

J. Bobes<sup>1</sup>  
 C. García-Calvo<sup>2</sup>  
 R. Prieto<sup>2</sup>  
 M. García-García<sup>3</sup>  
 F. Rico-Villademoros<sup>3</sup>  
 y Grupo Español de Trabajo  
 para la validación de la  
 versión española de la Escala  
 de Detección del Trastorno  
 de Ansiedad Generalizada  
 según DSM-IV (Escala de  
 TAG de Carrol y Davidson)\*

# Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM-IV de Carroll y Davidson

<sup>1</sup> Universidad de Oviedo  
 Departamento de Psiquiatría  
 Oviedo  
<sup>2</sup> Laboratorios Wyeth Farma, S.A.  
 San Sebastián de los Reyes (Madrid)

<sup>3</sup> Biométrica  
 Barcelona

**Introducción.** El objetivo era validar en español la Escala del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) de Carroll y Davidson para su uso en la práctica e investigación clínica en España para detectar y evaluar los síntomas específicos de ansiedad de los pacientes con TAG.

**Métodos.** Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico, comparativo entre pacientes con diagnóstico DSM-IV de TAG (grupo A) que iniciaron o cambiaron de tratamiento (grupo A1) o estables (grupo A2), seguidos durante 6 meses (grupo A1) o 2 semanas (grupo A2), frente a controles sanos (grupo B) evaluados en una ocasión.

**Resultados.** La escala mostró en 223 sujetos valorables: *a)* adecuada factibilidad con tiempo de administración medio: 6,53 y 4,49 min (DT: 5,48 y 3,56) en grupos A y B, y porcentaje de pacientes sin respuesta <5%; *b)* adecuada fiabilidad (coeficientes Kuder-Richardson: 0,85 y 0,79 en grupos A1 y A2, y CCI: 0,89 en grupo A2); *c)* adecuada validez, confirmandose su capacidad discriminante entre pacientes y controles, con área bajo la curva AUC: 0,9713 (IC 95 %: 0,9510-0,9917), y su alta correlación con escalas HARS ( $r=0,88$ ) y CGI-G ( $r=0,87$ ), y *d)* adecuada sensibilidad para detectar cambios clínicos entre antes y después del trata-

miento (SES: -1,6, -3,1 y -3,8 en meses 1, 3 y 6) pese al elevado porcentaje de pacientes con puntuación máxima en grupo A1 (38,6%).

**Conclusiones.** La Escala del TAG posee adecuadas propiedades psicométricas para su uso en la práctica e investigación clínica en España como instrumento de cribado y evaluativo en pacientes con TAG pese al efecto techo que presenta en pacientes graves.

**Palabras clave:**  
 Validación. Trastornos de ansiedad. Depresión. Venlafaxina.

*Actas Esp Psiquiatr 2006;34(2):83-93*

## Psychometric properties of the Spanish version of the screening scale for DSM-IV Generalized Anxiety Disorder of Carroll and Davidson

**Introduction.** The aim was to validate the Spanish version of the screening scale for DSM-IV General Anxiety Disorder of Carroll and Davidson for use in research and clinical practice in Spain for screening and assessing specific anxiety symptoms of patients with Generalized Anxiety Disorder (GAD).

**Methods.** Observational, prospective, multisite, study comparing between patients with DSM-IV diagnosis of GAD (group A), starting or switching treatment (group A1) or stable patients (group A2), followed-up for 6 months (group A1) or 2 weeks (group A2) versus healthy control subjects (group B), assessed in a single visit.

**Results.** Among 223 valuable subjects the scale showed: *a)* adequate feasibility with a mean time of administration: 6,53 and 4,49 min (TD: 5.48 and 3.56) in groups A and B, and percentage of patients without response < 5%; *b)* adequate reliability (Kuder-Richardson coefficient: 0.85 and 0.79 in groups A1 and A2, and CCI coefficient: 0.89 in group A2); *c)* adequate validity, showing capability for discriminating between patients and controls, with area under curve AUC: 0.9713 (IC 95 %: 0.9510-0.9917), and obtaining a high correlation with HARS ( $r=0.88$ ) and CGI-G ( $r=0.87$ ) scales, y *d)* adequate sensitivity to clinical changes from start and end of treatment (SES: -1.6, -3.1 and -3.8 after 1, 3 and 6 months),

\* Grupo de Trabajo (por orden alfabético): Pedro Antón<sup>1</sup>, M. Teresa Bascarán<sup>2</sup>, Lorenzo Chamorro<sup>3</sup>, Alfonso Chinchilla<sup>4</sup>, Consuelo de Dios<sup>5</sup>, Olga García<sup>6</sup>, Javier García-Campayo<sup>7</sup>, Patxi Gil<sup>8</sup>, Antonio González<sup>9</sup>, M. Paz García-Portilla<sup>2</sup>, Andrés Herrán<sup>10</sup>, Miguel Ángel Jiménez<sup>11</sup>, José Ángel Macías<sup>12</sup>, Guillem Massana<sup>13</sup>, Antonio Pérez<sup>14</sup>, José Ramón Pigem<sup>15</sup>, Jordi Pujol<sup>16</sup>, José Juan Rodríguez<sup>17</sup>, José M. Sala<sup>18</sup>, Ángel Sánchez<sup>19</sup>, Manuel Serrano<sup>20</sup>, Pedro Sopolana<sup>21</sup> y Yolanda Zapico<sup>22</sup>.

<sup>1</sup> Clínica Mediterránea de Neurociencias (Alicante), <sup>2</sup> Universidad de Oviedo. Área de Psiquiatría (Oviedo), <sup>3</sup> Hospital General (Guadalajara), <sup>4</sup> Hospital Ramón y Cajal (Madrid), <sup>5</sup> C. S. M. Castroviejo (Madrid); <sup>6</sup> C. S. M. Sur (Sevilla), <sup>7</sup> C. S. Torrero (Zaragoza), <sup>8</sup> C. S. M. Sestao (Pamplona), <sup>9</sup> Equipo de Salud Mental (Badajoz), <sup>10</sup> Hospital Valdecilla (Santander), <sup>11</sup> C. S. M. Arganzuela (Madrid), <sup>12</sup> Hospital Clínico Universitario (Valladolid), <sup>13</sup> Hospital Clínico (Barcelona), <sup>14</sup> Centro de Salud de San Bernardo (Salamanca); <sup>15</sup> Clínica Bellavista (Lérida), <sup>16</sup> C. S. M. Mora de Ebro (Mora de Ebro, Tarragona), <sup>17</sup> C. S. M. Colmenar (Colmenar Viejo, Madrid), <sup>18</sup> Hospital Clínico Lozano Blesa (Zaragoza), <sup>19</sup> Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia), <sup>20</sup> Hospital Universitario Juan Canalejo (A Coruña), <sup>21</sup> C. S. M. Reyes Magos (Alcalá de Henares, Madrid) y <sup>22</sup> Hospital del Bierzo (Ponferrada, León).

Este estudio ha sido patrocinado por Laboratorios Wyeth Farma, S.A. San Sebastián de los Reyes (Madrid).

