

# PERFIL DE PERSONALIDAD DE PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Giselle Vetere,  
Alicia Portela  
y Ricardo Rodríguez Biglieri\*

## Resumen

*El objetivo del estudio fue identificar el perfil de personalidad de los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). 30 pacientes con TAG y 30 con otros trastornos de ansiedad (CA) completaron el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon. Se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las subescalas Protección, Afectividad y Concordancia, encontrándose los puntajes más altos en los pacientes con TAG. Se plantea el debate sobre si el TAG constituye un trastorno de personalidad, caracterizado no sólo por la tendencia crónica a la preocupación sino también por un estilo de relación de tipo dependiente, un modo afectivo de procesar la información y una predisposición a poner en primer lugar las necesidades de los demás.*

**Palabras clave:** Trastorno de Ansiedad Generalizada, rasgos de personalidad, protección, afectividad, dependencia.

**Keywords:** Generalized Anxiety Disorder, personality traits, protection, affectivity, dependence.

## Introducción

Diversos estudios abordaron la relación entre el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG; APA, 1994) y los trastornos de personalidad, ya sea investigando la frecuencia con que se asocian (Dyck y col., 2001; Garyfallos, 1999) o la influencia de estos últimos en la respuesta al tratamiento (Massion y col., 2002). Los trastornos de personalidad que se han asociado con más frecuencia al TAG son los del cluster "C" (Garyfallos y col., 1999).

El hecho de que el TAG presente, más que cualquier otro trastorno de ansiedad, elevadas tasas de comorbilidad con trastornos del eje II, merece especial atención. Basados en este dato, y en otros he-

chos como la cronicidad del cuadro, su baja respuesta al tratamiento y su inicio temprano, diversos autores han propuesto la posibilidad de que el TAG sea considerado un trastorno de personalidad (TP) (Beck, Stanley y Zebb, 1996; Sanderson y Wetzler, 1991).

Existen también varios estudios que indagan las características de personalidad en estos pacientes. Lamentablemente, algunos de ellos han utilizado instrumentos poco específicos, que no permiten determinar qué es exactamente aquello que se pretende medir (Chambers, Power y Durham, 2004).

Algunos estudios han utilizado el STAI en su forma rasgo para evaluar dicho constructo en pacientes con TAG. Se obtuvieron elevadas correlaciones entre TAG y rasgo de ansiedad; no obstante, resultados similares se hallaron no sólo en pacientes con otros trastornos de ansiedad, sino también con cuadros depresivos sin ansiedad (Chambers, Power y Durham, 2004). Lo mismo ha sucedido con estudios que medían extroversión y neuroticismo, dado que la definición de dichos constructos abarca rasgos caracterológicos muy diversos. No sólo se asociaron significativamente al TAG sino también a depresión

\* Giselle Vetere: Facultad de Psicología UBA, Hospital Bonorino Udaondo Colombres 535, Dto 1, Lomas de Zamora - CP (1832)  
E-mail: gisellevetere@hotmail.com

Alicia Portela: Hospital Borda, Hospital Francés, APSA  
Ricardo Rodríguez Biglieri: Facultad de Psicología, UBA, CONICET  
REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLOGICA XVI .p.p. 129-134  
© 2007 Fundación AIGLE.

(Duggan, Lee y Murria, 1990; Hirschfeld y Klerman, 1979).

Por otro lado, diversos estudios (Gray, 1970; Jensen y col., 1996; Gomez y Francis 2003) han evaluado características de personalidad comparando pacientes con TAG y controles no ansiosos utilizando el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989). Si bien estas investigaciones aportan información valiosa, al no establecer comparaciones con otros cuadros de ansiedad no permiten discriminar qué características son propias del TAG y cuáles de los trastornos de ansiedad en general.

De dichos estudios se ha concluido que los pacientes con TAG presentan alto rasgo de ansiedad, neuroticismo e introversión, comparado con personas sin trastornos mentales (Jensen y col., 1996; Gomez y Francis 2003). No obstante, si se pretende pesquisar si existen características de personalidad específicas de los pacientes con TAG, éstas deben poder diferenciarse de las que presentan pacientes con otros cuadros. De otro modo, podrían confundirse características de personalidad que se asocian con diversos trastornos de ansiedad con aquellas propias del TAG.

Dada la complejidad del constructo personalidad, sería de suma utilidad realizar investigaciones empleando instrumentos que evalúen de manera detallada y precisa tanto variables cognitivas como las conductas interpersonales y las variables motivacionales.

