de un trastorno de pánico<sup>(3)</sup>. Su característica esencial, de acuerdo con la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), es la ansiedad persistente durante al menos seis meses. Las manifestaciones del TAG se ubican en dos grandes categorías: preocupaciones y síntomas físicos<sup>(4)</sup>.

Desde hace años se vienen desarrollando cuestionarios que permitan la detección de ciertas enfermedades psiquiátricas, tanto en consultas —psiquiátricas o no— como en la comunidad. Un ejemplo de ellos es el Cuestionario de Preocupaciones de la Universidad Estatal de Pensilvania (PSWQ)<sup>(5)</sup>. El PSWQ es un instrumento auto-administrado que fue diseñado en 1990 por T. J. Meyer y col. para evaluar los síntomas característicos de la preocupación patológica. La prueba indaga la propensión a preocuparse, la intensidad de las preocupaciones y la tendencia de estas a generalizarse, es decir, a no estar restringidas a una o a unas pocas situaciones. Por eso, permite la evaluación de 3 de los criterios diagnósticos para el TAG según el DSM-IV: que las preocupaciones estén presentes durante seis meses o más, que sean excesivas y generalizadas. El PSWQ consta de 16 ítems que se contestan en una escala de tipo Likert, la cual va desde nada típico (1 punto), hasta muy típico (5 puntos). Su puntuación total viene dada por la suma de estos ítems y va desde 16 hasta 80 puntos. Típicamente, los pacientes con TAG alcanzan > 60 puntos, por lo cual se ha tomado este valor como punto de corte. Los sujetos con otros trastornos de ansiedad obtienen entre 40 y 60 puntos y, los controles sanos, 40. Sin embargo, aquellos que tienen un episodio depresivo mayor alcanzan un valor similar a los que presentan el TAG.

Debido a sus características, que incluyen una adecuada validez, el PSWQ es recomendado tanto para medir la intensidad de las preocupaciones como para hacer el diagnóstico de TAG<sup>(5)</sup>.

Hasta donde llega nuestro conocimiento, el PSWQ no ha sido utilizado en nuestro país<sup>(6-10)</sup>. El objetivo del presente trabajo es validar el PSWQ comparando sus resultados contra los obtenidos mediante una evaluación clínica guiada por la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I (SCID-I)<sup>(11)</sup>. La SCID ha sido recomendada ampliamente como “estándar de oro”; es

decir, como el instrumento que sirve a los investigadores para determinar la prevalencia verdadera de los 36 trastornos más frecuentes en el eje I del DSM-IV en adultos<sup>(12,13)</sup>. Los autores del presente estudio tienen experiencia en su empleo en otras investigaciones<sup>(14-18)</sup>.

## MÉTODO

El diseño de la investigación consistió en un estudio de campo transversal de tipo descriptivo y comparativo llevado a cabo entre los meses de enero y octubre de 2004, con 100 pacientes provenientes de la Consulta de Atención Inmediata (CAI) del Servicio de Psiquiatría del Hospital Vargas de Caracas. Los sujetos fueron seleccionados según el orden de llegada y se les pidió su consentimiento escrito para participar en la investigación. Sólo fueron excluidos del estudio los analfabetos y aquellos que no dieron su consentimiento. Seguidamente se recogió la información relativa a la edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo, la ocupación y los datos socioeconómicos necesarios para la clasificación por clase social según el Método de Graffar Modificado<sup>(19)</sup>.

El trabajo se realizó en dos etapas. Se adoptó este procedimiento por su probada efectividad en investigaciones epidemiológicas hechas en varios países<sup>(20)</sup>. Primera etapa: para detectar a los probables casos de TAG, los 100 individuos contestaron el PSWQ. De este último instrumento se utilizó una traducción al español coloquial realizada por dos de los investigadores (A. G. y S. M.) Segunda etapa: para eliminar el efecto del tiempo sobre el estado mental, inmediatamente después de administrar el PSWQ, los 100 pacientes fueron examinados por alguno de los investigadores para identificar a los verdaderos casos de TAG. Esta evaluación diagnóstica se realizó a ciegas de los resultados arrojados en la primera etapa y estuvo guiada por una versión en español de la SCID<sup>(21)</sup>. Mediante la comparación de los resultados obtenidos en las dos etapas se calcularon los índices de validez del PSWQ (validez de criterio). Además, se estableció la fuerza de la asociación entre los resultados del PSWQ y de la SCID. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó la prueba de la probabilidad exacta de Fisher (dos colas) con un criterio de significancia estadística del 5 %<sup>(22)</sup>.

