

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

División de Estudios Profesionales

**PROPIEDADES PSICOMETRICAS DEL PENN STATE
WORRY QUESTIONNAIRE (PSW-Q)**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ATHENA ADORACIÓN FLORES TORRES

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Mayo, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Hoy concluye una etapa en mi vida, es el cierre de un ciclo lleno de risas, lágrimas, éxitos y tropiezos. A lo largo de este proceso estuve acompañada de personas maravillosas, me equivoque, aprendí y al final pude comprender lo privilegiada que soy por todo ello.

Agradezco a mis padres por su apoyo y valiosas enseñanzas sin las cuales no sería lo que soy ahora. Gracias por los momentos de consuelo, por sus sabias palabras, por su paciencia y por el inmenso amor que me han brindado durante toda mi vida. Los amo con todo mi corazón.

Gracias a mi hermana Melida, quien ha sido mi cómplice en las buenas y en las malas. Has sido la única persona que me acompaña en las noches de desvelo, me sacas una sonrisa cuando más lo necesito y no permites que olvide apreciar la belleza en las cosas más simples. Te amo muchísimo.

Me siento muy afortunada porque a lo largo de mi vida he conocido personas increíbles que hoy más que amigos son mis angelotes. Gracias a cada uno de ustedes por compartir tantas cosas lindas, por enseñarme el verdadero significado de la lealtad y la amistad incondicional. Este camino no hubiera sido el mismo sin ustedes, los quiero inmensamente.

De manera particular quiero agradecerte a ti Nat por estar siempre conmigo. Amiga, tú mejor que nadie sabes lo complicado y satisfactorio que ha sido este proceso; hemos pasamos desveladas, frustraciones, logros, estrés y momentos increíbles. Te amo amiga y de aquí para adelante.

Agradezco la atención y ayuda brindada por mis sinodales, sus aportaciones fueron muy valiosas y sin duda alguna enriquecieron mi trabajo. Especialmente quiero agradecer a mi tutor, el Dr. Samuel Jurado Cárdenas, a quien le tengo una enorme admiración. Mil gracias por las enseñanzas, por todo el apoyo brindado y por ser un excelente guía en mi formación como Psicóloga.

“Cada persona puede tener dos actitudes en su existencia: Construir o Plantar. Los constructores tal vez demoren años pero un día terminan aquello que estaban haciendo. Entonces se detienen y quedan limitados por sus propias paredes. La vida pierde sentido cuando la construcción acaba. Los que plantan sufren con las tempestades, las estaciones y raramente descansan. Pero, al contrario que un edificio, el jardín jamás deja de crecer. Y, al mismo tiempo que exige la atención del jardinero, también permite que para él, la vida sea una gran aventura”.

Paulo Coelho

ÍNDICE

Resumen	5
Introducción	6

Capítulo 1. Ansiedad

Definición	9
Enfoques teóricos sobre Ansiedad	11
Neurobiología de la Ansiedad	14
Factores de vulnerabilidad a la Ansiedad	16
Comorbilidad en la Ansiedad	19

Capítulo 2. Ansiedad Generalizada

Definición	23
Génesis y Mantenimiento	25
Sintomatología	32
Evolución	34
Epidemiología Internacional	35
Comorbilidad	40
Evaluación	41
Tratamiento Psicológico	47
Tratamiento Farmacológico	57
Planteamiento del problema	62
Justificación	62

Objetivos	63
Definición conceptual de variables	64
Definición operacional de variables	64
Diseño de Investigación	65

Método

Participantes	66
Instrumentos	66
Procedimiento	67
Resultados	69
Discusión	74
Referencias	78

RESUMEN

La falta de instrumentos validos y confiables que evalúen el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en México, representa un importante problema para realizar un diagnóstico diferencial adecuado. En el presente trabajo se realizó una evaluación de las propiedades psicométricas del Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), en donde se realizó la traducción del inventario al español, se obtuvo la capacidad discriminativa de cada uno de los reactivos y se calcularon las normas de calificación para la población mexicana, las cuales son aplicables en un amplio rango de edad (12-78 años). Además se realizó una correlación con una lista de verificación de síntomas asociados con el TAG conocida como Generalized Anxiety Disorder Questionnaire IV (GADQ IV), con la finalidad de conocer la relación que existe entre la preocupación excesiva evaluada por el PSWQ y los síntomas somáticos, cognitivos y conductuales evaluados por el GADQ IV. La muestra quedó integrada por 1504 personas de ambos sexos pertenecientes a la población de Ciudad Universitaria, UNAM. La traducción y validación del PSWQ se realizó con el apoyo de psicólogos especialistas en el tema, posteriormente se evaluó la capacidad discriminativa de cada reactivo y se calculó su consistencia interna. Por otro lado, se obtuvo un Alfa de Cronbach de .76, mostrando una alta confiabilidad en los resultados. Además se corrió un análisis factorial en donde se determinó que los reactivos del PSWQ se agrupaban en tres factores que en total explicaban 50.39% de la varianza en las respuestas. Finalmente, se encontró una correlación baja entre el inventario PSWQ y la lista de verificación GADQ IV.

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos muy remotos el hombre se ha enfrentado a diversas amenazas tales como la caza, fenómenos de la naturaleza, lucha por el territorio, etc. Todas estas situaciones lo obligaban a comportarse de dos formas: luchar o huir. En este caso ambas conductas son adecuadas ya que se habla de un peligro real que genera miedo, estrés y un aumento significativo en la ansiedad.

Pero la naturaleza humana no se limita a satisfacer necesidades básicas, también implica la capacidad de aprendizaje e interacción con el entorno para una mejor adaptación. Por esta razón decimos que el ser humano es el organismo más complejo que existe ya que esta conformado por una parte biológica (código genético, procesos fisiológicos, estructura anatómica), una parte cognitiva (pensamientos, creencias, emociones) y una parte social (escuela, trabajo, familia, pareja). De ahí que es considerado un ser biopsicosocial (Craig, 2001).

Estas tres grandes áreas se relacionan constantemente con el medio que nos rodea, por lo cual los seres humanos creamos esquemas cognitivos que en combinación con las demandas del ambiente, influyen en nuestra conducta. Cuando ésta no es la apropiada para el estímulo que se nos presenta es considerada poco adaptativa (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

En la actualidad el hombre se enfrenta a otro tipo de demandas y aunque no todas representan un peligro real para él, persisten las reacciones ansiosas o de miedo. La ansiedad es la más común de las emociones básicas del ser humano (Cascardo y Resnik, 2005).

Existen personas que experimentan ansiedad y miedo de manera constante, a tal grado que les impiden seguir con sus actividades cotidianas, esto puede considerarse como indicadores asociados con la presencia de un trastorno de ansiedad. Entre estos se encuentra la crisis de angustia, la agorafobia, el trastorno de angustia, la fobia social, las fobias específicas, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno por estrés postraumático.

En este trabajo se mencionan varios modelos teóricos, características, modalidades de tratamiento y métodos de evaluación para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Dicho trastorno consiste en experimentar altos niveles de ansiedad en diversas áreas, poca flexibilidad cognitiva, preocupaciones excesivas inespecíficas, tensión muscular e intolerancia a la incertidumbre. Todo esto afecta de forma directa en el ambiente personal, familiar, laboral y social de quien lo padece.

El TAG es un trastorno con un inicio frecuente en la edad adulta aunque existen estudios que indican su comienzo en edades más tempranas,

sobretudo si la persona tiende a ser ansiosa como un rasgo de su personalidad.

Las investigaciones actuales realizadas en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, tienen como finalidad adaptar la teoría y la metodología relacionada con el TAG. De esta manera es posible efectuar un diagnóstico diferencial y un tratamiento adecuado.

Dentro del área de diagnóstico existen varias propuestas para instrumentos de evaluación, por ejemplo: el Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania (PSWQ) y el Cuestionario del Trastorno de Ansiedad Generalizada-IV (GADQ-IV). A su vez, las modalidades de tratamiento varían según el enfoque que se emplee para abordar el TAG. Entre estos se encuentran el tratamiento farmacológico y el tratamiento cognitivo-conductual.

CAPÍTULO 1

Ansiedad

Definición

Desde las primeras décadas del siglo XX se ha buscado diferenciar los conceptos de angustia, ansiedad, estrés, miedo y temor que en el lenguaje coloquial son confundidos de forma semántica. La palabra ansiedad proviene del latín *anxietas* y significa aflicción o congoja. Es considerada una emoción natural presente en todos los seres humanos y tiene una función adaptativa para mantenernos alerta ante los peligros del medio, además de activar ciertos mecanismos como la lucha o la huida, según sea necesario.

Este estado de activación implica también importantes cambios a nivel fisiológico, por lo que el exceso de ansiedad en una persona resulta muy perjudicial para su salud. En relación con esto Mathews (1990) argumenta que la ansiedad esta conformada por dos factores: somático (síntomas físicos) y cognitivo (pensamientos desagradables).

La ansiedad implica la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no siempre son atribuibles a peligros reales, si no que se presentan en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). Por esta razón, la diferencia básica entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica radica en la valoración irreal de la mayoría de los eventos como amenazantes (Cía, 2007).

Existe un factor afectivo asociado a los estímulos que generan ansiedad en las personas, esto se debe a una experiencia previa en un área significativa de su vida. En relación con esto, Mathews (1990) menciona que las personas que tienen problemas de ansiedad normalmente se preocupan por temas personales tales como las relaciones, el trabajo, la escuela, problemas de salud, entre otros.

Este proceso de asociación de estímulos es adecuado para explicar el origen de los miedos, en este caso la experiencia previa es necesariamente aversiva. En ocasiones se experimenta de manera simultánea el miedo y la ansiedad, por esta razón se llegan a confundir ambos términos. La diferencia radica en que el miedo es un estado de perturbación que surge a partir de estímulos presentes y la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinidos e imprevisibles (Sierra et al., 2003).

El miedo también es visto como un recurso biológico destinado a proteger al individuo del peligro real. La reacción defensiva que provoca ha jugado un papel importante en el desarrollo evolutivo del hombre, sin embargo cuando existe un miedo irracional e incontrolable hacia un estímulo específico podemos empezar a hablar de una fobia. La diferencia esencial entre un miedo común y una fobia es la manera en que esta última perturba la vida cotidiana (Cía, 2007).

Enfoques teóricos sobre la Ansiedad

La Ansiedad y las bases Psicodinámicas

En un inicio Freud teorizó acerca del origen de la ansiedad y de los trastornos psiconeuróticos como consecuencia de un conflicto sexual no resuelto. De acuerdo con esto, cuando la realidad era inaceptable por el Yo, ya sea por cuestiones internas o externas, la ansiedad aumentaba considerablemente poniendo en acción los mecanismos de defensa: represión, proyección, introyección, desplazamiento, formación reactiva, sublimación y negación (Feixas y Miró, 1993). Si dichos mecanismos actúan con éxito, la ansiedad disminuirá, pero si no son suficientemente efectivos para estabilizar al individuo este podrá presentar una variedad de síntomas psiconeuróticos.

Sierra et al. (2003) consideran que el término de ansiedad es más empleado por la psicología científica mientras que las corrientes psicoanalíticas y humanistas usan más el término de angustia.

Las teorías psicoanalíticas diferencian cuatro modalidades o categorías de Ansiedad básicas (Cía, 2007):

- a) Ansiedad del Superyo.
- b) Ansiedad de Castración.
- c) Ansiedad de Separación.
- d) Ansiedad Impulsiva o del Ello.

Además un apego inseguro ocasiona que los individuos perciban el mundo como un lugar peligroso y los individuos con TAG no tienen recursos suficientes para afrontar acontecimientos inciertos (Evelyn Behar ,Dobrow Demarco, Hekler ,Mohlman ,Staples, 2011).

La Ansiedad y el Cognitivismo

El eje central de este enfoque es la existencia de esquemas cognitivos, los cuales implican la recopilación y organización de la información obtenida del ambiente.

Mathews (1990) menciona que una distorsión en los esquemas cognitivos influye en los procesos de memoria, percepción, comprensión y atención. En el caso de la memoria, los eventos asociados con una emoción intensa son recordados más fácilmente. Además, existe un sesgo atencional que procesa de forma prioritaria la información relacionada con eventos o situaciones percibidas como peligrosas. Por lo tanto, cuando los esquemas cognitivos son distorsionados y la percepción de amenazas físicas o psicológicas es exagerada, la capacidad de adaptación es afectada drásticamente (Beck y Zebb, 1998).

Bados (2005), basándose en investigaciones previas, indica que las variantes cognitivas asociadas a la ansiedad son:

- a) Los contenidos cognitivos.
- b) Las estructuras cognitivas o esquemas.
- c) Las operaciones cognitivas.

d) Los productos cognitivos.