Hasta la fecha, en relación a las variables cognitivas, se ha sugerido que las preocupaciones de los pacientes con TAG no presentan diferencias de las registradas en controles comunitarios respecto de su contenido, pero sí respecto de su frecuencia. Craske y col. (1989) por ejemplo, señalaron que los pacientes con TAG están menos preocupados por cuestiones monetarias que los sujetos sin ansiedad. Por otro lado, si lo hacen más por el bienestar, enfermedades o daño. En el mismo estudio, no encontraron diferencias significativas en cuanto a las preocupaciones sobre temas laborales, asuntos escolares y relaciones sociales entre pacientes con TAG y sujetos control.

Los pacientes con TAG parecen concentrarse más específicamente en el daño que pudieran sufrir sus seres queridos, y utilizar la preocupación como modo de prevenirlo (Vetere y Rodríguez Biglieri, 2005). Si esto fuera así, sería esperable encontrar, por ejemplo, puntuaciones elevadas en la subescala *protección* del test de Millon (Castro Solano, Casullo y Pérez, 2004) que evalúa la motivación para ocuparse del bienestar de los otros.

Por otro lado, se ha sugerido que los pacientes que presentan trastornos de ansiedad tenderían a presentar un razonamiento emocional o ex - consecuencia, es decir, que el peligro se infiere en base a las propias sensaciones (Arntz, Rauner y van den Hout, 1995). Siendo que en los cuadros de ansiedad generalmente el peligro suele estar circunscripto a uno o pocos temas y que por el contrario en el TAG los temas son múltiples y variables, podría esperarse, por ejemplo, que los pacientes obtuviesen puntuaciones elevadas en la subescala *afectividad* del test de Millon (Castro Solano, Casullo y Pérez, 2004) que evalúa la tendencia a presentar este tipo de razonamiento emocional.

## Método

### Muestra

La muestra estuvo conformada por 2 grupos. Un grupo compuesto por 30 hombres y mujeres de entre 21 y 60 años (23 mujeres y 7 hombres; edad media = 38.7 años, D.E. = 7.5) que presentaron como diagnóstico principal TAG según criterios DSM-IV (APA, 1994). La mayoría (n=22) estaba casado, y había cursado estudios secundarios completos.

Otros grupo se conformó con 30 pacientes (25 mujeres y 5 hombres) entre 21 y 60 años de edad (media = 41.6, D.E. = 9.5) y tenían como diagnóstico principal algún trastorno de ansiedad según criterios DSM-IV (APA, 1994), pero sin comorbilidad con TAG. Dicho grupo presentó características socio-demográficas equivalentes a las del grupo anterior.

En ambos grupos se excluyó a pacientes que presentasen al momento de la evaluación trastorno depresivo mayor, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, trastorno bipolar o retraso mental.

Al contar con baremos locales del Inventario de Personalidad de Millon (Castro Solano, Casullo y Pérez, 2004), se tomó a estos valores como representantes de un control comunitario con la finalidad de efectuar una comparación posterior de los mismos con resultados obtenidos en los grupos TAG y CA.

### Instrumentos

- *Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I)* (First, Spitzer, Williams y Gibbon, 1995). Esta entrevista está diseñada para utilizarse tanto con pacientes psiquiátricos como en sujetos que se encuentran bajo evaluación psicopatológica. Fue desarrollada para facilitar la evaluación diagnóstica de acuerdo a los criterios DSM-IV (APA, 1994). Ha probado ser de suma utilidad clínica y de investigación.

• *Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS)* (Castro Solano, Casullo y Pérez, 2004). La elección del MIPS se basa en la gran gama de rasgos de personalidad que evalúa este test. Desde una perspectiva sociobiológica, T. Millon propone que la personalidad reflejaría los modos de adaptación al ambiente, que se originarían a partir de la interacción entre la dotación biológica y la experiencia social, dando por resultado estilos característicos de percibir, sentir, pensar y actuar. El MIPS es un cuestionario compuesto por 180 ítems, que consta de 24 escalas agrupadas en 12 bipolaridades dimensionales. Estas se distribuyen en tres grandes áreas: las metas motivacionales, modo cognitivo y las conductas interpersonales.

El área metas motivacionales explora la orientación a obtener refuerzo del medio, y sus bipolaridades son: apertura – preservación, modificación – acomodación e individualismo – protección.

El área modos cognitivos examina los estilos de procesamiento de la información y se compone de 4 bipolaridades: extraversión – introversión, sensación – intuición, reflexión – afectividad y sistematización – innovación.

Finalmente, el área conductas interpersonales está compuesta por 5 pares de escalas que evalúan el estilo de relación en función del retraimiento – comunicatividad, vacilación – firmeza, discrepancia – conformismo, sometimiento – control, insatisfacción – concordancia.