Correspondencia:  
 Julio Bobes  
 Universidad de Oviedo  
 Departamento de Psiquiatría  
 Julián Clavería, 6  
 33006 Oviedo  
 Correo electrónico: bobes@uniovi.es

spite of the high percentage of patients with highest score in group A1 (38.6%).

**Conclusion.** The Spanish version of the screening scale for DSM-IV GAD showed adequate psychometric properties for use in research and clinical practice in Spain as well as an screening as evaluative measure for patients with GAD, spite of the ceiling effect showed in severe patients.

**Key words:**

Validation. Anxiety disorders. Depression. Venlafaxine.

## INTRODUCCIÓN

La concepción nosológica del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) ha cambiado considerablemente desde el DSM-III<sup>1</sup> al DSM-IV-R<sup>2</sup>. A través de las distintas ediciones el TAG pasó de ser una categoría residual (en el DSM-III<sup>1</sup>) a alcanzar en el DSM-III-R<sup>3</sup> la categoría de entidad diagnóstica *per se*, cuyo elemento nuclear y diferencial era la preocupación (expectación aprensiva). El DSM-IV<sup>4</sup> delimitó aún más el trastorno al exigir la percepción subjetiva de dificultad de control sobre dicha preocupación. Además, los criterios temporales y de impacto sociolaboral se endurecieron, mientras que la sintomatología accesoria-somática perdió relevancia. Sin embargo, estos criterios diagnósticos están sujetos a debate<sup>5,6</sup> para el DSM-V-2011<sup>7</sup>, ya que excluyen a una proporción sustancial de sujetos con un nivel de deterioro psicosocial equiparable al de los pacientes que cumplen totalmente los criterios diagnósticos para TAG<sup>8</sup>.

Los cambios nosológicos han obligado a la comunidad científica a desarrollar instrumentos de medida específicos, psicométricamente aptos para identificar y cuantificar la intensidad del TAG de acuerdo a su conceptualización actual y para valorar la eficacia de nuestras intervenciones psicosociales y psicofarmacológicas en estos pacientes.

Tradicionalmente, el instrumento de evaluación más utilizado para evaluar este trastorno ha sido la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS)<sup>9</sup>. Sin embargo, la HARS fue diseñada para valorar la intensidad de la ansiedad, considerada como conjunto de síntomas inespecíficos, y no la del TAG como entidad nosológica específica y bien delimitada. Para salvar las diferencias conceptuales entre el objeto a medir (TAG) y el constructo que realmente mide el instrumento (ansiedad) se han utilizado dos soluciones. La primera consiste en asumir que la medida global de ansiedad de la HARS se puede desdoblar en dos componentes<sup>10</sup>: ansiedad psíquica (constituida por los ítems 1-6 y 14) y ansiedad física (ítems 7 a 13), siendo el primero de ellos el que más se aproxima al concepto actual del TAG. La segunda solución consiste en utilizar únicamente los dos primeros ítems (humor ansioso y tensión) ya que son los dos únicos ítems de la escala que miden los aspectos centrales del TAG. La primera solución ha sido la más utilizada en los estudios realizados hasta el momento para la demostración de eficacia de los

fármacos antidepresivos en el tratamiento del TAG (paroxetina<sup>11</sup> y venlafaxina<sup>12-15</sup>).

En la década de 1990 se desarrollaron instrumentos específicos para medir el constructo de preocupación patológica, siendo el *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ)<sup>16</sup> uno de los instrumentos autoadministrados más utilizados para medir preocupación y TAG. Más recientemente ha surgido una generación de instrumentos de detección y evaluación de los distintos trastornos de ansiedad, útiles para ser utilizados también en el ámbito de la atención primaria. Tal es el caso del instrumento desarrollado por Allgulander y Nilsson<sup>17</sup>, del cuestionario WHAT IF<sup>18</sup> o del SFD<sup>19</sup>.

Tan sólo dos instrumentos, el Cuestionario de *Screening de Ansiedad* de Wittchen y Boyer<sup>20</sup> (ASQ-15) y la Escala de Detección de Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM-IV de Carroll y Davidson<sup>21</sup> han sido diseñados para evaluar todas y cada una de las manifestaciones que actualmente definen el TAG. El ASQ-15, desarrollado a partir del *Munich Composite Internacional Diagnostic Interview*, permite la detección del TAG, según criterios DSM-IV y CIE-10, y de otros síndromes de ansiedad. Por su parte, el instrumento de Carroll y Davidson permite la identificación de los pacientes con TAG según los criterios DSM-IV.

Ante el creciente interés del TAG y la falta de instrumentos adecuados para su detección y evaluación en nuestro medio se diseñó el presente estudio con el fin de adaptar y validar en español la Escala de Detección de Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM-IV de Carroll y Davidson para su uso en la práctica e investigación clínica en España.

## MÉTODO

### Diseño y muestra del estudio

El presente trabajo de evaluación de las propiedades psicométricas de la Escala del TAG se trataba de un estudio observacional, prospectivo, multicéntrico, comparativo entre un grupo de pacientes con diagnóstico de TAG (grupo A), dividido a su vez entre pacientes que iniciaron o cambiaron de tratamiento para el TAG (grupo A1) y pacientes estables (grupo A2) y un grupo de controles sanos (grupo B). Estos tres distintos grupos de sujetos fueron considerados en el diseño del estudio con el fin de poder valorar las distintas propiedades psicométricas de la Escala del TAG en estudio. Todos los sujetos debían ser de edad  $\geq 18$  años, con aptitudes físicas y mentales mínimas necesarias para la comprensión y cumplimentación de las escalas psicométricas y haber cumplimentado su consentimiento informado para participar en el estudio por escrito. Los pacientes del grupo A debían cumplir además con los siguientes criterios de selección: pacientes con diagnóstico primario de TAG según criterios DSM-IV; en situación de inicio o cambio de tratamiento farmacológico para el TAG (grupo A1) o bien en situación estable clínica y terapéuticamente (con puntuaciones  $\leq 14$  en la HARS y puntuación  $\leq 3$  en la Escala *Clinical*

*Global Impression (CGI)*, sin cambios > 5 puntos en la HARS, sin mejoría en la escala ICG de cambio y sin cambios en el tratamiento durante las 2 semanas de seguimiento) (grupo A2); sin diagnóstico de ninguna otra patología psiquiátrica relevante que pudiese interferir en los objetivos del estudio, incluyendo trastorno bipolar, trastornos psicóticos, retraso mental y demencias. Los sujetos controles sanos del grupo B, además de los criterios generales mencionados más arriba, debían no presentar ninguna patología médica o psiquiátrica relevantes y una puntuación en la HARS  $\leq 5$ .

### Descripción de la Escala de Detección de Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM-IV de Carroll y Davidson (v. anexo 1)

Esta escala (anexo 1) se desarrolló con la intención de crear un instrumento sencillo y rápido para la identificación de los pacientes con TAG según los criterios del DSM-IV. Se trata de una escala autoaplicada, formada por 12 ítems de respuesta dicotómica (sí/no) que determinan la presencia o ausencia de los criterios DSM-IV para el TAG. De los 12 ítems, 8 se refieren a la ansiedad psíquica (nerviosismo, preocupación, inquietud, concentración), 1 a las dificultades de sueño, 1 a la tensión muscular y los 2 últimos evalúan la interferencia con la vida diaria y la necesidad de solicitar ayuda. Establece claramente un marco temporal, la mayoría de los días de los últimos 6 meses, que se corresponde con el criterio temporal para el trastorno de ansiedad generalizada del DSM-IV.