Todas estas variables ejercen una influencia directa en el estado emocional de las personas, dependiendo de cómo sea percibido su entorno es la forma en que se sentirán y actuarán.

La Ansiedad y el Conductismo

De acuerdo con los principios de condicionamiento clásico ($E \rightarrow R$), la ansiedad patológica puede ser explicada a partir del apareamiento que se hace entre estímulos neutrales y consecuencias desagradables. Esta teoría apoya la noción de que la ansiedad está ligada a un estímulo, cognición o situación previamente experimentada. Por esta razón, la ansiedad puede ser considerada como una respuesta emocional condicionada (Cía, 2007; Laborda, 2009).

Las fobias, miedos y el estrés postraumático son algunos de los problemas que explica el conductismo en términos de estímulo, respuestas y consecuencias ($E \rightarrow R \rightarrow C$). Laborda (2009) menciona que los miedos se adquieren principalmente mediante tres tipos de aprendizaje: experiencias directas de condicionamiento, experiencias vicarias o por instrucciones verbales.

Las atribuciones causales son otro elemento destacable en el proceso de aprendizaje. A partir de estas se generan expectativas, ya sean positivas o negativas, las cuales influyen en la manera de afrontar o evitar un evento. En pacientes con problemas de ansiedad y depresión aumentan las expectativas

de desesperanza y las atribuciones de poco control del ambiente (Berrocal, Caño, Otamendi, Rodríguez y Soria, 2004). Cía (2007), basándose en la teoría de las expectativas, relaciona la sensibilidad a la ansiedad y las expectativas de una persona cuando surgen reacciones relativas al miedo. También menciona que la sensibilidad a la ansiedad es un factor específico de la persona mientras que las expectativas de ansiedad son un factor situacional. Por esta razón las expectativas tienen un papel central en la adquisición del aprendizaje.

Neurobiología de la Ansiedad

El miedo y la ansiedad generan respuestas fisiológicas de alerta con fines adaptativos ante lo que se percibe como amenaza o estrés en el ambiente. La sensación de alerta, que se considera una respuesta emocional subjetiva, va en función de los estímulos visuales, auditivos, olfativos y somatosensoriales, los cuales son procesados por la corteza neuronal y activan el sistema nervioso autónomo.

Sin embargo, la ansiedad también es producida por procesos cognitivos como la anticipación y la interpretación de agentes estresantes y amenazas. De acuerdo con esto, el condicionamiento de estímulos neutros (condicionamiento respondiente) cumple un papel importante en la producción de dicha respuesta emocional, por lo que el proceso de aprendizaje es fundamental en la comprensión del surgimiento de miedos, fobias, ansiedad y demás trastornos asociados. A partir del aprendizaje se generan nuevas redes neuronales,

debido a la plasticidad con que cuenta el cerebro, las cuales determinan la reacción que una persona tendrá ante un estímulo o situación específica (Charney y Drevets, 2002).

Desde la perspectiva neurobiológica, la ansiedad está relacionada principalmente con las siguientes estructuras neurales: la amígdala, el tálamo, el hipotálamo y la corteza prefrontal (Charney y Drevets, 2002). Además involucra diversos neurotransmisores, tales como: el ácido-aminobutírico (GABA), la noradrenalina y la serotonina (Bobes, Bousoño, González y Sáiz, 1999).

El ácido-aminobutírico es un neurotransmisor con acción inhibitoria sobre la sinapsis neuronal. Su relación con los trastornos de ansiedad radica en el efecto que las benzodiazepinas ejercen sobre los receptores de la membrana neuronal. Cuando el receptor característico de las benzodiazepinas se une con el receptor del GABA, principalmente del subtipo GABA_A, la neurona se hiperpolariza y el efecto inhibitorio aumenta (Bobes et al., 1999).

El locus coeruleus es considerado el centro responsable de las reacciones de alerta en el organismo y a su vez, es el mayor núcleo noradrenérgico del sistema nervioso central. Al estimular este núcleo aumentan las señales de alerta y las reacciones ansiosas, tales como la sudoración, palpitaciones y tensión muscular, entre otras. La actividad noradrenérgica en el sistema

nervioso periférico aumenta en los trastornos de ansiedad, particularmente en el trastorno de pánico (Bobes et al., 1999).

La relación entre la serotonina y la ansiedad surgió a partir de los efectos terapéuticos que los antidepresivos serotoninérgicos tenían sobre la ansiedad. De acuerdo con estudios psicofarmacológicos, fármacos como la buspirona, disminuyen la liberación y la descarga neuronal de la serotonina (Bobes et. al., 1999).

De acuerdo con Brandáo, Gargaro y Vianna (2003) El hipotálamo medial, la amígdala y la sustancia gris periacueductal, son elementos neurales especializados en la integración de la información aversiva en el cerebro. Por esta razón se relacionan directamente con los miedos, el estrés y la ansiedad.

Factores de vulnerabilidad en la Ansiedad

Barlow (2002), en su teoría de la Triple vulnerabilidad menciona que para que una persona desarrolle un trastorno de la ansiedad es necesario que presente sintomatología asociada a alguno de su tres factores de vulnerabilidad: biológico, psicológico y el relacionado con situaciones psicológicas específicas.

La vulnerabilidad biológica está relacionada con una predisposición genética para desarrollar algún trastorno de ansiedad; la vulnerabilidad psicológica implica una fuerte sensación de miedo por perder el control, percepción de un desequilibrio en los estados afectivos y aprensión recurrente; finalmente el

factor que implica la presencia de situaciones psicológicas específicas que generan ansiedad, normalmente se relaciona con disfunción sexual y experiencias aversivas en edad temprana.

La ansiedad ha tenido una conceptualización dicotómica, es decir, se cataloga como normal o patológica y no como un continuo que va de la salud a la enfermedad. La literatura actual emplea el concepto de *ansiedad disposicional* al considerar que debe existir un conjunto de condiciones particulares o bien, factores de vulnerabilidad, para poder llegar a un estado de ansiedad patológica (Cía, 2007). Estos factores de vulnerabilidad son:

- a) Rasgos o tendencia ansiosas
- b) El neuroticismo
- c) Sensibilidad a la Ansiedad (SA)

Los rasgos o tendencias ansiosas se refieren a la predisposición genética a padecer algún trastorno asociado a la ansiedad, o bien, alguna experiencia significativa en edades tempranas. Es importante determinar cuando la ansiedad es un simple estado transitorio en la vida de una persona o considerado un rasgo de personalidad.

Un estado ansioso se caracteriza por una actividad elevada del sistema nervioso autónomo y por los sentimientos subjetivos normalmente asociados con la tensión y la aprensión. Un rasgo o tendencia ansiosa se define como una diferencia individual que implica una vulnerabilidad a verse afectado por los

eventos estresantes de la vida diaria. Cía (2007), menciona que los individuos con una elevada tendencia ansiosa poseen características que reflejan una combinación de introversión y neuroticismo.

Eysenck (López, Martínez, Maestre, Zarazaga y, 2001) propone un modelo teórico constituido por tres dimensiones que buscan explicar la personalidad a partir de tres superfactores: extraversión, neuroticismo y psicoticismo. El neuroticismo en un individuo indica que existe una tendencia mayor a la ansiedad, la depresión, el sentimiento de culpa, la baja autoestima, la tensión, la irracionalidad, la timidez y la tristeza (Sierra et. al., 2003). De acuerdo con Eysenck las diferencias individuales en el neuroticismo dependen del funcionamiento del sistema límbico, el cual está formado por: el hipocampo, la amígdala, el cíngulo, el septum y el hipocampo.

Por su parte la sensibilidad a la ansiedad, equiparada como “el miedo al miedo”, se refiere a los síntomas ansiosos basados en la creencia de que dichos síntomas pueden tener consecuencias dañinas (González, Morales, Rausch y Rovella, 2011). Este concepto originalmente fue descrito por Reiss en 1985 y tiene una capacidad predictiva para las reacciones ansiosas, como son el escape y la evitación. En ocasiones el término “sensibilidad a la ansiedad” puede explicar las diferencias individuales para el condicionamiento de ciertos miedos y reacciones que se relacionan. Este constructo está compuesto por tres factores correlacionados (Cox y Taylor, 2007):

- a) Temor a las sensaciones somáticas

- b) Temor al descontrol cognitivo
- c) Temor a reacciones ansiosas públicamente observables.

Comorbilidad en la Ansiedad

En ocasiones los niveles de ansiedad son muy elevados e interfieren con la vida cotidiana, el desempeño en tarea y el bienestar de las personas. Cuando este estado de malestar persiste por al menos 6 meses, se comienza a considerar como un trastorno asociado a la ansiedad (DSM-IV TR, 2002). De acuerdo con Sierra et al. (2003) los trastornos de ansiedad ocupan uno de los primeros lugares a nivel mundial en alteraciones del comportamiento.

De acuerdo con el DSM-IV TR (APA, 2002) los trastornos de la ansiedad son los siguientes:

- a) Crisis de angustia. Se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante esta crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a perder el control.
- b) Agorafobia. Se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil, o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el

caso de que aparezca en ese momento una crisis o síntomas similares a la angustia.

- c) Trastorno de angustia sin agorafobia. Se caracteriza por crisis de angustia frecuentes e inesperadas que causan un estado permanente de preocupación al paciente.
- d) Trastorno de angustia con agorafobia. Se caracteriza por la presencia de crisis de angustia y agorafobia recurrentes e inesperadas.
- e) Agorafobia sin historia de trastorno de angustia. Se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.
- f) Fobia específica. Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a un estímulo específico.
- g) Fobia social. Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que genera evitación.
- h) Trastorno obsesivo-compulsivo. Se caracteriza por obsesiones que causan ansiedad o un malestar significativo y por las compulsiones que buscan neutralizar tal ansiedad.

- i) Trastorno por estrés postraumático. Se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación del sistema nervioso autónomo y comportamiento de evitación ante estímulos relacionados con el trauma.

- j) Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica. Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que son considerados secundarios a los efectos fisiológicos de una enfermedad.

- k) Trastorno de ansiedad inducido por sustancias. Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que son considerados secundarios a los efectos fisiológicos causados por una droga o fármaco.

- l) Trastorno de ansiedad generalizada. Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

- m) Trastorno de ansiedad no especificado. Se crea esta sección con la finalidad de integrar todos aquellos cuadros clínicos que implican un exceso de ansiedad pero sin cumplir con todos los criterios diagnósticos que el resto de los trastornos de ansiedad.

En la revisión realizada por Agudelo, Buela-Casal y Spielberger (2007) se menciona que la etiología de cada uno de estos trastornos comúnmente va asociado a algún episodio depresivo en la vida del paciente. Esto se debe al alto índice de comorbilidad que tienen los problemas asociados a la ansiedad con los trastornos del estado de ánimo, tales como el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor.

Por otra parte, los estudios realizados en México (Agudelo et al., 2007) han demostrado que más del 60% de las personas con riesgo suicida habían sido diagnosticadas anteriormente con algún trastorno del Eje 1 y el consumo de sustancias. Además mencionan que aproximadamente un 80% de los pacientes que padecen TAG, han desarrollado al menos un episodio depresivo mayor a lo largo de su vida.

CAPÍTULO 2

Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Definición

Beck y Zebb (1998) definen la ansiedad generalizada como el conjunto de factores somáticos (tensión muscular, palpitaciones), cognitivos (miedo, aprensión) y conductuales (evitación, huida). Por su parte, definen la preocupación como un elemento cognitivo en donde la persona se concentra de manera excesiva en eventos futuros poco probables e irreales.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) consiste en la preocupación excesiva, persistente y difícil de controlar sobre diversos acontecimientos o situaciones. La intensidad, duración y frecuencia con que se presenta tal reacción es desproporcionada en relación con el hecho que lo provoca.

La preocupación es la sobrestimación de la posibilidad y costo de las amenazas percibidas en el ambiente. En términos adaptativos, el preocuparse tiene sus ventajas ya que anticipa al individuo sobre la ocurrencia de un evento desagradable y le permite decidir entre un enfrentamiento o huir (Borkovec Hazlett-Stevens, Díaz, 1999; Mathews, 1990). También ha sido conceptualizada como un recurso cognitivo de evitación debido a que minimiza el estado de excitación y los estímulos percibidos como ansiógenos (Beck, Diefenbach y Stanley, 2001; Borkovec y Stöber, 2002).

Las áreas más comunes de preocupación son circunstancias de la vida diaria: relaciones interpersonales en general (familia, amigos y pareja), ambiente laboral, dinero, escuela, manejo de la casa y cuestiones de salud.

En ocasiones éstas son incongruentes con el peligro real que implica una situación o estímulo, es decir, son excesivas y desadaptativas. Las preocupaciones excesivas normalmente surgen de un pensamiento negativo y no de una imagen mental, además pueden ser de corta o larga duración y se ven agravadas por los eventos estresantes del medio (Borkovec e Inz, 1989).