#### *Procedimiento*

Mediante la administración de la entrevista SCID-I se seleccionó a los pacientes que consultaban al Servicio de Psiquiatría del Hospital Francés que cumplían con los criterios de inclusión. Acto seguido se los informó sobre la posibilidad de participar en la investigación y se obtuvo el consentimiento informado y sus datos sociodemográficos básicos. Finalmente se procedió a administrar el MIPS.

#### *Análisis de datos*

Los datos obtenidos fueron analizados con el programa estadístico SPSS, versión 11.0, a fin de comparar las puntuaciones de los grupos. Dado que las pruebas previas para comprobar la normalidad de la muestra (Test de Levene y Prueba de Kolmogorov-Smirnov) arrojaron datos que no sustentaban dicho supuesto se recurrió a estadística no paramétrica.

## Resultados

No se observaron diferencias significativas entre grupos respecto de las variables socio-demográficas, permitiendo este hecho la comparación entre grupos.

Las Tablas 1 y 2 muestran las puntuaciones medias y desvíos estándar obtenidas por el grupo TAG y el control ansioso respectivamente, en las distintas subescalas del MIPS.

Se efectuó una prueba de Kruskal-Wallis comparando los puntajes del grupo TAG, el control ansioso y los baremos obtenidos en la muestra comunitaria.

Tal como se observa en la Tabla 3, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en las subescalas *Protección* ( $p < 0.001$ ), *Afectividad* ( $p < 0.001$ ) y *Concordancia* ( $p < 0.005$ ), encontrándose los puntajes más altos en los pacientes con TAG.

Respecto a la comparación entre el grupo TAG y Control Ansioso por separado, se utilizó una prueba *U* de Mann-Whitney registrándose diferencias estadísticamente significativas en las mismas variables: *Protección* ( $p < 0.001$ ), *Afectividad* ( $p < 0.001$ ) y *Concordancia* ( $p < 0.006$ ).

**Tabla 1. Puntuaciones medias y Desvíos Estándar en las subescalas del MIPS del Grupo TAG**

	Media	Desv. típ.
Apertura	17,13	10,357
Preservación	26,80	10,923
Modificación	22,60	8,052
Acomodación	27,33	7,952
Individualismo	11,73	4,906
Protección	38,80	4,109
Extraversión	24,00	8,742
Introversión	11,47	8,297
Sensación	22,20	9,923
Intuición	21,67	5,563
Reflexión	12,60	6,104
Afectividad	39,00	5,028
Sistematización	33,73	10,333
Innovación	25,87	8,374
Retraimiento	22,33	7,490
Comunicatividad	21,40	6,822
Vacilación	26,60	12,380
Firmeza	21,73	8,964
Discrepancia	19,13	8,236
Conformismo	39,20	9,488
Sometimiento	23,73	12,050
Control	17,93	6,692
Insatisfacción	25,13	12,082
Concordancia	45,07	7,255

La comparación entre el grupo TAG y Control Comunitario arrojó diferencias significativas en las mismas subescalas del MIPS: *Protección* ( $p < 0.025$ ); *Afectividad* ( $p < 0.036$ ) y *Concordancia* ( $p < 0.030$ ).

**Tabla 2 . Puntajes Medios y Desvíos Estándar en las subescalas del MIPS para el Grupo Control Ansioso**

	Media	Desv. tít.
Apertura	18,67	9,263
Preservación	22,80	12,718
Modificación	25,80	7,533
Acomodación	23,00	11,395
Individualismo	15,80	6,678
Protección	26,47	8,991
Extraversión	19,67	11,830
Introversión	13,13	9,724
Sensación	19,87	6,643
Intuición	19,20	6,635
Reflexión	18,07	7,294
Afectividad	26,87	8,374
Sistematización	31,13	9,334
Innovación	24,60	7,908
Retraimiento	20,60	10,927
Comunicatividad	26,00	11,168
Vacilación	23,27	13,237
Firmeza	27,47	11,488
Discrepancia	18,67	7,734
Conformismo	36,87	10,582
Sometimiento	18,07	9,438
Control	23,13	6,266
Insatisfacción	22,47	9,598
Concordancia	36,33	8,278

Por su parte, el grupo Ansioso sólo presentó diferencias estadísticamente significativas en comparación al grupo Control Comunitario en relación a la variable de Concordancia ( $p < 0.013$ ).