### Recogida de información

A los pacientes del grupo A1 se les evaluó durante un período de 6 meses con un control basal y en los meses 1, 3 y 6 tras haber iniciado o cambiado de tratamiento. Durante el seguimiento, además de la Escala del TAG para evaluar la gravedad del TAG, también se emplearon las escalas *Clinical Global Impression* de Gravedad (CGI-G) y de Mejoría (CGI-M) del Trastorno de Ansiedad<sup>22</sup> y la HARS de 14 ítems<sup>23</sup>. Además, en cada visita el especialista interrogó al paciente sobre el uso que había realizado del fármaco que se le prescribió, incidiendo en comprobar si había cumplido con la pauta posológica que se le indicó. A todos los sujetos se les informó de las características del estudio y se obtuvo el consentimiento escrito para su participación. A los pacientes del grupo A2 solamente se les evaluó durante 2 semanas, con un control basal y una evaluación al cabo de 2 semanas de mantenerse estables clínica y terapéuticamente en que se evaluaron escalas del TAG, CGI-G y CGI-M y HARS. Finalmente, a los sujetos controles sanos del grupo B solamente se les evaluó basalmente mediante la administración de las escalas del TAG, CGI-G y CGI-M y HARS.

### Análisis de los datos

Para evaluar la factibilidad del cuestionario se calculó el porcentaje de pacientes sin respuesta para cada uno de los

Anexo 1	Escala del TAG de Carroll y Davidson
<b>Instrucciones:</b> Estas cuestiones son para preguntarle sobre cosas que puede haber sentido la mayoría de los días en los últimos 6 meses:	
1.	La mayoría de los días me siento nervioso (a) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.	La mayoría de los días me preocupo por muchas cosas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.	La mayoría de los días no puedo parar de preocuparme <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.	La mayoría de los días me resulta difícil controlar mis preocupaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.	Me siento inquieto (a), intranquilo (a) o con los nervios de punta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6.	Me siento cansado (a) fácilmente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7.	Tengo problemas para concentrarme <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8.	Me enfado o irrito fácilmente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9.	Mis músculos están tensos y agarrotados <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10.	Tengo problemas de sueño <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11.	Las cosas que ha señalado anteriormente, ¿afectaron su vida diaria (en el hogar, en el trabajo o en su tiempo libre) o le causaron mucho malestar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12.	Las cosas que ha señalado anteriormente, ¿fueron suficientemente molestas como para que pensara en buscar ayuda para ellas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

ítems de la escala y para el total de la escala. Además se estudió la distribución de las puntuaciones totales obtenidas con este cuestionario. Para ello se calculó el porcentaje de pacientes con cada una de las distintas posibles puntuaciones totales.

Para evaluar la capacidad de la Escala del TAG como instrumento de cribado entre pacientes y controles sanos se empleó el método de análisis de curvas ROC y se evaluó la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN).

La fiabilidad se analizó en términos de consistencia interna mediante el uso del coeficiente 20 de Kuder-Richardson para el total de la escala en la evaluación basal (grupos A y B), y en términos de fiabilidad test-retest mediante el uso del coeficiente de correlación intraclase (CCI) para las puntua-

ciones de la escala en la evaluación basal y al cabo de 2 semanas (solamente en grupo A2 de pacientes estables).

Para evaluar la validez se llevaron a cabo dos tipos de análisis. En primer lugar, para evaluar la validez convergente/divergente se realizaron análisis correlacionales entre las puntuaciones obtenidas en la escala y las obtenidas con las escalas HARS y CGI, utilizando para ello el coeficiente de correlación de Spearman. En segundo lugar, para evaluar la validez discriminante entendida como la capacidad de la escala para discriminar entre pacientes y controles sanos y entre subgrupos de pacientes con distinto tiempo de evolución, distinto diagnóstico psiquiátrico concomitante y distinta gravedad del trastorno de ansiedad se emplearon pruebas estadísticas de comparación de grupos no paramétricas (Mann-Whitney y Kruskal-Wallis).

Con el fin de valorar la sensibilidad al cambio: a) se analizaron los cambios prepostintervención en la puntuación de la escala individualmente mediante pruebas estadísticas de comparación de puntuaciones para datos apareados utilizando pruebas no paramétricas (McNemar, Friedman y Wilcoxon) de acuerdo al comportamiento que presentaron las variables, y b) se analizó la magnitud del efecto recogido por la escala mediante el cálculo del tamaño del efecto es-

tandarizado (SES) dividiendo los cambios en la puntuación media pretratamiento con la desviación estándar (DE) de las puntuaciones a nivel basal y/o mediante el cálculo de la respuesta media estandarizada (SRM) dividiendo los cambios en la puntuación media pretratamiento con la DE de estos cambios<sup>24</sup>.

Los valores *p* referenciados en este manuscrito corresponden a la significación estadística de pruebas con dos colas. Valores inferiores o iguales a 0,05 fueron considerados estadísticamente significativos. Una vez tabulados los datos del estudio y practicado el control de calidad todos los análisis fueron realizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 11.5.1.

## RESULTADOS

### Descripción de la muestra

En la figura 1 se describe el seguimiento de la muestra de sujetos estudiada, detallándose los pacientes reclutados, valorables y excluidos para los tres grupos distintos en que se llevaron a cabo los análisis: grupo A1 de pacientes de inicio o cambio de tratamiento, grupo A2 de pacientes estables clínica y terapéuticamente y grupo B de sujetos controles