La preocupación excesiva es definida como la cadena de pensamientos negativos que resultan incontrolables e interfieren en la vida cotidiana de las personas, es decir, son desadaptativos (Borkovec, Meyer, Metzger y Miller, 1990). Este factor elemental debe mantenerse por un periodo de tiempo aproximado de 6 meses para poder diagnosticar a un paciente como TAG.

Zimmerman y Chelminski (2003) realizaron un estudio comparativo entre los pacientes depresivos sin TAG y los pacientes depresivos con TAG. Este último grupo presentó niveles más altos en ideas suicidas, poca adaptabilidad social y, una mayor tendencia a presentar trastornos ansiosos, alimentarios y somatoformes. Además, dentro de este tipo de población existe un factor genético predisponente en familiares de primer grado para heredar el TAG.

En general, se habla de un malestar clínicamente significativo que afecta directamente la vida laboral, social e interpersonal (Bados, 2005). En los pacientes que padecen TAG las preocupaciones de corte social parecen ser mucho más fuertes que las de índole físico o económico. Sin embargo el foco de preocupación para estos pacientes cambia constantemente, por lo tanto no existe una situación en específico que evoque un exceso de ansiedad en ellos (Cía, 2007).

Dugas, Freeston y Ladouceur (1997) distinguieron tres tipos de preocupaciones en los pacientes con TAG:

- A. Problemas reales y modificables.
- B. Problemas reales e inmodificables.
- C. Problemas no reales e inmodificables.

Blais, Boisvert, Dugas, Freeston, Gagnon, Ladouceur, Rheaume y Thibodeau (1999) han distinguido dos tipos de preocupaciones:

- A. Situaciones modificables.
- B. Situaciones no modificables.

Génesis y Mantenimiento

Las respuestas de preocupación y ansiedad son frecuentes en las personas, de ahí la importancia de desarrollar habilidades de afrontamiento apropiadas y contar con apoyo social (Mathews, 1990). Bados (2005) menciona dos elementos básicos para poder desarrollar TAG: la vulnerabilidad biológica y la

vulnerabilidad psicológica. El primero se refiere a la hipersensibilidad genética para desarrollar dicho trastorno, esta hipótesis sigue bajo estudio y no existen resultados determinantes. El segundo está relacionado con la presencia de situaciones estresantes en la vida del paciente.

Algunos eventos con carga afectiva o traumas en la vida del paciente están asociados con el TAG, tal es el caso de haber perdido algún progenitor antes de los 16 años, tener un padre alcohólico, experimentar un apego inseguro a su principal ser querido en la infancia, sufrir maltrato verbal o cuidar de si mismo desde una edad temprana. La mayoría de los pacientes con TAG informan haber tenido problemas familiares durante la infancia, lo que provocó el surgimiento de sentimientos fluctuantes.

Entre las características de personalidad que se identifican en los pacientes con TAG están el perfeccionismo, la dependencia y la falta de asertividad. Otra característica importante es la falta de habilidad para resolver problemas o bien, dificultades para aplicar dichas habilidades (Keegan, 2007).

Por otro lado, los pacientes con TAG se mantienen hipervigilantes debido a un sesgo atencional hacia la información que consideran amenazante, así como una marcada intolerancia a las cosas que consideran ambiguas (Mathews, 1990). La ambigüedad genera incertidumbre, lo cual es totalmente inaceptable para esta población ya que su misma visión catastrófica hace que consideren

muy probables ciertos eventos negativos que en realidad tienen poca posibilidad de ocurrencia (Borkovec, Lyonfields y Thayer, 1995).

González (2011) indica que la indecisión se asocia con sesgos interpretativos en el procesamiento de la información considerada como ambigua, por lo tanto se habla de una alta correlación entre el TAG y el rasgo de indecisión.

Al no tener una seguridad de las cosas y percibir todo como amenazante, es decir, al estar bajo el efecto de ciertas distorsiones cognitivas, se generan una serie de reacciones afectivas y conductuales disfuncionales (Bados, 2005; Mathews, 1990). De acuerdo con lo anterior, varios especialistas se han dado a la tarea de identificar cuales son las características cognitivas de un paciente con TAG.

El estilo cognitivo que mantienen las personas con TAG se caracteriza por su rigidez frente a las expectativas sociales y la necesidad de control y predicción de los eventos. Esta población no cuenta con estrategias de afrontamiento como la solución de problemas o la reestructuración cognitiva, por lo que asume que una preocupación constante ayudará a prevenir la supuesta amenaza (Borkovec et al., 1999; Coyle, 2000). Otra manifestación de rigidez en el pensamiento es la interpretación catastrófica, esta se asocia a la preocupación excesiva debido a que los motivos de preocupación para estos pacientes son de improbable ocurrencia o resultan mucho más aceptables y

manejables de lo que ellos perciben (Álvarez, Londoño, López y Posadas, 2005).

Álvarez et al. (2005) utilizaron el cuestionario diagnóstico GAD-Q-IV y el Inventario de pensamientos automáticos (API, por sus siglas en inglés) en una muestra de 147 personas, donde solo 36 casos tenían indicadores de TAG. Las variables de análisis fueron las siguientes distorsiones cognitivas: filtraje, pensamiento generalizado, sobregeneralización, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, personalización, falacia de control, razonamiento emocional, culpabilidad, “deberías”, “tener razón” y falacia de recompensa divina. Se observaron diferencias significativas en todas las distorsiones cognitivas evaluadas excepto en pensamiento polarizado y personalización.

En ocasiones surge la creencia de que las preocupaciones son útiles, esto contribuye al mantenimiento de las mismas, ya que se centran en el control del medio externo o en el manejo de emociones y conductas. La preocupación es reconocida por la sociedad como un rasgo positivo de la personalidad, ya que es considerado como una forma de manifestar bondad y buenas intenciones. Existen cinco tipos de creencias persistentes en los pacientes con TAG (Borkovec et. al., 1999):

- a) Evitación supersticiosa de lo que se teme: “Preocuparme hace menos probable que el evento temido ocurra.”

- b) Evitación real de lo que se teme: “Preocuparme me ayuda a descubrir medios de evitar lo que temo.”
- c) Evitación de temas emocionales más profundos: “Preocuparme por la mayoría de las cosas que me preocupan es un medio para no pensar en otras cosas más perturbadoras emocionalmente.”
- d) Preocupación para el afrontamiento: “Preocuparme por un evento negativo me ayuda a prepararme para su ocurrencia.”
- e) Recurso motivacional: “Preocuparme me motiva para llevar a cabo lo que tengo que hacer.”

Los efectos de las preocupaciones son variados (Bados, 2005), algunos de ellos provocan el mantenimiento de las mismas, entre estos se encuentran:

A) Prevención o reducción del procesamiento emocional de la información amenazante. Dugas et al. (1997, 1999) indican que preocuparse emplea dos estilos de afrontamiento: *vigilar* y *evitar*. Esto ayuda a reducir la incertidumbre y la activación emocional, sin embargo no pueden reducirse de manera simultánea. Es decir, al emplear la vigilancia los pacientes reducen la incertidumbre pero su activación emocional aumenta. En el caso de la evitación el proceso se da de forma contraria. Cuando se mantiene la atención en la supuesta información amenazante, existe una dificultad para procesar otra información externa o interna, esto impide situarnos en una perspectiva mejor ante aquello que se teme.

B) Conductas de preocupación. Se dividen en: evitación activa (hacer) y evitación pasiva (no hacer)

C) Ansiedad y somatización.

La ansiedad generalizada habitualmente es considerada como egosintónica, ya que los pacientes se sienten identificados con su perfil y valoran todos los síntomas que normalmente la gente consideraría como desagradables. Sin embargo, este estado de falsa satisfacción no es permanente, de manera simultánea los pacientes con TAG experimentan una carga de creencias negativas sobre lo perjudicial que es preocuparse (Borkovec et al., 1999; González et al., 2011).

En relación con esto, Wells (2005) ha señalado que a partir de experiencias propias, o de otro significativo, los pacientes con TAG generan un temor hacia las reacciones que puede traer el preocuparse en exceso.

Este miedo a “preocuparse” es conocido como preocupaciones Tipo 2, o bien, metapreocupaciones. De acuerdo con Wells (2005), las metapreocupaciones son responsables de que las preocupaciones normales se conviertan en patológicas. Por otro lado, las preocupaciones de tipo 1 hacen referencia a eventos internos o externos (no cognitivos), es decir, sintomatológicos. En el caso de pacientes con TAG son más frecuentes las preocupaciones del tipo 2, algunos de sus efectos son: una mayor detección y control de los pensamientos no deseados, conductas dirigidas a buscar tranquilizarse y

respuestas emocionales. A partir del DSM-IV las preocupaciones excesivas han ocupado un papel central en el diagnóstico de este trastorno. De acuerdo con el modelo teórico-empírico de Dugas (Keegan, 2007), hay cuatro elementos importantes para que se desarrolle el TAG en una persona:

A) *Intolerancia a la incertidumbre*. Esta definida como la tendencia a reaccionar de forma negativa en el plano cognitivo, emocional y conductual ante eventos que son percibidos como inciertos o ambiguos.

B) *Creencias sobre la utilidad de las preocupaciones*. Incluye todas las metapreocupaciones y las cogniciones desadaptadas acerca de la utilidad de la preocupación como estrategia de afrontamiento.

C) *Orientación negativa hacia los problemas*. Se habla de la importancia que implica el factor emocional en la solución de problemas, ya que de acuerdo a esto la capacidad de resolverlos y la tendencia a la frustración varían.

D) *Evitación cognitiva*. Al no existir un temor ante una situación certera, actual y tangible, el miedo se presenta ante situaciones futuras de poca probabilidad de ocurrencia. Las estrategias internas de afrontamiento que surgen son la distracción, reemplazo y supresión de pensamientos angustiantes, evitación de estímulos amenazantes y transformación de imágenes mentales en pensamientos verbales (Ladouceur et. al., 1999)

Borkovec y Stöber (2002) mencionan que una característica en los pacientes con TAG es la falta de orientación hacia el problema y no una incapacidad para solucionarlos. Es decir, existe una dificultad al realizar un análisis objetivo de los problemas, por lo que tienden a catastrofizar la situación. Por su parte, la intolerancia a la incertidumbre es considerada tanto un factor de vulnerabilidad cognitiva como un buen predictor para el TAG (González et al., 2011).

La sensibilidad a la ansiedad (SA) es otro componente clave en la comprensión de la etiología del TAG. Cox y Taylor (1998) la definen como la propensión personal a evaluar sensaciones fisiológicas relacionadas con la ansiedad y las consecuencias sociales, todo esto basándose en la creencia de que la ansiedad tiene consecuencias muy dañinas. La sensibilidad a la ansiedad ha sido considerada como un factor que vulnera de manera psicológica para desarrollar TAG, esto se debe a que presenta una fuerte correlación con la intolerancia a la incertidumbre (González et al., 2011).

Sintomatología

Algunos de los síntomas que presenta una persona con TAG son: la impaciencia, fatiga, irritabilidad, dificultades de concentración, perturbaciones en el sueño, temblores, sacudidas, inquietud motora, manos frías y pegajosas, boca seca, sudoración, náuseas, diarreas, problemas para tragar o sensación de que se tiene algo en la garganta, respuestas de sobresalto, síntomas depresivos y tensión muscular caracterizada por dolores o entumecimientos

(Capafons, 2001; Coyle, 2000). Parece ser que la tensión muscular es considerada el síntoma somático más característico del TAG. Los síntomas asociados con el sistema nervioso autónomo no son tan frecuentes en el TAG como los relacionados con en el sistema nervioso central (Capafons 2001). De acuerdo con el DSM-IV TR (APA, 2002), el trastorno de ansiedad generalizada, el cual pertenece al Eje 1, presenta los siguientes criterios diagnósticos:

Criterio A) Ansiedad y preocupación excesivas (durante la mitad del tiempo en un periodo de 6 meses)

Criterio B) Dificultad para controlar la preocupación.

Criterio C) Al menos tres de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga precoz, dificultades para la concentración, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño.

Criterio D) Las situaciones que generan ansiedad no son solo las que la provoca en el resto de los trastornos del Eje 1.

Criterio E) El individuo manifieste una dificultad a la hora controlar sus preocupaciones así como una afectación importante en el área laboral, social y malestar subjetivo.