## RESULTADOS

Las características del grupo de 100 pacientes estudiados fueron las siguientes: la edad media fue de

42,55, con una desviación estándar de  $\pm 15$ . La mayoría pertenecía al sexo femenino (73 %). El estado civil más frecuente fue soltero (49 %), seguido por casado (39 %). Casi todos estaban desempleados (42 %). Ochenta y nueve por ciento pertenecían a las clases sociales III y IV. El nivel educativo se presenta en la Tabla 1.

Como se muestra en la Tabla 2, de los 100 sujetos estudiados, 39 % fueron considerados como casos de TAG de acuerdo con la puntuación obtenida en el PSWQ. Al examinar a las mismas 100 personas mediante la SCID, 13 % fueron considerados como casos de TAG (Tabla 3).

**Tabla 1**  
Distribución de pacientes según nivel educativo

Nivel educativo	N°	%
Primaria incompleta	10	10,0
Primaria completa	19	19,0
Secundaria incompleta	29	29,0
Secundaria completa	20	20,0
Técnico incompleto	2	2,0
Técnico completo	13	13,0
Universitario incompleto	4	4,0
Universitario completo	3	3,0
Total	100	100,0

**Tabla 2**  
Distribución de pacientes según resultados del PSWQ

PSWQ	N°	%
> 60*	39	39,0
< 59	61	61,0
Total	100	100,0

\* > 60 = casos probables

**Tabla 3**  
Pacientes según resultados de la SCID

SCID	N°	%
Casos	13	13,0*
N° casos	87	87,0
Total	100	100,0

\*Prevalencia del TAG en 100 pacientes

Al asociar los resultados obtenidos mediante la SCID y el PSWQ (Tabla 4), se encontró que de 13 individuos diagnosticados como casos según la SCID, 10 fueron considerados como casos por el PSWQ. De 87 sujetos considerados como no casos según la SCID, 58 fueron considerados como no casos por el PSWQ. Al aplicar la prueba de la Probabilidad Exacta de Fisher (2 colas) a los valores de los dos cuestionarios, se encontró un valor de 0,005, lo cual indica que esta asociación fue altamente significativa. Los índices de validez calculados para el PSWQ se exponen en la Tabla 5.

En los 13 pacientes con diagnóstico de TAG según la SCID, 6 (46 %) tuvieron además otra patología, siendo la más común el trastorno depresivo mayor recurrente (Tabla 6).

**Tabla 4**  
Distribución de pacientes según asociación de resultados de la SCID y del PSWQ

	PSWQ		SCID		Total
	Casos	%	No casos	%	
Casos	10	76,9	29	33,3	39
No casos	3	23,1	58	66,7	61
Total	13	100,0	87	100,0	100

Prueba Exacta de Fisher (2 colas) = 0,005:  $P < 0,05$

**Tabla 5**  
Índices de validez del PSWQ

Sensibilidad	76,9 %
Especificidad	66,6 %
Tasa de falsos positivos	33,3 %
Tasa de falsos negativos	23,1 %
Valor predictivo positivo	25,6 %
Valor predictivo negativo	95,1 %
Poder diagnóstico global	68,0 %

**Tabla 6**  
Comorbilidad del TAG

Diagnósticos	N°	%
Trastorno depresivo mayor recurrente	4	66,6
Trastorno depresivo mayor, episodio único	1	16,6
Trastorno de pánico con agorafobia	1	16,6
Total	6	100,0

Como se aprecia en la Tabla 7, el diagnóstico de TAG fue más frecuente en las mujeres entre 30 y 39 años, y entre 50 y 59 años.

**Tabla 7**  
**Diagnóstico de TAG según edad en años y sexo**

Edad	Sexo		TAG Total	%
	V	H		
30 – 39	-	4	4	30,7
40 – 49	-	2	2	15,4
50 – 59	-	5	5	38,5
60 – 69	1	1	2	15,4
Total	1	12	13	
%	7,7	92,7	100,0	100,00

## DISCUSIÓN

En los 100 pacientes encuestados mediante el PSWQ, 39 % fueron considerados como casos probables de TAG. Al ser evaluados los mismos 100 sujetos empleando la SCID, 13 % fueron diagnosticados como casos de TAG (prevalencia verdadera de TAG). Al asociar los resultados obtenidos con el PSWQ y la SCID, se encontró un poder diagnóstico global de 68 %, es decir, que el PSWQ identificó correctamente este porcentaje de casos. La sensibilidad fue de 76,9 % (verdaderos positivos) y la especificidad fue de 66,6 % (verdaderos negativos). Estas cifras muestran que el PSWQ con un punto de corte > 60, es un instrumento válido para detectar TAG en consultas psiquiátricas<sup>(23-25)</sup>. La asociación entre los resultados de ambas herramientas fue altamente significativa según la prueba de la probabilidad exacta de Fisher (2 colas). Esto significa que el diagnóstico de TAG se puede hacer tanto con el PSWQ como con la SCID.