**Tabla 4 . Estadísticos de contraste Grupo TAG vs. Control Ansioso**

	Protección	Afectividad	Concordancia
<i>U</i> de Mann-Whitney	23,500	25,500	46,500
<i>W</i> de Wilcoxon	143,500	145,500	166,500
<i>Z</i>	-3,701	-3,616	-2,747
<i>p</i> <	0,001	0,001	0,006

**Tabla 3 . Comparación mediante prueba de Kruskal-Wallis de los puntajes en las subescalas del MIPS entre los grupos TAG, Control Ansioso y Control Comunitario**

	1A	1B	2A	2B	3A	3B	4A	4B	5A	5B	6A	6B
Chi-cuadrado	0.037	1.303	2.819	1.663	3.554	15.496	1.765	0.406	1.363	0.667	4.821	14.746
Gl	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
<i>p</i> <	0.982	0.521	0.244	0.435	0.169	0.001	0.414	0.816	0.506	0.716	0.090	0.001

  

	7A	7B	8A	8B	9A	9B	10A	10B	11A	11B	12A	12B
Chi-cuadrado	0.800	0.504	0.855	2.229	1.151	3.170	0.466	0.299	1.318	4.544	0.266	10.665
Gl	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
<i>p</i> <	0.670	0.777	0.652	0.328	0.563	0.205	0.792	0.861	0.517	0.103	0.875	0.005

*gl*= grados de libertad; Subescalas del MIPS: 1A=Apertura; 1B=Preservación; 2A=Modificación; 2B=Acomodación; 3A=Individualismo; 3B=Protección; 4A=Extraversión; 4B=Introversión; 5A=Sensación; 5B=Intuición; 6A=Reflexión; 6B=Afectividad; 7A=Sistematización; 7B=Innovación; 8A=Retraimiento; 8B=Comunicatividad; 9A=Vacilación; 9B=Firmeza; 10A=Discrepancia; 10B=Conformismo; 11A=Sometimiento; 11B=Control; 12A=Insatisfacción; 12B=Concordancia.

## DISCUSION

En primer lugar, teniendo en cuenta el tamaño de las muestras clínicas, se hace necesario tomar las conclusiones aquí vertidas como datos preliminares, que deberían confirmarse o refutarse mediante sucesivas repeticiones.

Dados los resultados en relación a las diferencias observadas entre los tres grupos respecto de las variables del MIPS antes señaladas, éstos sugieren que los pacientes con TAG podrían presentar una mayor tendencia a anteponer las necesidades de los demás a las propias (*protección*) y a evaluar las situaciones conforme a sus propias reacciones afectivas más que a las intelectuales (*afectividad*).

En relación a la subescala de *Concordancia*, los pacientes con TAG también obtuvieron puntajes significativamente más elevados que los registrados en el Control Comunitario y los pacientes del grupo Control Ansioso. Dado que dicha subescala se corresponde con el trastorno de personalidad por dependencia, este dato sugeriría una asociación frecuente entre rasgos dependientes de personalidad y el TAG. Puesto que también se registró una diferencia significativa entre el grupo CA y el CC en dicha variable, puede suponerse la misma vinculación entre dependencia y trastornos de ansiedad en general. No obstante, no debe olvidarse que, a su vez, la media del grupo TAG fue mayor a la del CA, diferencia que fue significativa a nivel estadístico. Teniendo en cuenta la dimensionalidad del constructo en cuestión (*Concordancia*) los pacientes con TAG presentarían más rasgos de dependencia que los sujetos con otros trastornos de ansiedad y éstos, a su vez, más de los registrados en población no clínica. Estos datos disparan interrogantes que pueden abordarse en futuras líneas de investigación, indagando el grado y tipo de asociación entre las variables mencionadas.

Podría pensarse que tal vez un alto grado de concordancia predispondría al desarrollo de trastornos de ansiedad, o bien que el desarrollo de los trastornos de ansiedad podría dar lugar a una modificación de la personalidad, en el sentido de incrementar la dependencia de estos pacientes.

Tomando en consideración el hecho que estas dimensiones de la personalidad (protección, afectividad y concordancia) se encontraron en forma marcada en pacientes con TAG, se plantea el interrogante de si este trastorno constituye en sí mismo un trastorno de personalidad, caracterizado no sólo por la tendencia crónica a la preocupación sino también por un estilo de relación de tipo dependiente, un modo afectivo de procesar la información y una predisposición a poner en primer lugar las necesidades de los demás.