Las diferencias en los criterios diagnósticos entre el DSM-IV TR (APA, 2002) y el CIE-10 (OMS, 2000) son varias, empezando por el hecho de que el CIE-10 no requiere de la presencia de la preocupación excesiva e incluye 22 síntomas divididos en 5 categorías:

- Síntomas autónomos
- Relacionados con pecho y abdomen
- Relacionados con estado mental
- Síntomas generales
- No especificados

Existen dificultades a nivel diagnóstico debido a una incompatibilidad aparente entre los criterios diagnósticos estipulados por el DSM-IV TR y el CIE 10. El DSM IV TR hace énfasis en los síntomas cognitivos (preocupación excesiva y rigidez cognitiva); por su parte, el CIE 10 destaca la importancia de los síntomas somáticos. Sin embargo en el ámbito clínico ambos criterios se complementan para realizar un diagnóstico diferencial adecuado.

Evolución

El TAG suele comenzar durante la adolescencia o al inicio de la vida adulta, existen casos validados en que los indicios surgen desde la niñez, no obstante un inicio después de los 20 años también es común (Alcázar, 2003; Capafons 2001). Esto se debe a un incremento considerable en la responsabilidad y nivel de compromiso que las actividades propias de esta edad demandan. Se cree que aproximadamente un 12% de los pacientes en centros médicos presentan

TAG (Capafons, 2001). Aunque por otro lado, aproximadamente el 90% de los pacientes con TAG lo mantienen por toda la vida (Capafons, 2001) y hay quien considera este padecimiento como parte de una personalidad ansiosa (Bados, 2005; González et al., 2003)

Los periodos de estrés que se presenten en la vida del paciente, tienen un gran impacto en el curso y severidad del TAG. Otro factor importante es que la cantidad de pacientes con TAG que buscan atención psicológica es muy pobre debido a que se acepta como una forma de ser y por lo tanto no resulta tan perturbador (Bados, 2005). Además, pese a que tiene un factor cognitivo de mucho peso, el TAG es tratado en su mayoría por médicos que lo controlan mediante el uso de ansiolíticos (Craske et al., 2003).

Epidemiología Internacional

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Psiquiatría (OMS, 2009) al emplear la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) en una muestra que abarcó 7 países en desarrollo y 10 desarrollados, las estimaciones de prevalencia de vida para el TAG con una duración de 1 mes, 3 meses, 6 meses y 12 meses fueron del 7.5%, 5.2%, 4.1% respectivamente, en el caso de los países desarrollados En el caso de los países en desarrollo se tomaron como referencia los mismos periodos de tiempo y se registraron 2.7%, 1.8% 1.5% y 1.2%, respectivamente. Hasta el momento no existen diferencias significativas en el perfil clínico y en la duración que el trastorno de ansiedad

generalizada presenta en países desarrollados y los que se encuentran en desarrollo.

El TAG, junto con el abuso de sustancias, es el problema psiquiátrico más frecuente en Europa y Estados Unidos, con una prevalencia del 2% y del 5% respectivamente. Incluso, el 14% de los europeos reportan haber padecido algún trastorno de ansiedad en algún momento de su vida (Albarracin et al., 2008).

Por otro lado, las mujeres han resultado la población más propensa a presentar TAG, con un porcentaje del 60-70% de los casos. El TAG también es frecuente en personas de 24- 55 años, separados, viudos, divorciados, desempleados y amas de casa (Bados, 2005; Capafons, 2001).

El grado de intolerancia a la incertidumbre, las metacreencias sobre las ventajas de preocuparse, las estrategias de evitación cognitiva empleadas, los sesgos cognitivos de percepción de amenaza y la motivación ante la solución de problemas, son variables que se presentan de igual manera tanto en hombres como en mujeres. Aunque es posible discriminar por género las variables de indecisión y rasgo de preocupación, siendo las mujeres las que puntúan más alto en los instrumentos de diagnóstico (González et al., 2011).

Ben-Noun (1998) realizó un estudio comparativo en términos de disfuncionalidad entre familias que tenían antecedentes de casos

diagnosticados con TAG y familias sin antecedentes de este tipo. La disfuncionalidad en el primer grupo resultó mayor por lo que Ben Noun menciona que posiblemente existe una tendencia genética para desarrollar TAG.

Posteriormente Bados (2005) se contrapone a esta afirmación y menciona que aunque el rasgo de ansiedad se ha dado en familias, no es determinante que el TAG sea más frecuente en familiares de pacientes con este trastorno que en los del grupo control. Algunas características que han sido identificadas como factores de riesgo propensos al TAG, son: historia de trauma físico o emocional, aumento del estrés, e incluso el tabaquismo (Albarracin, Carreras, Rejas y Rovira, 2008).

Trastorno de Ansiedad Generalizada en niños y adolescentes.

La ansiedad se experimenta desde la infancia temprana debido al miedo que implica la separación de familiares cercanos o figuras de apego. Cuando esta ansiedad es desproporcionada al proceso evolutivo del niño, podría convertirse en una alteración psicopatológica conocida como trastorno de ansiedad por separación (TAS). Sin embargo, cuando esta ansiedad no está asociada a ninguna situación u objeto afectivo nos encontramos ante un trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (Alcázar, Inglés, Méndez, Orgilés, 2003).

Por su parte, la sensibilidad a la ansiedad en los niños y adolescentes puede ser un factor de riesgo para manifestar algún trastorno de ansiedad, inclusive la

ansiedad social. Cabe destacar que los niños diagnosticados con algún trastorno de ansiedad informan de más quejas somáticas que aquellos sin trastornos de ansiedad (Fernández-Parra, Salinas, Sierra, Zubeidat, 2007).

Tanto los niños como los adolescentes diagnosticados con TAG manifiestan preocupación y ansiedad excesivas al menos durante 6 meses en relación con diversas situaciones y eventos. Esta alteración es la más común en niños después del trastorno de ansiedad por separación, afectando a un aproximado del 2.9% de la población infantil. La edad media para esta población son los 13 años y hasta el momento no existen diferencias significativas entre ambos sexos (Alcázar et al, 2003).

En el caso de adolescentes con TAG, su mayor fuente de preocupación y ansiedad esta relacionada con la competencia, la familia y su desempeño en el ámbito escolar o deportivo. La naturaleza anticipatoria de la ansiedad hace que esta sea adaptativa en ciertos momentos debido a que genera un estado de alerta que puede mejorar el rendimiento académico. Por esta razón, los estudiantes ansiosos se concentran más en la dificultad de la tarea. El componente cognitivo por el cual la ansiedad afecta el rendimiento académico es un pensamiento crítico y despreciativo hacia las propias habilidades (Contreras, Espinosa, Esguerra, Haikal, Polania, Rodríguez, 2005).

La aprobación social juega un papel importante en esta población, los jóvenes con problemas de TAG suelen mostrarse poco conformistas, perfeccionistas,

inseguros y poco satisfechos con el resultado que obtienen en la mayoría de las actividades que realizan.

Trastorno de Ansiedad Generalizada en adultos mayores.

A diferencia de otras poblaciones como los niños, adolescentes o adultos jóvenes, diagnosticar adecuadamente un trastorno de ansiedad en adultos mayores resulta complicado y en ocasiones impreciso. Esto se debe a que las preocupaciones que normalmente tiene esta población son congruentes con su realidad, es decir, existen dificultades reales para realizar ciertas actividades, problemas de salud (Beck et. al., 2001) y sensaciones de abandono y frustración.

De acuerdo con Beck et al. (2001) no existen diferencias en las áreas de preocupación para los adultos mayores con TAG y los adultos mayores sin TAG; estos resultados se contraponen a los estudios realizados en poblaciones jóvenes. Craske, Gatz y Loebach (2003) mencionan que los problemas de ansiedad son más frecuentes en esta población que los relacionados con la depresión. Además señalan que una de las grandes dificultades en el tratamiento para el TAG es el consumo desmedido de ansiolíticos, esto provoca una resistencia mayor al tratamiento psicológico y por lo tanto la eficacia disminuye.

Existe evidencia empírica de que el TAG podría funcionar de manera dimensional, es decir, que cada uno de sus síntomas está presente en algún

grado en todas las personas con o sin trastorno. Por esta razón, existen autores que consideran más adecuada una evaluación del grado de severidad de los síntomas del TAG que únicamente la constatación de la presencia o ausencia del síntoma (Nuevo, 2005).

Comorbilidad

Los trastornos de ansiedad que presentan un mayor número de casos diagnosticados son: fobia social (36%), depresión mayor (26%), trastorno de pánico con agorafobia (15%) y fobia específica (12%) (Cunha, Kapczinski, Kratz, Schmitt, Silva de Lima y Souza, 2004).

Los síntomas requeridos para hacer el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada, puede hacerse una división conceptual entre los síntomas de dominio afectivo, somático, cognitivo y conductual, frecuentemente estos son muy similares a los síntomas de la depresión. Esto implica un problema en la diferenciación de síntomas y como consecuencia, una limitante importante para el diagnóstico; sólo un pequeño número de síntomas relacionados con la ansiedad son capaces de distinguir entre personas ansiosas y personas depresivas (Agudelo et al., 2007).

Capafons (2001) menciona que aproximadamente un 60% de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada lo presentan de forma comórbida durante el curso del otro trastorno. De acuerdo a la epidemiología internacional, del 67% al 91% de los pacientes con TAG han presentado al menos otro problema

asociado a la ansiedad (Bados, 2005). A su vez, el 66% de los pacientes mencionan haber pasado por un episodio relacionado a otro problema de ansiedad en los 30 días anteriores.

El TAG manifiesta una mayor comorbilidad con desórdenes depresivos (62%), con la distimia (39%) (Cunha et al., 2004), con el trastorno de pánico con o sin agorafobia, fobia social, fobia específica, abuso o dependencia de sustancias y estrés (Alberracin et al., 2008). Agudelo et al., (2007) mencionan que la comorbilidad se relaciona con variables como la cronicidad y la gravedad de los trastornos, los resultados del tratamiento y las recaídas, la búsqueda de tratamiento, el riesgo de suicidio y el funcionamiento general de los pacientes. Los niños y adolescentes son los que presentan más trastornos comórbidos de ansiedad.

Evaluación

Realizar una evaluación adecuada sobre el TAG resulta indispensable ya que ayuda a identificar otros problemas de ansiedad asociados, el pronóstico y posibles tratamientos para el caso. De acuerdo al diagnóstico multiaxial del DSMIV-TR, pueden presentarse al mismo tiempo otros diagnósticos en los ejes II, III, y IV. Ejemplo:

Eje I: Episodio depresivo leve o mayor

Eje II: Rasgos de personalidad dependientes

Eje III: Hipertensión

Eje IV: Estresores laborales y familiares

Por esta razón una evaluación multimodal, la cual abarca diversas áreas, nos permite obtener la información necesaria para realizar un diagnóstico diferencial acertado. La importancia de una evaluación integral radica en que en pocas ocasiones existe una relación unidireccional de causalidad para los trastornos de ansiedad y esto complica la elección de un tratamiento. Por esta razón Borkovec et al. (1998) sugieren realizar más de una entrevista para diagnosticar el TAG en una persona, sin embargo esto implica un aumento de costo en términos temporales, por lo que el método diagnóstico más empleado se basa en la aplicación de pruebas psicológicas. Actualmente, las formas de evaluación más empleadas en la práctica clínica son las siguientes:

- a) La entrevista. Existen dos modelos de entrevista diagnóstica para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV: ADIS-IV (adultos) y ADIS-C (niños). Una entrevista adecuada debe abarcar: una breve historia médica, condiciones que agravan o reducen el problema, variables situacionales/ personales que mantienen el problema, motivaciones, recursos, limitaciones e interferencia en la vida diaria del paciente.
- b) Autorregistros. Se busca identificar los factores precipitantes de la ansiedad (situacionales, cognitivos o conductuales) mediante el registro de las situaciones que evocaron tales reacciones.
- c) Observación. Se evalúan cualitativamente las reacciones de una persona ante la dificultad percibida de la tarea. Los indicadores

generales son: verbales (expectativas negativas, evaluaciones negativas de si mismo, etc.) y conductuales (fruncir el entrecejo, pedir retroalimentación, etc.).

d) Cuestionarios y escalas de valoración. Los cuestionarios de ansiedad más utilizados actualmente no logran discriminar el TAG de otros problemas asociados con este trastorno. Por esta razón es indispensable crear, validar, estandarizar y aplicar una batería de instrumentos que evalúe aspectos como la personalidad, tolerancia a la incertidumbre, solución de problemas y los niveles de preocupación que presenta nuestra población. Entre los más empleados se encuentran (Bados, 2005):

- Cuestionario de Preocupación y Ansiedad (WAQ)
- Cuestionario del Trastorno de Ansiedad Generalizada- IV (GADQ-IV)
- Inventario de Estado- Rasgo de Ansiedad (STAI) e Inventario de Estado-Rasgo de Ansiedad para niños (STAIC)
- Escala de Ansiedad Manifiesta para Niños- Revisada (RCMAS)
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
- Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS)

- Jerarquía Individualizada de Situaciones Asociadas con la Ansiedad.
- Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania (PSWQ) - Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania para niños (PSWQC)
- Cuestionario de Áreas de Preocupación (WDQ)
- ¿Por qué me preocupo?
- Escalas de las Consecuencias de Preocuparse.
- Inventario de Pensamientos Ansiosos
- Cuestionario de Meta-Cogniciones (MCQ)
- Cuestionario de Meta- Preocupación
- Escala de tolerancia a la Incertidumbre
- Cuestionario de Orientación Negativa hacia los problemas
- Cuestionario de Evitación Cognitiva (QEC)
- Intolerancia a la Ambigüedad
- Cuestionario de Control de Pensamientos (TCQ)
- Cuestionario de Solución de Problemas Sociales- Revisado
- Escala Multidimensional de Perfeccionismo
- Escala de Indecisión de Frost
- Escala de Posposición

Las pruebas psicológicas buscan evaluar los indicadores principales del TAG, tales como los síntomas somáticos (sudoración, fatiga, problemas en los mecanismos de sueño, tensión muscular, entre otros.), los cognitivos

(preocupación excesiva, rigidez en el pensamiento e interpretación catastrófica) y los conductuales (irritabilidad y perfeccionismo patológico). En un inicio se les dio mayor importancia a los síntomas físicos en la fase diagnóstica, pero a medida que ha ido evolucionando el concepto y los conocimientos acerca el TAG, también se han dado las modificaciones pertinentes en la manera de evaluarlo.