A pesar de los buenos índices de validez obtenidos con el PSWQ y de su eficacia como instrumento diagnóstico en otros países<sup>(26)</sup>, nuestros pacientes presentaron dificultades para comprender y responder el cuestionario durante el desarrollo del estudio. Esto se hizo evidente ya que los sujetos constantemente pedían aclaratorias a los investigadores sobre las preguntas del cuestionario. Los inconvenientes observados con el PSWQ tal vez se debieron a su diseño, como por ejemplo, la formulación de preguntas con doble negación y la existencia de cinco posibles respuestas para cada pregunta. Además, pudo

afectar negativamente a los resultados el bajo nivel educativo de los encuestados, como se observa en la Tabla 1. Estos resultados sugieren que el PSWQ es un instrumento válido para detectar el TAG en Venezuela, pero nuestros pacientes tienen dificultades para comprenderlo, probablemente por su diseño complejo, lo cual limita su utilidad en nuestro medio.

El valor de prevalencia de TAG (13 %) fue inferior al reportado en la literatura internacional en consultas psiquiátricas, el cual oscila entre 26,8 % y 34,4 %<sup>(27,28)</sup>. La discrepancia entre la prevalencia estimada del TAG en la CAI y en los trabajos realizados en el exterior, podría ser atribuida a que en estos últimos el número de personas estudiadas fue mayor.

La comorbilidad del TAG con otros trastornos psiquiátricos fue de 46 %, siendo la más frecuente la coexistencia con el trastorno depresivo mayor recurrente (66,6 %). Esta comorbilidad global fue menor que la señalada por otros investigadores (74 % - 90 %)<sup>(29,30)</sup>. Sin embargo, la comorbilidad con la depresión mayor (83,2 %) fue superior (40 % - 69,7 %)<sup>(31-33)</sup>. Es importante destacar que la cifra de comorbilidad global fue calculada sobre 13 casos de TAG, en contraste con los más de 100 casos evaluados por Hollander<sup>(1)</sup>, Brawman<sup>(30)</sup>, Kessler<sup>(32)</sup> y Kendler<sup>(33)</sup>, lo cual podría explicar la disparidad entre esos porcentajes.

Para finalizar, en concordancia con los datos publicados, el TAG fue más frecuente en mujeres mayores de 30 años<sup>(1,4, 9,29, 34, 35)</sup>.

## AGRADECIMIENTO

Al Dr. Fabio Arias Rojas, Profesor Titular Jubilado de la Facultad de Medicina, UCV, por su asesoría en el análisis estadístico de los datos y al Dr. Nelson Álvarez, Médico Psiquiatra, por su asesoramiento en la metodología del trabajo.

## REFERENCIAS

- Hollander E, Simeon D. Concise guide to anxiety disorders. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 2003:2-3.
- Wittchen HU, Hoyer J. Generalized anxiety disorder: Nature and course. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(Suppl.11):15-19.
- Hollander E, Simeon D. Concise guide to anxiety disorders. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2003:26.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4ª edición. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 2000.
- Meyer TJ, Miller RL, Metzger RL, Borkovec TD. Handbook of psychiatric measures. Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 2000:587-589.