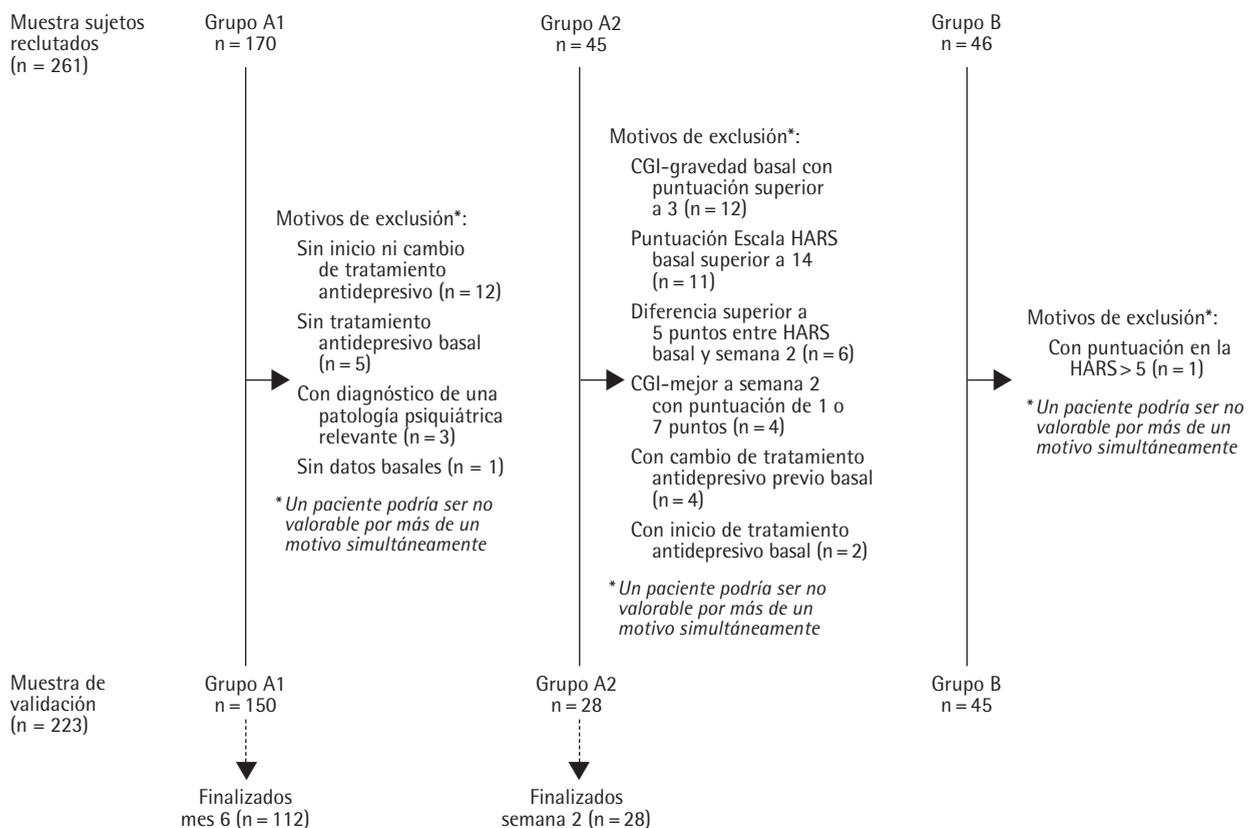


Figura 1 Esquema de pacientes reclutados, valorables y excluidos.

sanos. En total se reclutó una muestra de 261 pacientes y sujetos sanos, a partir de la cual se obtuvo una muestra de 223 pacientes y sujetos sanos valorables.

En la tabla 1 se describen las principales características sociodemográficas de la muestra del estudio de pacientes (grupo A) y controles sanos (grupo B), constituida mayoritariamente por mujeres (71,4 y 73,3%), de edad media 42,2 (DE: 14) y 34,8 años (DE: 11,1), y con pareja estable (65,9 y 79,1%). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y controles sanos respecto a ninguna de las características sociodemográficas recogidas (prueba de chi cuadrado;  $p > 0,05$ ).

Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas entre pacientes (grupo A) y controles sanos (grupo B), excepto respecto a la edad, peso e índice de masa corporal (IMC) medios (test de Mann-Whitney;  $p < 0,05$ ), en que se encontró

que los pacientes del grupo A mostraron mayor edad, peso e IMC (m: 42,2 años; DE: 14; m: 67,7 kg; DE: 13,6; m: 24,5 kg/m<sup>2</sup>; DE: 4,1) que los pacientes del grupo B (m: 34,8 años; DE: 11,1; m: 63,1 kg; DE: 10,8; m: 22,6 kg/m<sup>2</sup>; DE: 2,9). En la tabla 2 se describen las principales características clínicas del grupo de pacientes, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de pacientes A1 y A2.

## Factibilidad y distribución de las puntuaciones

Por lo que se refiere a la factibilidad de la escala, se obtuvo un tiempo medio de administración en el grupo A de pacientes con TAG de 6,53 min (DT: 5,48), mientras que en el grupo B de sujetos controles sanos resultó de 4,49 min (DT: 3,56), diferencia que resultó estadísticamente significativa (test de Mann-Whitney;  $p < 0,05$ ). Asimismo se observó un bajo porcentaje de pacientes sin respuesta tanto por cada

**Tabla 1** Características sociodemográficas de los sujetos (grupos A y B)

	Pacientes del grupo A	Pacientes del grupo A1	Pacientes del grupo A2	Sujetos del grupo B
<b>Sexo (n, %)<sup>a,b,c,d</sup></b>	175 (100 %)	149 (100 %)	26 (100 %)	45 (100 %)
Varón	50 (28,6 %)	40 (26,8 %)	10 (38,5 %)	12 (26,7 %)
Mujer	125 (71,4 %)	109 (73,2 %)	16 (61,5 %)	33 (73,3 %)
<b>Edad (m, DE)<sup>a,b,c,d</sup></b>	42,2 (14)	41,5 (13,9)	46 (14,2)	34,8 (11,1)
<b>Pareja estable (n, %)<sup>a,b,c,d</sup></b>	167 (100 %)	141 (100 %)	26 (100 %)	43 (100 %)
Con pareja estable	110 (65,9 %)	92 (65,2 %)	18 (69,2 %)	34 (79,1 %)
Sin pareja estable	57 (34,1 %)	49 (34,8 %)	8 (30,8 %)	9 (20,9 %)
<b>Estado civil (n, %)<sup>a,b,c,d</sup></b>	178 (100 %)	150 (100 %)	28 (100 %)	45 (100 %)
Soltero/a	49 (27,5 %)	42 (28 %)	7 (25 %)	23 (51,1 %)
Casado/a o pareja de hecho	104 (58,4 %)	86 (57,3 %)	18 (64,3 %)	20 (44,4 %)
Divorciado/a o separado/a	14 (7,9 %)	13 (8,7 %)	1 (3,6 %)	0 (0,0 %)
Viudo/a	11 (6,2 %)	9 (6 %)	2 (7,1 %)	2 (4,4 %)
<b>Situación laboral (n, %)<sup>a,b,c,d</sup></b>	171 (100 %)	144 (100 %)	27 (100 %)	45 (100 %)
Estudiante	10 (5,8 %)	8 (5,6 %)	2 (7,4 %)	5 (11,1 %)
Ama de casa	45 (26,3 %)	40 (27,8 %)	5 (18,5 %)	4 (8,9 %)
Trabajador en activo	84 (49,1 %)	69 (47,9 %)	15 (55,6 %)	35 (77,8 %)
En paro	7 (4,1 %)	6 (4,2 %)	1 (3,7 %)	0 (0 %)
Baja laboral	17 (9,9 %)	17 (11,8 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Pensión de invalidez	2 (1,2 %)	2 (1,4 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Jubilación	7 (4,1 %)	3 (2,1 %)	4 (14,8 %)	1 (2,2 %)
<b>Hábito tabáquico (n, %)<sup>a,b,c,d</sup></b>	169 (100 %)	142 (100 %)	27 (100 %)	45 (100 %)
No fumador	90 (53,3 %)	75 (52,8 %)	15 (55,6 %)	23 (51,1 %)
Ex fumador	22 (13 %)	19 (13,4 %)	3 (11,1 %)	10 (22,2 %)
Fumador de menos de 20 cig/día	34 (20,1 %)	29 (20,4 %)	5 (18,5 %)	10 (22,2 %)
Fumador de 20 o más cig/día	23 (13,6 %)	19 (13,4 %)	4 (14,8 %)	2 (4,4 %)

<sup>a</sup> Hubo algunos casos para los que no se especificó el dato. <sup>b</sup> Total pacientes que aportaron el dato. <sup>c</sup> Porcentaje/media calculado sobre el total de pacientes que aportaron el dato. <sup>d</sup> Entre los grupos A de pacientes y B de controles sanos no se hallaron diferencias estadísticamente significativas (test chi cuadrado;  $p > 0,05$ ), excepto en edad (test Mann-Whitney;  $p < 0,05$ ).