El DSM III destacó la importancia de los síntomas físicos en el TAG, por lo cual las escalas de evaluación fueron realizadas en función de las afecciones físicas; una de estas escalas fue el Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GADQ). Posteriormente el DSM IV y el DSM IV-TR destacaron la presencia de factores cognitivos como es la preocupación excesiva en las personas (Cashman-Mcgrath, Constantino, Erickson, Kachin, Newman, Przeworski y Zuelling, 2002).

De acuerdo con esta revisión se modificaron los reactivos de la escala y quedo constituido el Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV (GADQ IV), considerado como la escala de verificación de síntomas más confiable el cual incluye aspectos somáticos, cognitivos y conductuales característicos del TAG. Además se demostró que el GADQ IV discrimina adecuadamente los indicadores asociados con el TAG de otros trastornos de ansiedad como es el trastorno de pánico y la fobia social, lo que representa una útil herramienta en el área clínica (Cashman-Mcgrath et al., 2002).

La preocupación excesiva es un indicador que en los últimos años se ha considerado como factor elemental en el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada; resulta indispensable distinguir entre preocupaciones y obsesiones, estas son consideradas como cogniciones inaceptables y en su mayoría van acompañadas de compulsiones reductoras de la ansiedad (Bados, 2005).

Existen diversas pruebas que identifican indicadores asociados con los trastornos de ansiedad, sin embargo el problema de la comorbilidad en es permanente por lo que se ha buscado crear instrumentos más sensibles. Meyer, Miller, Metzger y Borkovec (1990) obtuvieron una muestra de la Universidad de Pensilvania y estructuraron una prueba especializada en evaluar la preocupación excesiva en las personas conocida como Penn State Worry Questionnaire (PSWQ).

En un inicio este inventario fue constituido por 161 reactivos, después de una revisión en la ambigüedad de la redacción y la evaluación de la consistencia interna, resultaron 16 reactivos con un índice de confiabilidad de .93. El PSWQ demostró tener una alta consistencia interna, ser válido para medir la preocupación excesiva y una fuerte validez concurrente con otros instrumentos. Actualmente el PSWQ es uno de los inventarios más usados en el diagnóstico de la ansiedad generalizada.

Cashman-Mcgrath et al. (2002) encontraron una fuerte correlación ($r = .66$) entre las personas con puntajes elevados en el PSWQ y en el GADQ IV, todos pertenecientes a la población de la Universidad de Pensilvania. Esto indica que existe una alta validez concurrente entre ambas pruebas.

En México no existe ningún inventario o lista de verificación estandarizada para nuestra población que sea capaz de diagnosticar de manera confiable el TAG en las personas.

Tratamiento Psicológico

Los trastornos de ansiedad han sido abordados desde distintos enfoques terapéuticos, como son: la farmacología y la terapia psicológica. De acuerdo a este último enfoque, los dos principales objetivos para el tratamiento del TAG son: las preocupaciones excesivas e incontrolables y la sobreactivación fisiológica que lo acompaña (Alcázar et al., 2003; Borkovec y Newman, 1995; Craske et al., 2003).

La reeducación es un elemento indispensable en los tratamientos psicológicos, los pacientes deben aprender a identificar y controlar los estímulos internos (cogniciones y síntomas somáticos) y externos (situacionales) que les generen ansiedad. De no existir tal reeducación el paciente tendría fácilmente una recaída y por lo tanto el malestar aumentaría (Mitte, 2007).

Una de las estrategias psicológicas empleadas en el TAG es la relajación aplicada incluye diversas técnicas como son: entrenamiento en respiración diafragmática, relajación autógena, relajación muscular progresiva, relajación mediante imágenes (uso de jerarquía en situaciones ansiógenas). Una modalidad en la relajación aplicada implica exposición imaginal relativamente graduada y habilidades de relajación para afrontar la ansiedad. En la parte final del tratamiento estas técnicas de relajación son empleadas en situaciones reales temidas (Breiholtz y Öst, 2000).

Butler, Cullington, Hibbert, Klimes y Gelder (1987) propusieron otra modalidad de entrenamiento en el manejo de ansiedad el cual incluye relajación, exposición gradual imaginal y en vivo, realización de actividades agradables, control de pensamientos perturbadores y distracción cognitiva. Este entrenamiento ha tenido resultados favorecedores en problemas de ansiedad, depresión y fobias.

La mayor parte de estímulos generadores de ansiedad para los pacientes con TAG son consecuencia de una mala interpretación de la realidad, percibiéndola así como amenazadora o peligrosa. Por esta razón, Mitte (2007) menciona que la exposición imaginal y en vivo clásica no es adecuada para el tratamiento del TAG ya que no existe una situación o estímulo específico que genere la ansiedad en el paciente. Al manipular los pensamientos que promueven estas distorsiones se puede generar un cambio significativo en la conducta no deseada.

La terapia cognitivo- conductual (TCC) combina la terapia cognitiva de Beck y la modificación conductual como es la relajación aplicada, la reestructuración cognitiva, la desensibilización sistemática, entre otras. Los pacientes con TAG tratados mediante la TCC han tenido resultados mucho más significativos que los tratados con farmacología (benzodiacepinas principalmente), tanto en mejoras de la calidad de vida, en términos de costo-beneficio como en el tratamiento de trastornos comorbidos (Cunha et. al., 2004). Sus resultados prometedores se deben a que la intervención se realiza a nivel cognitivo y por lo tanto impacta el nivel de preocupación, las distorsiones cognitivas y la interpretación catastrófica (Mitte, 2007).

Borkovec y Newman (1995) mencionan que no existen diferencias significativas entre los tratamientos conductuales (TC) y cognitivo-conductuales (TCC), siendo igual de eficientes en comparación con grupos control. En estudios recientes se ha comparado la eficacia del tratamiento farmacológico, el conductual, el cognitivo y el cognitivo-conductual. Sin embargo, en un estudio reciente se contrastó la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) con la terapia conductual (TC) y un grupo control. El grupo que recibió terapia conductual fue tratado mediante relajación muscular progresiva, exposición gradual y realización de tareas agradables. El grupo que recibió terapia cognitivo-conductual fue tratado mediante reconocimiento y análisis de pensamientos ansiogénicos y asignaciones comportamentales. Ambos tratamientos fueron superiores al grupo control (que estaba formado por

pacientes en lista de espera) en el post-tratamiento y en el seguimiento, con ventaja adicional para el TCC (Capafons, 2001).

La aplicación de los resultados obtenidos en investigaciones controladas a la práctica clínica ha sido aceptable pero existen dificultades a la hora de generalizar la metodología. Mitte (2007) apoya la noción de aplicar el tratamiento cognitivo-conductual a nivel primario del trastorno, esto permitirá una reeducación en su manera de pensar, control emocional y por lo tanto una conducta más adaptativa.

Sin embargo, los pacientes con TAG se caracterizan por ser impacientes, su preocupación y ansiedad excesivas impiden el progreso en el tratamiento. Se dice que el 21 % de los pacientes rechazan iniciar un tratamiento, ya sea por apatía o porque logran identificar una amplia gama de dificultades para llevarlo a cabo (Bados, 2005). El 15-16% de los pacientes ansiosos abandonan el tratamiento una vez iniciado; se cree que este porcentaje es mayor cuando se emplean únicamente métodos conductuales (Gould, Otto, Pollack y Yap, 1997).

Desde el punto de vista clínico, el cambio o la mejoría en funcionalidad y disminución de síntomas cognitivos, emocionales, conductuales y psicofisiológicos, es un indicador importante de cambio clínicamente significativo. Desde el punto de vista de la investigación clínica se deben buscar cambios estadísticamente significativos. Los procedimientos de la

terapia cognitivo conductual favorecer tanto cambios clínicamente significativos como estadísticamente significativos.

La TCC se emplea en niños y en adultos mayores (60 años o más), en estas poblaciones los porcentajes de recuperación son menores y la tasa de abandono es mayor (Alcázar et al, 2003; Contreras et al, 2005; Craske et al., 2003). Una propuesta para mejorar la intervención cognitivo-conductual en estas poblaciones es emplear las técnicas para favorecer cambios neuropsicológicos.

Las variables predictoras de los resultados del tratamiento del TAG se consideran poco fiables. Es justo la diversidad en rasgos de personalidad y características ambientales lo que crea un gran impacto en como el paciente reacciona a la intervención. Beck et al. (2001) mencionan que los problemas interpersonales están asociados negativamente con el mejoramiento en los pacientes.

El paciente con TAG tiene una probabilidad mayor de responder favorablemente ante un tratamiento si no tiene trastornos comórbidos del Eje I, son casados o viven con una pareja estable, la familia se involucra en el proceso de terapia y son de un nivel socioeconómico medio. Los pacientes psiquiátricos presentan los resultados menos alentadores ante un tratamiento, ya que consumen ansiolíticos y están expuestos a agentes estresantes. Además las dificultades en relaciones interpersonales (ser rencoroso,

dominante hacia otros) puede provocar malos resultados en el postratamiento (Bados, 2005). Se ha observado que los pacientes que padecen TAG asociado con algún trastorno de personalidad en específico, muestran una tasa mayor de abandono en los tratamientos cognitivo-conductuales.

La individualización del tratamiento es un factor comúnmente olvidado por los psicólogos y resulta de vital importancia en los procedimientos cognitivo-conductuales. Es decir, en los pacientes que predominan las preocupaciones excesivas la terapia cognitiva es más adecuada que la relajación y en los que predomina el factor somático, la relajación resulta la mejor opción. Las características de los pacientes pueden tener una fuerte influencia en la duración de la terapia.

Dentro del enfoque cognitivo-conductual se han propuesto distintos esquemas de intervención, en los cuales es posible tratar elementos somáticos y cognitivos en el TAG. Cada tratamiento tiene su propia estructura, con un número de sesiones determinado y técnicas específicas que permitan trabajar de forma integral con el paciente.

Una de las primeras modalidades de intervención fue la de Brown y Barlow, ésta tiene una duración de 12-15 sesiones, una vez por semana y se aplica de forma individual. Actualmente este tratamiento ha tenido ciertas modificaciones, sobre todo en su extensión y en la importancia que se le da a la reestructuración cognitiva. El tratamiento incluye lo siguiente:

- a) Conceptualización del problema y justificación del tratamiento.
- b) Entrenamiento en relajación.
- c) Reestructuración cognitiva.
- d) Exposición a la preocupación.
- e) Prevención de conductas de preocupación.
- f) Organización del tiempo.
- g) Resolución de problemas.

Tratamiento del Grupo de Dugas

Dugas et. al. (1997, 2005) hacen énfasis en las necesidades específicas de cada paciente y busca individualizar el tratamiento. Este consta de 12-18 sesiones y se ha mostrado eficaz en personas de la tercera edad (60-70 años). Se ha aplicado individualmente y de manera grupal, en ambos casos se obtuvieron resultados prometedores y los avances se mantuvieron durante el postratamiento (Ladouceur et al., 1999). La intervención consta de los siguientes elementos:

- a) Conceptualización del problema y justificación del tratamiento.
- b) Entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones.
- c) Resolución de problemas.
- d) Exposición funcional cognitiva.
- e) Reevaluación de la utilidad en cada preocupación específica.
- f) Prevención de recaídas.