Por otro lado, el hecho de que este trastorno presente una baja respuesta a los tratamientos deja pendiente la cuestión de si esta respuesta pobre se debe en parte a que estas variables de personalidad no han sido incluidas como blanco en los tratamientos manualizados disponibles hasta el momento. Cabe esperar que si las variables aquí descritas fuesen características de personalidad estables en pacientes con TAG, se vinculen e interactúen de forma particular con las manifestaciones más notorias del cuadro (la preocupación patológica y su dificultad en ser controlada); lo cual conllevaría la necesidad de evaluar a éstas de una manera distinta a como se lo ha realizado hasta el momento. Esto podría conducir a nuevas conceptualizaciones del cuadro que se plasmarían a su vez en nuevos desarrollos psicoterapéuticos.

Finalmente, de confirmarse los datos presentes cabría suponer que la modificación de los patrones de preocupación, vinculados con rasgos caracterológicos, fuese una tarea ardua y no inmediata. Por lo tanto sería esperable que los tratamientos demandaran un tiempo mayor y estrategias distintas a las que se emplean en otros cuadros de ansiedad.

## BIBLIOGRAFIA

- Arntz, A., Rauner, M y van den Hout, M. (1995). If I feel anxious, there must be danger: exconsequential reasoning in inferring danger in anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*, 33, 917-925.
- Beck, J., Stanley, M. y Zebb, B. (1996). Characteristics of anxiety in older adults: a descriptive study. *Behavior Research and Therapy*, 34, 225-234.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., y Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Castro Solano, A., Casullo, M. y Pérez, M. (2004). *Aplicaciones del MIPS en los ámbitos laboral, educativo y médico*. Buenos Aires: Paidós.
- Chambers, J., Power, K. y Durham, R. (2004). The relationship between trait vulnerability and anxiety and depressive diagnoses at long-term follow-up of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 587 – 607.
- Craske, M., Rapee, R., Jackel, L., y Barlow, D. (1989). Qualitative Dimensions of worry in DSM-III-R generalized

anxiety disorder subjects and non-anxious controls. *Behavior Research and Therapy*, 27, 397-4020.

- Duggan, C., Lee, A., y Murray, R. (1990). Does personality predict long term outcome in depression? *British Journal of Psychiatry*, 157, 19-25.
- Dyck, I. Phillips, K., Warshaw, M. Dolan, R., Shea, M., Stout, R., Massion, A., Zlotnick, C. y Keller, M. (2001). Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. *Journal of Personality Disorders*, 15, 60-71.
- First, M., Spitzer, R., Williams, J. y Gibbon, M. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) :User's Guide and Interview, Research Version*. New York: Biometrics Research Department, Psychiatric Institute.
- Garyfallos, G., Adamopoulou, A., Karastergiou, A., Voikli, M., Milis, V., Donias, S., Giouzevas, J., y Parashos, A. (1999). Psychiatric comorbidity in Greek patients with generalized anxiety disorder. *Psychopathology*, 32, 308-318.
- Gomez, R. y Francis, L. (2003). Generalized Anxiety Disorder: relationships with Eysenck's, Gray's and Newman's theories. *Personality and Individual Differences*, 34, 3-17.
- Gray, J. A. (1970). The psychophysiological basis of introversion - extraversion. *Behavior Research and Therapy*, 8, 249 - 266.
- Hirschfeld, R. y Klerman, G. (1979). Personality attributes and affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 136, 67-70.
- Jensen, H., Halse, N. y Birket-Smith, M. (1996). Electrodermal lability in anxiety disorder. *Scandinavian Journal of Psychology*, 37, 103 - 108.
- Massion, A., Dyck, I., Shea, M., Phillips, K., Warshaw, M. y Keller, M. (2002). Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 434-40.
- Millon, T. (1997). *MIPS. Inventario Millon de Estilos de Personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Sanderson, W. y Wetzler, S. (1991). Chronic anxiety and generalized anxiety disorder: Issues in comorbidity. En R. M. Rapee y D. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: generalized anxiety disorder and mixed anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Vetere, G. y Rodríguez Biglieri, R. (2005). Validación empírica de modelos teóricos y tratamientos cognitivo-conductuales para trastorno de ansiedad generalizada. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 61, 170-175.

**Abstract:** The aim of this study was to identify the Generalized Anxiety Disorder (GAD) patients' personality profile. 30 GAD patients and 30 patients with other anxiety disorders (AC) completed the Millon Inventory of Personality Styles (MIPS). Findings show significant differences between groups in the Protection, Affectivity and Agreement MIPS subscales. The highest scores were seen in GAD patients. Finally, an argument was made regarding the possibility that GAD constitutes a personality disorder, characterized not only by pathological worry but also for a dependent relationship style, an affective way of information processing and a bias to prioritize the others' necessities.