6. Hueso H, Lara E, Cuervo F. Estudio exploratorio de cien pacientes farmacodependientes. Patrones de consumo, multicausalidad, personalidad y otros diagnósticos asociados. *Arch Venez Psiq Neurol*. 1991;37:15-20.
7. Márquez C, Montero I, Atencio B. La consulta de atención inmediata (Triaje) del Hospital Centro de Salud Mental del Este, El Peñón. *Arch Venez Psiq Neurol*. 1987;33:23-39.
8. Rondón R, Gómez M, Martínez S, Saturno M, Romero B, Carchidio R, et al. Análisis situacional de salud mental en el Estado Guárico. *Arch Venez Psiq Neurol*. 2001;47:31-39.
9. Caricote E, Di Doménico R, Vasconcelos A. Influencia de los eventos biográficos y los factores precipitantes en el desorden de ansiedad generalizada. *Arch Venez Psiq Neurol*. 1988;34:43-53.
10. Nucette E. Asistencia psiquiátrica en un hospital general: Hospital de Chiquinquirá, Maracaibo: 1974-1976. *Arch Venez Psiq Neurol*. 1977;23:37-69.
11. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders-clinician version (SCID-CV). Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 1997.
12. Spitzer R, Williams J, Gibbon M, First M. The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): I history, rationale and description. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:624-629.
13. Williams J, Gibbon M, First M, Spitzer RL, Davies M, Borus J, et al. The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): II multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:630-636.
14. Lugo Z, González A, Chacín L, Mata S, Celis S, Hernández A. Pesquisa de trastornos psiquiátricos en diabéticos con insulino terapia. Programa "Beca de Insulina". Hospital Vargas. *Arch Hosp Vargas*. 1996;38:121-125.
15. González A, Mata S. La detección de la patología psiquiátrica menor en una consulta de neurología mediante el Cuestionario de Salud General (GHQ). *Arch Hosp Vargas*. 2001;43:165-172.
16. González A, Mata S. Validez del PRIME-MD (Cuestionario del Paciente) como instrumento que identifica casos psiquiátricos en una consulta de medicina interna. *Neuropsicofarmacología*. 2001;3:18-24.
17. González A, Mata S. Validez del Cuestionario General de Salud como instrumento que identifica casos psiquiátricos en una consulta de medicina interna. *Arch Venez Psiq Neurol*. 2001;47:6-14.
18. Mata S, González A. Confiabilidad y validez de la Guía de Evaluación Clínica para el diagnóstico psiquiátrico en una consulta de medicina interna. *Arch Venez Psiq Neurol*. 2003;49:18-25.
19. Méndez H, de Méndez M. Estratificación social y biología humana. Método de Graffar modificado para Venezuela por Hernán Méndez Castellanos. *Arch Venez Puer Ped*. 1986;49:93-104.
20. Williams P, Tarnopolsky A, Hand D. Case definition and case identification in psychiatric epidemiology: Review and assessment. *Psychol Med*. 1980;10:101-114.
21. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV. Versión clínica (SCID-I). Barcelona: Masson, S.A; 1999.
22. Campbell MJ, Machin D. Medical statistics. A commonsense approach. 2ª edición. Chichester: John Wiley & Sons; 1993:145-146.
23. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. En: Institute of Psychiatry Maudsley Monographs. N° 21. Londres: Oxford University Press; 1982.p.22-67.
24. Sato T, Takeichi M. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in a general medicine clinic. *Gen Hosp Psychiatry*. 1993;15:224-233.
25. Goldberg DP, Lecrubier Y. Form and frequency of mental disorders across centres. En: Üstün TB, Sartorius N, editores. Mental illness in general health care. An international study. Avon: John Wiley & Sons; 1995.p.323-334.
26. Hopko DR, Bourland SL, Stanley Mel. Generalized anxiety disorder in older adults: Examining the relation between clinician severity ratings and patients self-report measures. *Depress Anxiety*. 2001;12:217-225.
27. Massion AO, Wrshaw MG, Keller MB. Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry*. 1993;150:600-607.
28. Goldenberg IM, White K, Yonkers K, Reich J, Warshaw MG, Goisman R, Keller MB. The infrequency of "pure culture" diagnoses among the anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*. 1996;57:528-533.
29. Blazer DG, Hughes D, George LK. Generalized anxiety disorder. En: Robins LN, Regier DA, editores. Psychiatric disorders in America. Nueva York: Free Press; 1991.p.180-203.
30. Brawman-Mintzer O, Lydiart RB, Emmanuel N, et al. Psychiatric comorbidity in patients with generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry*. 1993;150:1216-1218.
31. Carter RM, Wittchen HU, Pfister H, Kessler R. One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depress Anxiety*. 2001;13:78-88.
32. Kessler RC, DuPont RL, Berglund P, Wittchen HU. Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. *Am J Psychiatry*. 1999;156:1915-1923.
33. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Major depression and generalized anxiety disorder. Same genes, (partly) different environments? *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:716-722.
34. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:355-364.
35. Massion AO, Wrshaw MG, Keller MB. Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry*. 1993;150:600-607.

DIRECCIÓN: Dr. Alfonso González. Teléfono: (0212) 9853760. e-mail: [algonro@cantv.net](mailto:algonro@cantv.net)