Tratamiento del Perfeccionismo Patológico

Según Shafran, Cooper y Fairburn (2002) el perfeccionismo patológico se da cuando la evaluación de uno mismo depende excesivamente de la búsqueda resuelta y logro de normas autoimpuestas y personalmente exigentes en al menos un área significativa de la vida.

La finalidad de trabajar el perfeccionismo patológico con el paciente es lograr que éste lo identifique como un problema, amplíe las áreas de su vida en que se puede evaluar, sopesa las ventajas y desventajas de hacer las cosas perfectamente y preste la misma atención tanto a los errores como a los aciertos. Todo esto es posible a través de la reestructuración cognitiva; esta busca eliminar reglas dicotómicas (visión extremista de la realidad), pensamientos autocríticos y creencias perfeccionistas.

Es importante que las metas establecidas a lo largo del tratamiento sean realistas y alcanzables, las cuales deberán implicar el cumplimiento de tareas diferenciadas que vayan de lo más simple a lo complejo. De no ser así podría no cumplirse el objetivo y el paciente se sentiría frustrado y tenso, esto resulta contraproducente para el proceso terapéutico.

Tratamiento de Kendall

En el caso de la población infantil Kendall y Southam-Gerow (2000) proponen una modalidad de tratamiento cognitivo-conductual llamado Programa FEAR, el cual está dirigido a los trastornos de ansiedad en general pero de manera

específica trata a los niños con indicios de TAG. Este tratamiento consiste en 16 sesiones semanales de 50-60 minutos cada una; su aplicación ha sido de forma individual y grupal, en ambos casos los resultados han sido prometedores. Cabe mencionar que el papel que juegan los padres en el tratamiento del TAG para esta población es considerado como eje central en la posibilidad de éxito. Las 16 sesiones están planeadas de la siguiente forma:

- Sesión 1. Rapport y obtención de información que ayude a identificar las fuentes generadoras de ansiedad.
- Sesión 2. Distinguir varios tipos de sentimientos y reacciones somáticas de la ansiedad.
- Sesión 3. Construcción de una jerarquía de situaciones ansiógenas.
- Sesión 4. Entrenamiento en relajación (relajación muscular progresiva e imaginación guiada).
- Sesión 5. Identificación y evaluación de los pensamientos que se generan durante las situaciones ansiógenas.
- Sesión 6. Establecimiento de adecuadas estrategias de afrontamiento (pensamientos racionales, autoinstrucciones).
- Sesión 7. Enseñanza de la autoevaluación y de la importancia del autorreforzamiento.
- Sesión 8. Práctica de las habilidades aprendidas por medio de la imaginación y en vivo (en consulta, casa y escuela). Reforzamiento social.
- Sesión 9. Práctica con situaciones no estresantes y de baja ansiedad.

- Sesiones 10-15. Práctica de todo el proceso con situaciones muy estresantes.
- Sesión 16. Retroalimentación de todo el proceso terapéutico y motivación para el seguimiento.

En la actualidad ha incrementado la cantidad de estudios meta-analíticos que investigan la eficacia entre la terapia farmacológica y la cognitivo-conductual en el TAG. Para esto es importante utilizar un estudio estadístico apropiado donde los resultados de diferentes estudios con varias muestras, diseños, terapeutas e instrumentos de evaluación, puedan ser generalizables (Mitte, 2007).

El primer meta-análisis fue el de Gould et. al. (1997) en donde incluyeron 35 tratamientos farmacológicos y de TCC. Los resultados demostraron que la TCC era un tratamiento efectivo tanto para la depresión como para la ansiedad no existieron diferencias en los tratamientos aplicados de forma individual y los de grupo. El contra argumento dice que si se le dedica una mayor cantidad de tiempo a la reestructuración cognitiva o a la relajación aplicada, puede tener los mismos beneficios que con la TCC. En otro estudio relacionado se halló que la TCC y la relajación aplicada tienen de un 8-11% de recaídas y un 8-10% de clientes se recuperaron durante el seguimiento (Dow, Durham, Fisher, Morton, Power, Sharp y Swan, 2004).

Mitte (2007) llevó a cabo una comparación de la efectividad en los tratamientos psicofarmacológicos y los psicosociales tales como la terapia cognitivo-

conductual mediante el meta-análisis. En este procedimiento se usó un modelo estadístico en donde los resultados pueden ser generalizables pues integran estudios con diferentes muestras, métodos e instrumentos de investigación; además, busca identificar las diferencias en su efectividad y las tasas de mortandad entre tratamientos.

En relación con los efectos a largo plazo, los resultados obtenidos con TCC muestran efectividad en las evaluaciones de seguimiento, contrario a lo obtenido en los estudios farmacológicos. El número de tratamientos aplicados con TCC es principalmente comparado con la eficacia de las benzodiazepinas en el TAG, por lo que la capacidad para generalizar los resultados es limitada (Mitte, 2007).

Tratamiento Farmacológico

Desde el punto de vista farmacológico, el TAG se ha tratado tradicionalmente con barbitúricos y metacualona. Esta última es un hipnótico-sedante que ejerce una acción similar a la de los barbitúricos, pero difiere de estos en que no se asocia con mecanismos del sueño, posee propiedades anticonvulsivas, anestésicas locales y antiespasmódicas. La eficacia entre la terapia farmacológica y la TCC depende de las características que tenga el padecimiento en cada paciente, tales como la severidad o la diferencia en la prevalencia de síntomas somáticos y cognitivos. La ventaja que representa el empleo de la TCC sobre la farmacológica es la ausencia de efectos colaterales y la permanencia del efecto del tratamiento a largo plazo (Mitte, 2007). Sin

embargo los efectos de la terapia farmacológica surgen de manera inmediata, lo que ayuda considerablemente a la disminución de los síntomas físicos.

Existe un cambio en la tendencia del tratamiento farmacológico, primordialmente relacionado con la evolución del concepto del TAG. En las décadas de los 60 y 70 el DSM-III destacaba la importancia de los síntomas físicos en el TAG, por esta razón predominó el tratamiento con benzodiazepinas (Bobes, Bousoño y García-Portilla, 2005).

Se ha identificado que una de las características necesarias para que un paciente con TAG tenga un buen pronóstico con el tratamiento farmacológico es manifestar un nivel severo del trastorno y no tener de manera simultánea síntomas depresivos; de ser así podría agravar el problema. Solo el alprazolam logra ser eficiente al contrarrestar la ansiedad aun con síntomas depresivos.

En un inicio las benzodiazepinas eran los fármacos mayormente empleados en el tratamiento de este trastorno, su efecto inmediato se manifestaba en los síntomas físicos como son las palpitaciones, la tensión muscular, los problemas gastrointestinales, entre otros (Cunha et. al, 2004). Su acción se da en el sistema ácido gamma-amino butírico, por lo que se infiere que los pacientes con TAG tiene una deficiencia en este sistema. Sus resultados en el organismo son adecuados hasta los 6 meses, sin embargo su uso implica diversas desventajas y efectos secundarios como son la sedación, torpeza psicomotora,

amnesia anterógrada, síndrome de abstinencia y un incremento de la tolerancia a la medicación (Mitte, 2007).

A partir de los años 80 y 90 el DSM-IV modificó su concepto sobre este trastorno, le otorgó mayor importancia a los síntomas psíquicos por lo que los tratamientos consecuentes buscaron minimizar los problemas de concentración, memoria, atención y preocupación excesiva. La mayoría de estos tratamientos estaban basados en el uso de las azapironas, especialmente buspirona y los antidepresivos tricíclicos (Bobes, et al., 2005).

El empleo de la buspirona ha ido incrementado ya que son similares a las benzodiazepinas pero sin los malestares secundarios tan drásticos, aunque tardan más en manifestar sus progresos en el paciente. El síndrome de abstinencia y la tolerancia al medicamento pueden presentarse en menor grado, aunque surgen las cefaleas, náuseas y vértigo. Es importante aclarar que los pacientes crónicos que llevan tratamiento con benzodiazepinas no responden bien cuando se le cambia a la buspironas. (Mitte, 2007)

Debido a una alta comorbilidad entre el TAG y la depresión, los antidepresivos han demostrado resultados prometedores en el tratamiento de este trastorno, especialmente los inhibidores de recaptación de serotonina como la paroxetina y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina como la venlafaxina (Bobes et al., 2005). La clomipramina y la imipramina también han resultado efectivos en el tratamiento del TAG. La elección de un antidepresivo

u otro depende de las experiencias que el paciente ya haya tenido con tratamientos farmacológicos anteriores especialmente con las benzodiacepinas. Sus ventajas se manifiestan principalmente en los síntomas psíquicos como son: las obsesiones, disforia, el pensamiento anticipador negativo y la sensibilidad interpersonal. El efecto ansiolítico de los antidepresivos en los pacientes con TAG es independiente a su acción sobre la distimia y la depresión. Por otro lado, la población de pacientes jóvenes presenta mejores resultados con este tratamiento que los adultos (Cunha et al., 2004).

Por otra parte están los betabloqueadores (propranolol), los cuales tienen un mayor efecto en los síntomas psíquicos y tienen menores efectos secundarios (Capafons, 2001). Sin embargo, no son recomendados como el mejor tratamiento farmacológico para el TAG, salvo como un adjunto para los síntomas autonómicos.

Actualmente diversos estudios sugieren que los antiepilépticos, tales como la pregabalina y la tiagabina son una prometedora alternativa de tratamiento para el TAG (Bobes et al., 2005). No se ha establecido una dosis óptima en el tratamiento farmacológico para los distintos trastornos de ansiedad, tomando en cuenta el grado de severidad del paciente (Capafons, 2001). Es importante destacar que no existe un tratamiento único, se ha visto que los efectos del tratamiento psicológico pueden superar los causados por los fármacos, sin embargo los efectos a corto plazo de la farmacoterapia son sobresalientes. Por

lo tanto, se recomienda el uso conjunto de tratamiento farmacológico y terapia cognitivo conductual.

Planteamiento del Problema

En México existen dificultades significativas al diagnosticar los trastornos de la conducta, principalmente aquellos que tienen un alto índice de comorbilidad. Esto se debe a la carencia de instrumentos estandarizados, válidos y confiables para nuestra población, lo que implica importantes limitantes en la investigación y en la práctica clínica. Realizar una evaluación integral adecuada permite valorar de forma objetiva los efectos de las intervenciones psicológicas.

Justificación

En México no se cuenta con instrumentos válidos y confiables que evalúen correctamente la preocupación excesiva en las personas, la cual es uno de los elementos característicos en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Cabe destacar que todas las personas experimentan preocupación en su vida, sin embargo cuando esta surge de manera excesiva y recurrente representa una dificultad significativa. Por esta razón se consideró importante adaptar para nuestra población un instrumento especializado en esta área como es el Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), el cual proporciona un índice del grado de preocupación experimentada por la persona. De acuerdo con esto, las normas de calificación para este inventario deben ser específicas para nuestra población, esto impactará directamente a la práctica clínica.

Por otro lado se ha demostrado que la evaluación multimodal genera resultados más confiables, lo que sugiere el uso de más de una escala diagnóstica para determinar la presencia de patología en un individuo. Por esta razón se buscó conocer la correlación existente entre el PSWQ y una lista de verificación sintomática basada en el DSMIV-TR, conocida como Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV (GADQ-IV).

Objetivo General

Determinar las propiedades psicométricas del inventario PSWQ así como su validez concurrente con el GADQ IV en residentes de la Cd. de México.

Objetivos específicos

- Evaluar las propiedades psicométricas, tales como el índice de confiabilidad y la capacidad discriminativa de los reactivos del PSWQ
- Calcular las normas de evaluación para el PSWQ en población mexicana.
- Conocer la validez concurrente del inventario PSWQ con la escala de verificación GADQ-IV.

Definición Conceptual

Preocupación excesiva. Es la sobrestimación recurrente y en aumento de la posibilidad y costo de las amenazas percibidas en el ambiente. (Borkovec Hazlett-Stevens, Díaz, 1999; Mathews, 1990).

Ansiedad Generalizada. Consiste en experimentar una preocupación excesiva, persistente y difícil de controlar sobre diversos acontecimientos o situaciones. Va acompañado de varios síntomas como son: la impaciencia, fatiga, irritabilidad, dificultad en concentración, perturbaciones en el sueño, temblores, sacudidas, inquietud motora, sudoración, náuseas, diarreas, problemas para tragar, respuestas de sobresalto, síntomas depresivos y tensión muscular caracterizada por dolores o entumecimientos (Capafons, 2001; Coyle, 2000).

Definición Operacional

Preocupación Excesiva: Esta representada por el puntaje que los participantes obtengan en el instrumento PSWQ.