Tabla 2 Características clínicas de los pacientes (grupos A)

	Pacientes del grupo A	Pacientes del grupo A1	Pacientes del grupo A2
Total pacientes con algún diagnóstico concomitante (n, %) <sup>b,c</sup>	75 (42,1%)	67 (44,7%)	8 (28,6%)
Trastorno de ansiedad (n, %) <sup>a,b,c</sup>	35 (19,7%)	32 (21,3%)	3 (10,7%)
Trastorno de angustia sin agorafobia	9 (5,1%)	8 (5,3%)	1 (3,6%)
Trastorno de angustia con agorafobia	6 (3,4%)	6 (4%)	0 (0%)
Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	1 (0,6%)	0 (0%)	1 (3,6%)
Fobia específica	3 (1,7%)	3 (2%)	0 (0%)
Fobia social	7 (3,9%)	6 (4%)	1 (3,6%)
Trastorno obsesivo-compulsivo	2 (1,1%)	2 (1,3%)	0 (0,0%)
Trastorno por estrés postraumático	3 (1,7%)	3 (2%)	0 (0%)
Trastorno por estrés agudo	3 (1,7%)	3 (2%)	0 (0%)
Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Trastorno de ansiedad no especificado	2 (1,1%)	2 (1,3%)	0 (0%)
Trastornos del estado anímico (n, %) <sup>a,b,c</sup>	36 (20,2%)	31 (20,7%)	5 (17,9%)
Trastorno depresivo mayor, episodio único	15 (8,4%)	14 (9,3%)	1 (3,6%)
Trastorno depresivo mayor, recidivante	5 (2,8%)	4 (2,7%)	1 (3,6%)
Trastorno distímico	15 (8,4%)	12 (8%)	3 (10,7%)
Trastorno depresivo no especificado	1 (0,6%)	1 (0,7%)	0 (0%)
Otros trastornos	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Trastornos relacionados con sustancias (n, %) <sup>a,b,c</sup>	1 (0,6%)	1 (0,7%)	0 (0%)
Otros diagnósticos psiquiátricos concomitantes (n, %) <sup>a,b,c</sup>	5 (2,8%)	5 (3,3%)	0 (0%)
Edad del inicio del trastorno (años) (m, DE) <sup>b,c</sup>	36,3 (14,3)	35,6 (14)	40,3 (15,1)
Duración del trastorno (años) (m, DE) <sup>b,c</sup>	6,1 (6,7)	6,2 (7)	5,7 (4,8)
Duración del episodio actual (días) (m, DE) <sup>b,c</sup>	6 (6,8)	6 (7,1)	6 (4,7)

<sup>a</sup> Un paciente podía presentar más de un diagnóstico simultáneamente. <sup>b</sup> Porcentaje/media calculado sobre el total de pacientes de cada grupo (A: 178; A1: 150, y A2: 28). <sup>c</sup> Entre los grupos de pacientes A1 y A2 no se hallaron diferencias estadísticamente significativas respecto al número de pacientes con algún diagnóstico concomitante ni tampoco para ninguna de las cuatro categorías de diagnósticos especificadas (test chi cuadrado;  $p > 0,05$ ), ni tampoco respecto a la edad de inicio o duración del trastorno ni duración del episodio actual (test Mann-Whitney;  $p > 0,05$ ).

ítem como para el total de la escala (menor al 5% en todos los grupos analizados).

La figura 2 muestra la distribución de las puntuaciones de la escala, observándose un porcentaje de pacientes con puntuación mínima en la escala (efecto suelo) menor al 15% en todos los grupos y destacando que en los pacientes que iniciaron o cambiaron de tratamiento y que por tanto son los de mayor gravedad (grupo A1) un 38,6% de los pacientes obtuvo la puntuación máxima (efecto techo).

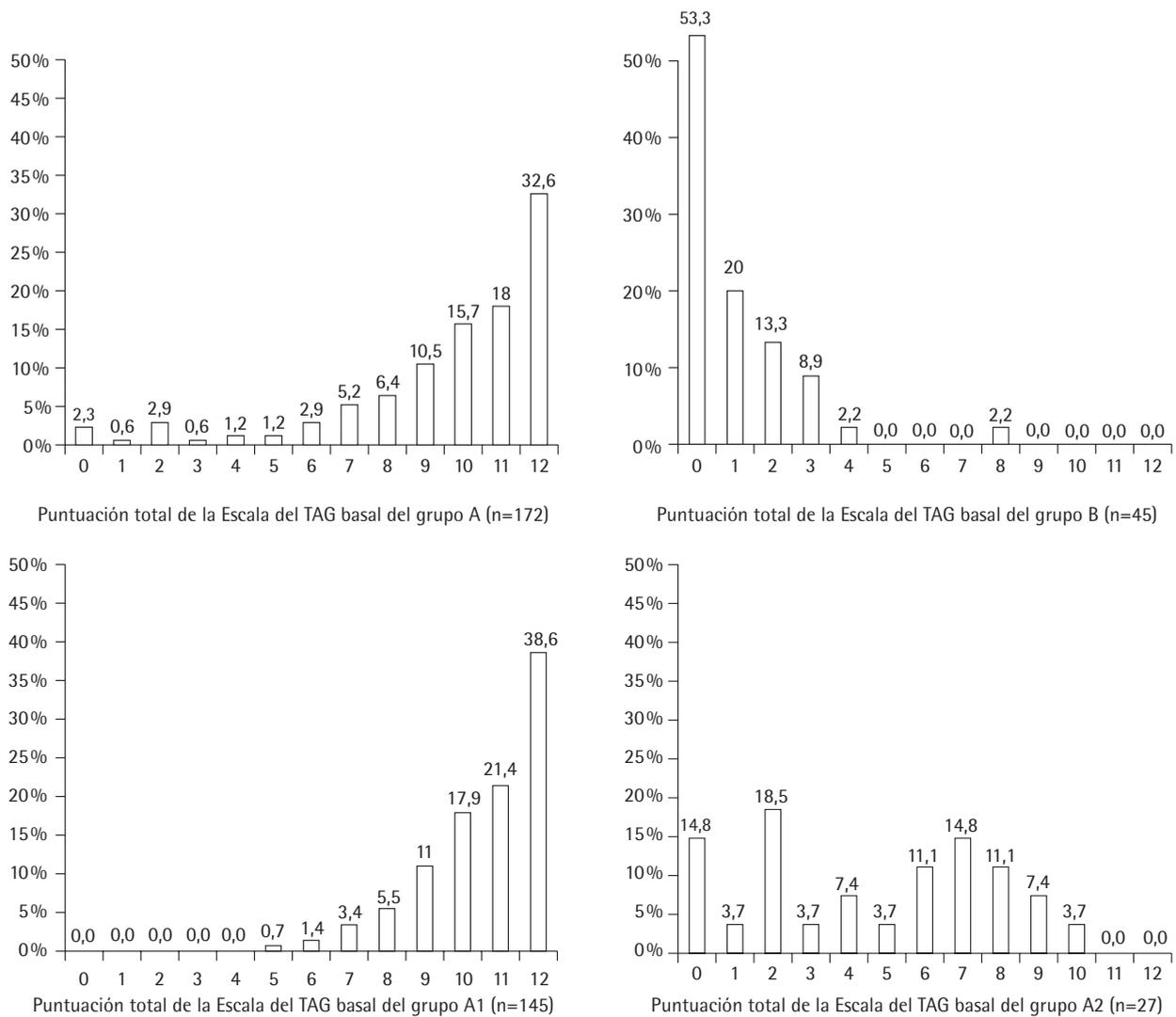
### Análisis de curvas ROC, sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo

La figura 3 describe la capacidad de la escala para distinguir entre pacientes y controles, obteniéndose una AUC (área bajo la curva ROC) de 0,9713 (IC 95%: 0,9510-0,9917). El análisis de curvas ROC mostró que la puntuación de corte más óptima en que se obtenían mejores propiedades de sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo

y negativo era la puntuación  $> 3$  (TAG), propiedades que se describen en tabla 3.

### Fiabilidad

La fiabilidad de la escala en términos de consistencia interna resultó elevada para el total de pacientes con TAG (coeficiente Kuder-Richardson: 0,85), y en particular para el grupo de pacientes estables (coeficiente Kuder-Richardson: 0,79). Sin embargo, en el grupo de pacientes que iniciaron o cambiaron de tratamiento la consistencia interna resultó algo menor a lo recomendado (coeficiente Kuder-Richardson: 0,56). La fiabilidad test-retest de la escala, que se analizó únicamente en el grupo de los 28 pacientes estables, resultó muy alta para la puntuación total de la escala (CCI: 0,89), aunque los ítems 3 («la mayoría de los días no puedo parar de preocuparme») y 8 («me enfado o irrito fácilmente») se mostraron más inestables a lo largo del tiempo por debajo del valor del coeficiente recomendado de 0,70 (CCI: 0,68, y CCI: 0,63, respectivamente).



**Figura 2** Distribución de las puntuaciones totales de la Escala del TAG: porcentajes de pacientes con distinta puntuación total.

**Validez**

La tabla 4 muestra los resultados obtenidos en las correlaciones entre la Escala del TAG y las escalas HARS y CGI-G, que refieren unos elevados coeficientes de correlación de Spearman tanto con las puntuaciones de la Escala HARS total ( $r=0,8769$ ) y de la subescala de ansiedad psíquica (constituida por ítems 1-6 y 14) ( $r=0,8821$ ) como con la Escala CGI-G ( $r=0,8726$ ). Adicionalmente se llevó a cabo un análisis correlacional ítem a ítem entre la Escala del TAG y las puntuaciones total de la HARS y de la subescala de ansiedad psíquica de esta escala, del que debe destacarse la alta correlación obtenida entre los ítems de la Escala del TAG 1, 2, 3, 5 y 12 y los ítems de la HARS 1 («humor ansioso»), 2 («tensión»), 5 («funciones intelectuales»), 6 («humor depresivo») y 14 («comportamiento durante la entrevista»), con

coeficientes de correlación de Spearman superiores a  $r=0,70$ .

Respecto a la validez discriminante de la Escala del TAG, esta propiedad se exploró de dos maneras: a) comparando entre pacientes y controles, cuyos resultados ya se han descrito anteriormente; y b) comparando entre subgrupos de pacientes establecidos según la edad de inicio y la duración del trastorno de TAG, la duración del episodio actual, presencia de otros trastornos concomitantes (de ansiedad, relacionados con sustancias concomitantes o de estado de ánimo) y distinta puntuación basal en las escalas HARS y CGI-G. Comparando entre subgrupos de pacientes, en la tabla 5 se describe que la Escala del TAG resultó capaz de discriminar entre pacientes con distinto grado de ansiedad, gravedad clínica basal (según puntuaciones en escalas HARS y CGI-G, respectivamente) y edad del paciente (test Kruskal-Wallis;  $p<0,05$ ).

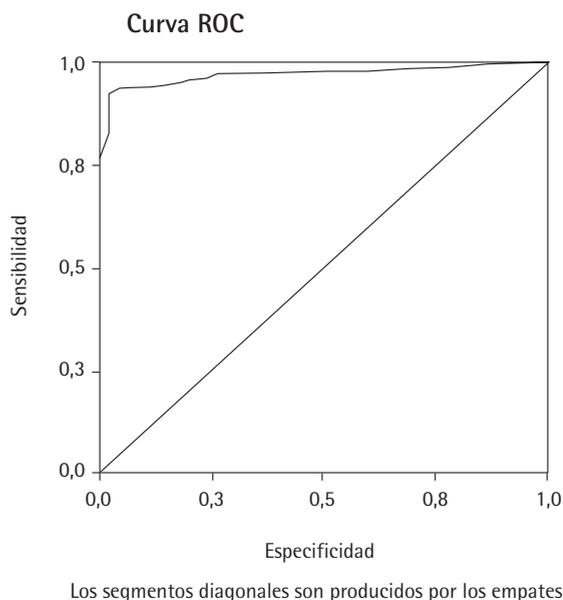


Figura 3 Curvas ROC (grupos A y B).

### Sensibilidad al cambio

Finalmente, la tabla 6 muestra los resultados de los análisis de la sensibilidad al cambio de la Escala del TAG, según los cuales se hallaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la visita basal en todas las visitas de seguimiento (test de Wilcoxon;  $p < 0,05$ ). Adicionalmente debe destacarse que desde el primer mes la escala se mostró suficientemente sensible como para registrar un tamaño del efecto estandarizado medio  $\geq 1,6$  puntos y una respuesta media estandarizada  $\geq 0,9$  puntos.

### CONCLUSIONES

El propósito del presente estudio era validar en español y de acuerdo a los métodos estándar recomendados<sup>25</sup>, la Es-

Tabla 3	Sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo y negativo de la escala del TAG con punto de corte > 3 para el cribado de pacientes con TAG		
	Valor	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Sensibilidad	0,9360	0,8995	0,9726
Especificidad	0,9556	0,8953	1,0158
Valor predictivo+	0,9877	0,9708	1,0046
Valor predictivo-	0,7963	0,6889	0,9037

Tabla 4	Validez convergente/divergente: correlaciones entre puntuaciones de las escalas del TAG, HARS y CGI-G (grupos A y B)		
	Puntuación total HARS	Puntuación Ansiedad Psíquica HARS	Puntuación total CGI-G
<b>Puntuación total Escala del TAG</b>			
Coef.	0,88	0,89	0,87
Sig.	<0,0001	<0,0001	<0,0001
n	213	216	213
<b>Puntuación total HARS</b>			
Coef.	—	0,96	0,90
Sig.	—	<0,0001	<0,0001
n	—	218	213
<b>Puntuación Ansiedad Psíquica HARS</b>			
Coef.	—	—	0,89
Sig.	—	—	<0,0001
n	—	—	217

Coef.: coeficiente de correlación (bivalente); Sig.: nivel de significación del test de correlación de Spearman; n: número de pacientes.

cala del TAG de Carroll y Davidson (*Screening Scale for DSM-IV General Anxiety Disorder*) para su uso en la práctica e investigación clínica en España. Para ello se estudiaron las distintas propiedades de este instrumento, obteniéndose los resultados que a continuación se someten a discusión.