Ansiedad Generalizada: Esta representada por el puntaje que los participantes obtengan en el instrumento GADQ IV.

Diseño de Investigación

Se empleo un diseño no experimental “ex post-facto” de una sola muestra y el muestreo fue de tipo no aleatorio por conveniencia.

MÉTODO

Participantes

La muestra quedó constituida por 1504 participantes pertenecientes a la población de Ciudad Universitaria, UNAM.

Instrumentos

Se empleo el Inventario de (PSWQ) y el Cuestionario del Trastorno de Ansiedad Generalizada- IV (GADQ-IV).

El Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), el cual tiene como finalidad evaluar el rasgo de preocupabilidad y tiene una alta correlación con la ansiedad. Consta de 16 reactivos que se contestan en una escala tipo Likert (1= Nada Común hasta 5= Muy Común). Su confiabilidad es de .95 (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990).

El Generalized Anxiety Disorder Questionnaire- IV (GADQ IV), el cual es una escala de verificación derivada de los criterios del DSMIV TR que consta de 9 reactivos. Los reactivos 1, 2, 3, 4 y 6 son dicotómicos, el reactivo 5 es abierto, el reactivo 7 presenta un listado de situaciones donde es frecuente experimentar ansiedad para que el evaluado indique con cuales se siente identificado, y los reactivos 8 y 9 se responden mediante una escala tipo Likert (0=Nada hasta 8=Muy Severo) (Cashman-Mcgrath, Constantino, Erickson, Kachin, Newman, Przeworski y Zuelling, 2002).

Procedimiento

El procedimiento psicométrico inicial consistió en traducir ambos cuestionarios de inglés a español y someter las traducciones a la revisión de psicólogos con experiencia en el tema y el manejo de ambos idiomas. Esto se conoce como una validación de facie o validez de expertos.

Posteriormente se aplicaron a todos los participantes el inventario PSWQ y la lista de verificación GADQ-IV, en Ciudad Universitaria y a través de conocidos. Las instrucciones se proporcionaron de forma verbal y escrita, atendiendo a su vez las dudas y comentarios.

Las respuestas a los cuestionarios fueron codificadas y procesadas estadísticamente con el programa SPSS versión 15. De acuerdo con la teoría psicométrica es importante que exista congruencia en la puntuación que expresa cada uno de los reactivos. En el PSWQ los reactivos (1, 3, 8, 10, 11) evalúan la preocupación de forma inversa, por esta razón fue necesario realizar la conversión del puntaje y así obtener un conteo global.

En el análisis estadístico se determinó la capacidad discriminativa del PSWQ, se calculó el Alfa de Cronbach para identificar la confiabilidad por validez interna y se realizó un análisis factorial de las respuestas de los reactivos del instrumento.

Para finalizar se obtuvieron las normas de calificación para el inventario. En cuanto al GADQ IV se siguieron las indicaciones de los autores (Cashman-Mcgrath et al, 2002) para dar valores a las respuestas abiertas y cerradas y obtener así un puntaje global.

Los instrumentos completos no se incluyen en esta tesis con el propósito de no atentar contra los derechos de autor y con el objeto de promover el uso responsable de los instrumentos psicométricos. Los interesados deberán solicitarlos con el Dr. Samuel Jurado Cárdenas, correo electrónico: jurado@servidor.unam.mx

RESULTADOS

De la muestra empleada para este estudio, 771 fueron mujeres (51.3%) y 733 hombres (48.7%). Las edades oscilaron en un rango de 12 a 78 años, todos residentes del Distrito Federal. La media de edad de la muestra fue $\bar{x} = 26$ años y la desviación estándar fue $\sigma = 12.41$.

Con la finalidad de identificar la capacidad discriminativa de los reactivos se obtuvo el 20% de puntajes bajos, determinado como grupo 1 y el 20% de puntajes altos, determinado como grupo 2. Con estos puntajes se realizó una prueba T, los resultados se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Medias y Desviaciones estándar de la Prueba T en los grupos con puntaje bajo y alto.

Reactivos del PSWQ	Grupo 1		Grupo 2		T	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación	Media	Desviación			
1	1.9	1.13	2.7	1.48	-7.61	632	0.00
2	1.73	0.95	1.9	1.15	-25.86	632	0.00
3	1.9	1.04	2.68	1.56	-6.71	632	0.00
4	1.8	0.96	4.25	1.81	-21.12	632	0.00
5	1.76	1.02	4.07	1.13	-26.90	632	0.00
6	1.9	1.02	4.36	1.01	-30.60	632	0.00
7	1.34	0.65	3.71	1.13	-32.04	632	0.00
8	2.72	1.46	2.51	1.43	1.87	632	0.06
9	1.57	0.87	3.7	1.25	-24.74	632	0.00
10	2.05	1.17	2.04	1.36	0.06	632	0.95
11	2.14	1.3	2.94	1.4	-7.41	632	0.00
12	1.26	0.58	3.82	1.25	-32.85	632	0.00
13	1.61	0.82	4.07	1.04	-32.91	632	0.00
14	1.27	0.63	3.72	1.19	-32.31	632	0.00
15	1.16	0.45	3.59	1.18	-33.92	632	0.00
16	2.67	1.33	4.14	1.08	-15.27	632	0.00

Como se puede observar la mayoría de los reactivos obtuvieron una significancia estadística asociada al .000 y por lo tanto tienen capacidad discriminativa. El reactivo 8 y el reactivo 10 no alcanzaron esta capacidad discriminativa.

Para conocer la validez del instrumento PSWQ se realizó un análisis de confiabilidad por consistencia interna. El Alfa de Cronbach obtenido fue de .76. Los resultados de este análisis se incluyen en la tabla número 2.

Tabla 2. Resultados del análisis de confiabilidad con el Alfa de Cronbach

Reactivos	Media de la escala	Varianza de la escala	Correlación total-correcta	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach
1	39.25	95.55	0.08	0.12	0.77
2	38.95	85.41	0.52	0.33	0.73
3	39.31	96.77	0.05	0.17	0.77
4	38.76	84.54	0.45	0.28	0.73
5	38.83	84.58	0.51	0.36	0.73
6	38.50	84.22	0.52	0.35	0.73
7	39.36	83.90	0.60	0.47	0.72
8	38.99	102.84	-0.18	0.15	0.79
9	39.17	86.10	0.46	0.3	0.73
10	39.64	100.47	-0.09	0.19	0.78
11	38.93	96.33	0.04	0.04	0.77
12	39.35	82.74	0.60	0.53	0.72
13	38.97	83.34	0.63	0.55	0.72
14	39.41	83.30	0.60	0.50	0.72
15	39.61	83.20	0.64	0.56	0.72
16	38.32	90.65	0.29	0.16	0.75

Una vez obtenida la confiabilidad y validez, se procedió a realizar un análisis factorial. Como se muestra en la tabla 3 el análisis factorial se basó en el método por extracción de componentes en la rotación Varimax. Como primer

paso se obtuvo el coeficiente KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) cuyo resultado fue de .91, al ser un valor significativo se continuó con el análisis factorial.

Tabla 3. Análisis factorial de rotación Varimax

	Factores		
	1	2	3
Valor Eigen	5.29	1.68	1.08
Porcentaje de varianza explicada	33.09	10.50	6.78
Porcentaje de varianza acumulada	33.09	43.60	50.39
Matriz de componentes rotados			
Reactivos			
1		0.689	
2	0.65		
3		0.728	
4	0.59		
5	0.65		
6	0.66		
7	0.75		
8			0.556
9	0.58		
10		0.648	
11			0.694
12	0.77		
13	0.78		
14	0.75		
15	0.78		
16			0.505

Todos los reactivos obtuvieron un puntaje mayor a .40, se agruparon en tres factores y en ninguno de los casos los reactivos se incluyen en más de un factor. La tabla 4 presenta los reactivos que conforman cada factor con su redacción original.

Tabla 4. Reactivos pertenecientes a cada factor del PSWQ

Factor 1	
Reactivo 2	Mis preocupaciones me abruman.
Reactivo 4	Me preocupo por muchas cosas.
Reactivo 5	Se que no debería preocuparme por las cosas, pero no puedo evitarlo.
Reactivo 6	Cuando estoy bajo presión, me preocupo mucho.
Reactivo 7	Siempre estoy preocupándome por algo.
Reactivo 9	Tan pronto como termino una tarea empiezo a preocuparme por todo lo demás que tengo que hacer.
Reactivo 12	He sido un preocupón toda mi vida.
Reactivo 13	Me doy cuenta que me he estado preocupando por las cosas.
Reactivo 14	Una vez que empiezo a preocuparme, no me puedo detener.
Reactivo 15	Estoy preocupado todo el tiempo.
Factor 2	
Reactivo 1	Si me falta tiempo para realizar todas mis actividades, no me preocupo por ello.
Reactivo 3	Tiendo a no preocuparme por las cosas.
Reactivo 10	Nada me preocupa.
Factor 3	
Reactivo 8	Me es más fácil dejar de pensar en lo que me preocupa.
Reactivo 11	Cuando ya no hay nada más que pueda hacer por algo que me preocupa, dejo de preocuparme por ello.
Reactivo 16	Me preocupo por las cosas hasta que las termino de hacer.

Posteriormente se calcularon los rangos percentilares para obtener las normas de calificación que del PSWQ que se muestran en la tabla 5.

Tabla 5. Parámetros de evaluación para el PSWQ

Puntaje total	Nivel de Preocupación
0-35	Adecuada
36-41	Leve
42-48	Moderada
49-80	Severa

Finalmente se realizó una correlación de Spearman para analizar la validez concurrente entre el inventario PSWQ y la escala de verificación GADQ IV. El resultado fue $r_s=.25$, $p >.000$.

DISCUSIÓN

La estandarización de instrumentos psicométricos en nuestra población nos permite realizar el proceso de diagnóstico de una manera más efectiva y confiable, así como estudiar los efectos postratamiento y dar el seguimiento apropiado. El PSWQ demostró ser un inventario con sólido respaldo psicométrico para ser empleado en la población mexicana. La muestra empleada en este estudio esta constituida en su mayoría por población adulta y adolescente lo que sugiere que el inventario PSWQ es principalmente aplicable para estas poblaciones.

En ocasiones los reactivos de un instrumento no discriminan correctamente, lo que puede generar importantes sesgos en la interpretación. Debido a que en esta investigación se aplicaron ambas pruebas en población con y sin indicadores asociados con el TAG, la preocupación se presenta en todos los participantes pero no en el mismo grado. Por esta razón es importante identificar que todos los reactivos del instrumento discriminen adecuadamente la preocupación excesiva o patológica, de los niveles normales de preocupación en los participantes. Una capacidad discriminativa adecuada en los reactivos nos evita sesgos en la evaluación y en la interpretación, por lo cual es más factible generalizar los resultados de una investigación. La capacidad discriminativa de cada reactivo en el PSWQ fue evaluada mediante la prueba T, los resultados fueron significativos y demostraron que la mayoría de los reactivos cumplen con ella. Sin embargo, el reactivo 8 obtuvo una significancia de .062 y el reactivo 10 una significancia de .956, esto implica

poca confiabilidad para ambos casos por lo cual se requiere revisar la redacción de estos reactivos, acompañado del pertinente proceso de validación para que en futuras investigaciones los resultados obtenidos tengan un sólido apoyo psicométrico.

En este estudio el Alfa de Cronbach fue de .76, lo que demuestra una alta consistencia interna y confiabilidad en los resultados que genera el PSWQ. Por otra parte el análisis factorial nos permite categorizar y organizar los reactivos en distintos factores o componentes, cada uno evalúa elementos característicos del constructo. En este caso se identificaron los rasgos y áreas de la preocupación evaluadas, así como los reactivos con mayor capacidad discriminativa en cada componente. Se concluyó que el primer factor esta dirigido a identificar la severidad con que se manifiesta el problema en el participante, el segundo factor se enfoca en determinar la presencia o ausencia de la preocupación excesiva, y finalmente el factor 3 menciona estilos de afrontamiento básicos para la preocupación patológica: evitación, perfeccionismo patológico y solución de problemas .

También se calculó el porcentaje de varianza que explica cada factor en el PSWQ. El factor 1 obtuvo 5.29 como valor Eigen, por lo que los reactivos que caen en este componente son capaces de explicar el 33.097% de la variabilidad en las repuestas. Por su parte el factor 2 obtuvo 1.681 como valor Eigen, los reactivos que caen en este componente son capaces de explicar el 10.507% de la variabilidad en las respuestas. Finalmente el factor 3 obtuvo un

valor Eigen de 1.086 y en este caso los reactivos que caen en este componente son capaces de explicar el 6.787% de la variabilidad en las respuestas. En total los tres factores son capaces de explicar el 50.391% de la varianza en las respuestas.

A diferencia de otros estudios basados en el PSWQ (Meyer et al., 1990) en esta investigación se calcularon las normas de calificación para la población mexicana que oscila en un rango de edad entre los 13 y los 45 años. El tener parámetros definidos para la evaluación de la preocupación excesiva en las personas, nos permite diferenciar al TAG de otros trastornos asociados con la ansiedad tales como el trastorno de pánico o el trastorno obsesivo-compulsivo. Esto resulta de vital importancia para la fase de diagnóstico diferencial realizada en la práctica clínica.

Como ya se había mencionado la evaluación multimodal proporciona mayor información sobre la severidad y las características que presenta una persona con TAG (Bados, 2005). Cada instrumento evalúa un área distinta (síntomas físicos, elementos cognitivos, conductas), el PSWQ es de carácter cognitivo. Para una mayor confiabilidad en el diagnóstico es recomendable aplicar más de una prueba y en este trabajo se estudio la correlación existente entre el PSWQ y el GADQ IV.

La correlación realizada entre el PSWQ y el GADQ IV tuvo la finalidad de determinar la validez concurrente entre ambas escalas. El valor de correlación

obtenido fue bajo ($r_s = .25$), contrario a lo obtenido en estudios anteriores (Meyer et al., 1990), por lo que se requiere repetir el estudio de validez concurrente pero utilizando un instrumento equivalente. Cabe destacar que el GADQ IV no es un instrumento psicométrico, si no una escala de verificación basada en los criterios de DSM IV TR. Por esta razón se concluye que el GADQ-IV no puede ser empleado como única prueba diagnóstica para el TAG.

Sin embargo, la literatura menciona que las áreas que generan mayor preocupación, así como su manera de expresarla, varía en las personas dependiendo de su edad (Beck et. al., 2001); este problema es más notorio en población de adultos mayores. Por lo tanto, podemos mencionar que una limitante para este estudio fue la poca especificidad con que se evaluaron los rasgos y áreas de preocupación en los participantes, ya que la muestra tenía un rango de edad amplio.

Además, dentro de la muestra las personas de 50 años en adelante son los que tienen un menor número de casos y de acuerdo con la literatura, la población de adultos mayores es la que presenta mayor problema al diagnosticar trastornos asociados con la ansiedad (Craske, Gatz y Loebach, 2003). Se recomienda que las futuras investigaciones vayan encaminadas al estudio de las variables que presenta esta población, por ende será posible realizar un diagnóstico diferencial más certero y perfeccionar las modalidades de tratamiento.

REFERENCIAS

- Agudelo, D; Buela-Casal, G.; Spielberger, C. (2007) Ansiedad y Depresión: El problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*. Vol. 30, No. 2.
- Albarracín, G.; Carreras, L.; Rejas, J.; Rovira, J. (2008) Aspectos económicos y epidemiológicos de los trastornos de ansiedad generalizada: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*. Vol. 36, No.3, Págs. 165-176
- Alcázar, A.; Inglés, C.; Méndez, X.; Orgilés, M. (2003) La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*. Vol. 19, No. 2. Págs. 193-204.
- Alonso, J., Angermeyer, M., Bromet, E., Browne, M.O, Demyttenaere, K., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M, Iwata, N., Karam, E.G., Lepine, J.P., Levinson, D., Posada-Villa, J., and Kessler, R.C. Lee, S., Tsang, A., Ruscio, A.M., Stein, D., (2009). Implications of modifying the duration requirement of generalized anxiety disorder in developed and developing countries. *Psychological Medicine*. Vol. 39, No.7, Págs.1163-1176.
- Álvarez, C.; Londoño, N.; López, P.; Posada, S. (2005) Distorsiones cognitivas asociadas al trastorno de ansiedad generalizada. *Informes Psicológicos*. (7) Págs. 123-136.
- Asociación de Psiquiatría Americana (2002) Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (revisado). Primera edición. Barcelona

- Andrews, G.; Crino, R.; Hunt, C.; Lampe, L.; Page, A. (1994) The treatment of anxiety disorders: clinician's guide and patient manuals. Cambridge University. Págs. 300-318.
- Aublet, F.; Lodouceur, R.; Rhéaume, J. (1997) Excessive Responsibility in Obsessional Concerns: A fine-grained experimental analysis. *Behaviour Research of therapy*. Vol. 35, No. 5, Págs. 423-427
- Bados, A. (2005) Trastorno de Ansiedad Generalizada. Universidad de Barcelona. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6322/1/TAG.pdf>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Beck, J.G.; Diefenbach, G.J.; Stanley, M. A. (2001) Worry content reported by older adults with and without generalized anxiety disorder. *Aging and Mental Health*. Vol. 5, No. 3, Págs. 264-274.
- Beck, J.G.; Zebb, B. (1998) Worry versus anxiety: is there really a difference? *Behavior Modification*. Vol. 22, No. 1, Págs. 45-61.
- Beidas, M.A; Benjamin, M.A.; Comer, J.; Courtney, L. ; Kendall, Ph.; Puliafico, A.; Rinad S (2011) Generalized anxiety disorder in youth: diagnostic considerations. *Depression and Anxiety* (28) Págs.173–182
- Ben-Noun, L (1998) Generalized anxiety disorder in dysfunctional families. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. (29), Págs. 115-122.
- Bjerkesset, O.; Nordahl, H.; Olsson, C.; Wells, A. (2010) Association between abnormal psychosocial situations in childhood, generalized anxiety

- disorder and oppositional defiant disorder. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry (44), Págs. 852 –858
- Blais, F.; Boisvert, J.M.; Dugas, M.; Freeston, M.; Gagnon, F.; Ladouceur, R.; Rhi-Aume, J.; Thibodeau, N. (1999) Specificity of Generalized Anxiety Disorder Symptoms and Processes. *Behavior Therapy* (30) Págs. 191-207.
- Blais, F.; Dugas, M.; Freeston, M.; Ladouceur, R. (1998) Problem Solving and Problem Orientation in Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. Vol. 12, No. 2, Págs. 139–152
- Bobes, J.; Bousoño, M.; González, P.; Saiz, P.(1999) Trastornos de ansiedad. *Medicine*. Vol. 106, No. 7 , Págs.4952-4962.
- Bobes, J.; Bousoño, M.; García-Portilla, P. (2005) Tratamiento Farmacológico en el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Vol. 17, No. 1, Págs. 29-37.
- Borkovec, T.D.; Díaz, M.L.; Hazlett-Stevens, H. (1999) The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. (6) Págs. 126-138.
- Borkovec, T.D.; Inz, J. (1990) The nature of worry in generalized anxiety disorder: a predominance of thought activity. *Behavior Research of Therapy*. Vol. 28, No. 2, Págs. 153-158.
- Borkovec, T.D.; Lyonfields, J.; Thayer, J.(1995) Vagal Tone in Generalized Anxiety Disorder and the Effects of Aversive Imagery and Worrisome Thinking. *Behavior Therapy*. (26), Págs. 457-466

- Borkovec, T.D.; Newman, M. G. (1995) Cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *The Clinical Psychologist*. Vol. 48, No.4, Págs.5-7.
- Borkovec, T. D.; Stöber, J. (2002) Reduced Concreteness of Worry in Generalized Anxiety Disorder : Findings from a therapy study. *Cognitive Therapy and Research*. Vol. 26, No. 1, Págs 89-96.
- Breiholtz, E. ; Öst, L-G (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*. (38) Págs. 777-790.
- Cashman-Mcgrath, L.; Constantino, M.; Erickson, T.; Kachin, K.; Newman, M.; Przeworski, A.; Zuelling, A. (2002) Preliminary Reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: Arevised self-report diagnostic measure of Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*. (33) Págs. 215-233.
- Capafons, A. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*. Vol. 13, No. 3, Págs. 442-446.
- Charney D.S., Drevets W.C. (2002) Neurobiological basis of anxiety disorders. *Revisado en: Neuropsychopharmacology:The fifth generation of progress*. Cap. 33, Págs. 901-930.
- Chorot, P.; Lostao, L.; Sandin, B.; Valiente, R. (2009) Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Vol. 14, No. 2, Págs. 107-122.

- Cía, A. (2007) Introducción a la Ansiedad. *La ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico*. Argentina, Buenos Aires, 2ª Edición.
- Contreras, F.; Esguerra, G.; Espinosa, J.C.; Haikal, A.; Polania, A.; Rodriguez, A. (2005) Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Perspectivas en Psicología*. Vol. 1, No. 2, Págs. 183-194.
- Cooper, Z.; Fairburn, C.; Shafran, R. (2002) Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy* (40) Págs.773-791
- Cox, B.; Taylor, S. (1998) Anxiety sensitivity: multiple dimensions and hierachic structure. *Behavior Research of Therapy*. (36) Págs. 37-51.
- Coyle, J. (2000) A nonlinear dynamical theory of generalized anxiety disorder. [Versión electrónica] Revisado el 17 de abril del 2006 en: <http://www.josephcoyle.com/gad.html>
- Craig, G. (2001) Desarrollo Psicológico. Edit: Cabañas, R. Editorial Pearson. 8a Edición.
- Craske, M.; Gatz, M.; Loebach, J. (2003) Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 71, No. 1.Págs. 31-40.
- Cullington, A.; Butler, G.; Gelder, M.; Hibbert, G.; Klimes, I. (1987) Anxiety management for persistent generalized anxiety. *British Journal of Psychiatry*. (151), Págs. 535-542.
- Cunha, A.; Kapczinski, F.; Kratz, F.; Schmitt, R.; Silva, M.; Souza, J.(2004) The efficacy of antidepressants for generalized anxiety disorder: a systematic

- review and meta-analysis. *Revista Brasileña de Psiquiatría*. Vol.27, No.1, Págs. 18-24.
- De Castro, A.; Salamanca, M. (2007) Comprensión de la experiencia de ansiedad a la luz de la perspectiva de la salud mental del psicoanálisis existencial. *Psicología desde el Caribe* (20) Págs. 156-187
- Dugas, M.; Freeston, M; Ladouceur, R. (1997) Intolerance of Uncertainty and Problem Orientation in Worry. *Cognitive Therapy and Research*. Vol. 21, No. 6, Págs. 593-60
- Dugas, M.; Gagnon, F.; Freeston, M; Ladouceur, R. (1998) Generalized Anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research of Therapy*. (36) Págs. 215-226
- Durham, R.; Fisher, P.; Sharp, D.; Power, K.; Swan, J.; Mortini, R.(2004) Cognitive Behaviour Therapy for Good and Poor Prognosis Generalized Anxiety Disorder: A Clinical Effectiveness Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. (11), Págs.145–157
- Dugas, M.; Hedayati, M.; Karavidas, A.; Buhr, K.(2005) Intolerance of Uncertainty and Information Processing: Evidence of Biased Recall and Interpretations. Vol. 29, No. 1, Págs. 57-70.
- González, M.; Morales, C.; Rausch, L.; Rovella, A. (2011) Procesos cognitivos del trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes. *Psicología y Salud*. Vol. 21 No. 2. Págs. 215-226.
- Gould, R.; Pollack, M.; Otto, M.; Yap, L. (1997) Cognitive Behavioral and Pharmacological Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy*. (28). Págs. 285-305.

- Keegan, E. (2007) La ansiedad generalizada como fenómeno: criterios diagnósticos y concepción psicopatológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. (16) Págs. 49-55.
- Laborda, A. (2009) Modelos animales en psicopatología experimental: miedo, tolerancia a las drogas y condicionamiento *Revista de Psicología*, Vol. 18, No 2. Págs. 81-104.
- Mathews, A. (1990) Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behavior Research of Therapy*. Vol. 28, No. 6. Págs. 455-468.
- Meyer, T.J.; Miller, M.; Metzger, R.; Borkovec, T. (1990) Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behavior Research of Therapy*. Vol. 28, No. 6, Págs. 487-485.
- Mitte, K. (2007) Comparando la eficacia de la terapia cognitiva comportamental y la psicofarmacológica en los trastornos de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. (16) Págs. 69-74.
- Nuevo, R. (2005) Sensibilidad y especificidad del cuestionario de preocupación y ansiedad para la detección del trastorno de ansiedad generalizada en la edad avanzada. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Vol. 10, No. 2, Págs. 135-142.
- Sierra, J.C.; Ortega, V.; Zubeidat, I. (2003) Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar e Subjetividade*. Vol. 3, No. 1, Págs. 10-59.

Southam-Gerow, M.; Kendall, P. (2000) Cognitive-Behaviour Therapy with Youth: Advances, Challenges and Future Directions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.(7) Págs. 343–366.

Wells, A. (2005) The Metacognitive Model of GAD: Assessment of Meta-Worry and Relationship with *DSM-IV* Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 29, No. 1, Págs. 107-121.