### Factibilidad

Uno de los problemas de los instrumentos de evaluación específicos empleados en la evaluación de trastornos psiquiátricos es su falta de factibilidad en la práctica clínica, unos por ser demasiado largos y otros por tener escasa difusión y aplicación clínica. En el presente estudio esta característica se ha evaluado analizando el tiempo de administración de la Escala del TAG y el porcentaje de pacientes que dejaban sin respuesta algún ítem, resultando que se muestra como un instrumento específico con una elevada factibilidad.

### Fiabilidad

La fiabilidad de la escala en términos de consistencia interna resultó elevada para el total de pacientes con TAG

Tabla 5		Validez discriminante: comparación de la puntuación total en Escala del TAG entre subgrupos de pacientes (grupo A)					
	n*	Media	DT	Mín	Máx	<i>p</i>	
<b>Edad inicio del trastorno</b>							
Menos de 25 años	34	9,2	2,3	4	12		
Entre 25 y 50 años	101	10,1	2,6	0	12	<0,05**	
Más de 50 años	29	8,7	4,0	0	12		
<b>Duración del trastorno</b>							
Menos de 3 años	55	10,1	2,4	0	12		
Entre 3 y 5 años	45	9,1	3,4	0	12	>0,05**	
Más de 5 años	60	9,6	2,9	2	12		
<b>Duración del episodio actual</b>							
Menos de 7 días	6	10,2	2,1	7	12	>0,05**	
7 o más días	147	9,8	2,9	0	12		
<b>Trastorno de ansiedad concomitante</b>							
Sin trastorno	137	9,5	3,0	0	12	>0,05**	
Con trastorno	35	10,3	2,5	2	12		
<b>Trastornos relacionados con sustancias concomitantes</b>							
Sin trastornos	171	9,6	2,9	0	12	>0,05**	
Con trastornos	1	11,0	—	11	11		
<b>Trastornos de estado de ánimo concomitante</b>							
Sin trastorno	34	10,2	2,6	2	12	>0,05**	
Con trastorno	138	9,5	2,9	0	12		
<b>HARS basal</b>							
Puntuación baja (<20)	53	7,1	3,6	0	12		
Puntuación media (≥20 y ≤40)	113	10,8	1,3	6	12	<0,05**	
Puntuación alta (>40)	3	11,7	0,6	11	12		
<b>ICG-G basal</b>							
Sin enfermedad	4	3,0	3,5	0	8		
Muy levemente o levemente enfermo	39	6,6	3,4	0	12	<0,05**	
Moderadamente enfermo	81	10,5	1,4	7	12		
Marcada, grave o extremadamente enfermo	46	11,1	1,4	6	12		

\*Hubo algunos casos para los que no se especifica el dato. \*\*Entre los grupos de pacientes no se hallaron diferencias estadísticamente significativas (test Kruskal-Wallis;  $p > 0,05$ , y test Mann-Whitney;  $p > 0,05$ ), excepto respecto a la edad de inicio del trastorno y la puntuación en las Escalas HARS e ICG-G (test Mann-Whitney;  $p < 0,05$ ).

(coeficiente Kuder-Richardson: 0,85), y en particular para el grupo de pacientes estables (coeficiente Kuder-Richardson: 0,79). Sin embargo, en el grupo de pacientes

Tabla 6		Puntuación total en la Escala del TAG en las distintas visitas y magnitud de los cambios (diferencia media en valor crudo, tama o del efecto estandarizado SES y respuesta media estandarizada SRM)				
	n*	Media	DT	Mín	Máx	
<b>Puntuación total de la Escala del TAG**</b>						
Basal	145	10,6	1,6	5,0	12,0	
Mes 1	150	8,0	3,1	1,0	12,0	
Mes 3	150	5,6	4,0	0,0	12,0	
Mes 6	150	4,4	4,1	0,0	12,0	
<b>Descenso de la puntuación (diferencia media en valor crudo)</b>						
Basal-mes 1	145	-2,6	2,9	4,0	-9,0	
Basal-mes 3	145	-5,0	4,0	1,0	-12,0	
Basal-mes 6	145	-6,1	4,2	1,0	-12,0	
<b>Tamaño del efecto estandarizado (SES)</b>						
Basal-mes 1	145	-1,6	1,8	2,5	-5,6	
Basal-mes 3	145	-3,1	2,5	0,6	-7,5	
Basal-mes 6	145	-3,8	2,6	0,6	-7,5	
<b>Respuesta media estandarizada (SRM)</b>						
Basal-mes 1	145	-0,9	1,0	1,4	-3,1	
Basal-mes 3	145	-1,2	1,0	0,3	-3,0	
Basal-mes 6	145	-1,5	1,0	0,2	-2,9	

\*Hubo algunos casos para los que no se especifica el dato. \*\*Se encontraron diferencias estadísticamente significativas a lo largo de todo el estudio (test Friedman;  $p < 0,001$ ) y en cada una de las visitas de seguimiento con respecto a la visita basal (test Wilcoxon;  $p < 0,001$ ).

que iniciaron o cambiaron de tratamiento la consistencia interna resultó algo menor a lo recomendado (coeficiente Kuder-Richardson: 0,56). La fiabilidad test-retest de la escala, que se analizó únicamente en el grupo de los 28 pacientes estables, resultó muy alta para la puntuación total de la escala (CCI = 0,89), aunque los ítems 3 («la mayoría de los días no puedo parar de preocuparme») y 8 («me enfado o irrito fácilmente») se mostraron más inestables a lo largo del tiempo por debajo del valor del coeficiente recomendado de 0,70 (CCI: 0,68, y CCI: 0,63, respectivamente).

### Utilidad de la Escala del TAG como instrumento de cribado y su validez

El diagnóstico de TAG no fue incluido en la nomenclatura psiquiátrica hasta la publicación de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III<sup>1</sup>. Sin embargo, a lo largo de las últimas 2 décadas ha sido objeto de muchas investigaciones que han contribuido a

clarificar sus límites conceptuales con otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico, la agorafobia o la fobia social, así como con otros trastornos psiquiátricos concomitantes, y a confirmar su validez como categoría diagnóstica distinta<sup>26,27</sup>. Por consiguiente, un aspecto a evaluar especialmente relevante pero a la vez de intrínseca dificultad es la capacidad de la Escala del TAG como instrumento de cribado de los pacientes con TAG frente a sujetos sanos, así como frente a pacientes con otros tipos de trastornos. Por lo que se refiere a su utilidad para detectar casos de TAG entre sujetos sanos, la Escala del TAG se mostró válida, presentando grados muy satisfactorios de sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo y negativo. Con respecto a la utilidad de este instrumento para detectar a los pacientes con TAG entre población psiquiátrica con otros distintos trastornos, debe destacarse que una gran parte de los pacientes incluidos en el estudio presentaban comórbidamente otros trastornos de ansiedad relacionados con sustancias concomitantes o del estado de ánimo distintos al TAG, lo cual constituye una limitación del estudio inevitable en cuanto que refleja las altas tasas de comorbilidad existentes en la realidad con otros trastornos psiquiátricos en los pacientes con TAG<sup>26,28</sup>. Pese a esta limitación, la Escala del TAG presentó, además de una adecuada validez convergente/divergente según se puede inferir de las altas correlaciones que mostró con las escalas HARS e CGI-G, también una adecuada validez discriminante al distinguir entre pacientes con distinto grado de ansiedad y gravedad clínica. Adicionalmente, de forma más específica también debe destacarse como un indicio a favor de la validez de la Escala del TAG la alta correlación obtenida entre los ítems de la Escala del TAG 1, 2, 3 y 5 y los ítems de la HARS 1 («humor ansioso») y 2 («tensión»), todos ellos centrados en la presencia de ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) que caracteriza la descripción aceptada del diagnóstico de TAG según criterios DSM-IV<sup>29</sup>.

### Sensibilidad al cambio

Aunque la Escala del TAG es un instrumento de cribado, que por consiguiente debe ser esencialmente discriminativo, se estudió también la sensibilidad al cambio, que es una propiedad psicométrica fundamental para el uso de un instrumento como evaluativo<sup>30</sup>. En este sentido la Escala del TAG mostró también adecuada sensibilidad al cambio, según se puede concluir de las diferencias observadas entre las puntuaciones basales y postratamiento. Al estimar la magnitud de los cambios entre antes y después del tratamiento, además son de destacar los cambios observados que desde el mes 1 apuntaron a que la escala es suficientemente sensible como para registrar un tamaño del efecto estandarizado medio  $\geq 1,6$  puntos y una respuesta media estandarizada  $\geq 0,9$  puntos, lo que corrobora una elevada sensibilidad al cambio de esta escala convirtiéndola en un válido indicador de la efectividad del tratamiento del TAG. Debe mencionarse que esta elevada sensibilidad al cambio se observó aun a pesar de la limitación que presenta la escala en pacientes graves consistente en la elevada proporción de pacientes

con la puntuación máxima (un 38,6% de los pacientes en los pacientes que iniciaron o cambiaron de tratamiento del grupo A1) (efecto techo).

### Conclusión final

El reciente interés por validar cuestionarios de evaluación de los cambios en el curso del TAG asociados al tratamiento responde a la necesidad de disponer de instrumentos de medida válidos y fiables para detectar y evaluar el impacto que ejercen sobre este trastorno los nuevos psicofármacos que han ido apareciendo para su tratamiento. Pese a este interés existen escasos estudios de evaluación de propiedades psicométricas de instrumentos de medida específicos para evaluar este trastorno, más escasos aún si solamente se consideran los trabajos acerca de instrumentos de medida de la ansiedad genéricos adaptados y validados al español como la HARS<sup>31</sup> y totalmente inexistentes si se consideran trabajos acerca de instrumentos específicos para el TAG. Por todo ello es destacable la novedad de los resultados presentados en este trabajo que muestran que la Escala del TAG posee adecuadas propiedades psicométricas para su uso en la investigación y la práctica clínica habitual como instrumento de cribado y también evaluativo con pacientes diagnosticados de TAG, pese a la tendencia de su escala de medida a presentar efecto techo en pacientes graves.

### BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3<sup>rd</sup> ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> ed. rev. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3<sup>rd</sup> ed. rev. Washington: American Psychiatric Association, 1987.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
5. Kessler RC, Wittchen HU. Patterns and correlates of generalized anxiety disorder in community samples. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(Suppl. 8):4-10.
6. Maier W, Gansicke M, Freyberger HJ, Linz M, Heun R, Lecrubier Y. Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity? *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:29-36.
7. Kupfer DJ, First MB, Regier DA. A research agenda for DSM-V. Washington: American Psychiatric Association, 2002.
8. Allgulander C. Generalized anxiety disorder: current challenges and future options. Estocolmo: comunicación presentada en el 14 Congreso ECNP, 2004.
9. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32:50-5.
10. Echeburúa Odriozola E. Medición 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, 2002.
11. Rocca P, Fonza V, Scotta M, Sanadla E, Ravizza L. Paroxetine efficacy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:444-50.
  12. Davidson JRT, DuPont RL, Hedges D, Haskins JT. Efficacy, safety and tolerability of venlafaxine extended release and buspirone in outpatients with generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1999;60:528-35.
  13. Rickels K, Pollack MH, Sheehan DV, Haskins JT. Efficacy of extended-release venlafaxine in nondepressed outpatients with generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 2000;157:969-74.
  14. Gelenberg AJ, Lydiard RB, Rudolph RL, Aguiar L, Haskins JT, Salinas E. Efficacy of venlafaxine extended-release capsules in nondepressed outpatients with generalized anxiety disorder: a 6-month randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:3082-8.
  15. Allgulander C, Hackett D, Salinas E. Venlafaxine extended release (ER) in the treatment of generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatr* 2001;179:15-22.
  16. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav Res Ther* 1990;28:487-95.
  17. Allgulander C, Nilsson B. A nationwide study in primary health care: one out of four patients suffers from anxiety and depression. *Lakartidningen* 2003;100:832-8.
  18. Weiss MD, Gadow KD, Wasdell MB, Spraikin J, Bomben MM. Evaluating an new anxiety screening, severity and outcome measure: «What If?» Comunicación presentada en el American Psychiatric Association 157<sup>th</sup> Annual Meeting (NR193). New York, 2004.
  19. Wan GJ, Geissler EC, Zhang HF, Hackett D. Assessment of Symptom-Free Days in GAD. Comunicación presentada en el American Psychiatric Association 156<sup>th</sup> Annual Meeting (NR623). San Francisco, 2003.
  20. Wittchen HU, Boyer P. Screening for anxiety disorders. Sensitivity and specificity of the Anxiety Screening Questionnaire (ASQ-15). *Br J Psychiatry* 1998;173(Suppl. 34):10-7.
  21. Carroll BJ, Davidson JRT. Screening Scale for DSM-IV GAD. Copyright, 2000.
  22. Guy W. Early Clinical Drug Evaluation Unit (ECDEU) assessment manual for psychopharmacology. Revised. NIMH publication DHEW publ NO (Adm) 76-338. Bethesda: National Institute of mental Health, 1976; p. 217-22.
  23. Hamilton M. The assessment of anxiety by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32:50-5.
  24. Kazis LE, Anderson JJ, Meenan RF. Effect sizes for interpreting changes in health status. *Med Care* 1989;27:S178-89.
  25. Nunnally JC. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill, 1978.
  26. Stein DJ. Comorbidity in generalized anxiety disorder: impact and implications. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl. 11):29-34.
  27. Wittchen HU, Hoyer J. Generalized anxiety disorder: nature and course. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl. 11):15-21.
  28. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:355-64.
  29. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa. Barcelona: Masson, 1995.
  30. Guyatt GH. A taxonomy of health status instruments. *J Rheumatol* 1995;22:1188-90.
  31. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re R, Badia X, Baro E. Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP). Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg depression and Hamilton anxiety rating scales. *Med Clin (Barc)* 2002;118:493-9.