

Fundamentos en Humanidades

Universidad Nacional de San Luis - Argentina

Año IX - Número I (17/2008) pp. 179/194

Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico

Generalized anxiety disorder: criteria for diagnosis

Anna Rovella

Universidad Nacional de San Luis

arovella@unsl.edu.ar

Manuel González Rodríguez

Universidad de La Laguna

(Recibido: 19/05/08 - Aceptado: 17/09/08)

Resumen

Este trabajo revisa los últimos aportes en relación a las características generales y criterios diagnósticos del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). En esta revisión teórica, analizamos la situación actual de la concepción psicopatológica de este trastorno, considerando los aportes de diferentes grupos de investigación, el impacto de sus conclusiones a partir de la publicación de la cuarta versión del DSM-IV-TR (APA, 2000), los datos epidemiológicos y las variables cognitivas y somáticas asociadas al mismo.

Abstract

In this theoretical review, the general characteristics and criteria for diagnosis of Generalized Anxiety Disorder (GAT) are analyzed, in particular, the psychopathological perspective. The following is taken into account: the contributions of several research groups, the impact of their conclusions after the publication of the fourth version of DSM-IV-TR (APA, 2000), the epidemiologic data and cognitive and somatic variables associated to this disorder.

Palabras clave

ansiedad - diagnóstico - psicopatología - investigación

Key words

anxiety - diagnosis - psychopathology - research

La comprensión del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) ha evolucionado considerablemente en el curso de las dos últimas décadas, íntimamente relacionado con la publicación del DSM-IV-TR (APA, 2000) donde se realizaron mayores precisiones al diagnóstico, fundamentalmente con relación a las variables cognitivas (Seidah, Dugas y Leblanc, 2007).

La causa principal del desarrollo del TAG en una persona no está basado en un solo elemento, en la etiología del trastorno confluyen factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos (Newman y Anderson, 2007).

El TAG se caracteriza por ser el trastorno de ansiedad básico, y su estudio podría tener importantes implicaciones para la comprensión del resto de los trastornos de ansiedad y para aspectos fundamentales de la ansiedad como emoción (Rapee, 1991).

La ansiedad es en un principio un conjunto de procesos adaptativos, reacciones defensivas innatas garantes de la supervivencia de las personas y a la vez es la reacción que produce la mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales y psicofisiológicos. (Fernández Abascal, 1997). Hay quienes consideran que la ansiedad es una característica central en casi todos los trastornos psicopatológicos (Sandín y Chorot, 1995), y proponen considerar los trastornos de ansiedad en un continuo, donde los distintos tipos de ansiedad no serían más que manifestaciones de un mismo trastorno básico. Esta consideración se apoya en que los aspectos nucleares de este trastorno, representan procesos fundamentales de todos los trastornos emocionales (Zinbarg y Barlow, 1991).

Borkovec afirma que el TAG impacta en otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, porque tiene relación con otros trastornos negativos de la emoción. Un factor común que se encontró en las personas con este padecimiento es que presentan un rol invertido con los cuidadores primarios, un tipo de apego inseguro y desorganizado. Y que la naturaleza del trastorno radica en el sistema verbo lingüístico, que no da la posibilidad de pensar en el pasado y futuro, no permite manejar el tiempo, y cuando este aspecto no funciona estamos frente a una gran dificultad. Como en las personas con diagnóstico de TAG el pensamiento no está estrechamente vinculado a la fisiología, interfiere con los procesos emocionales, generando uno de los principales problemas que se observan en la clínica. "En el TAG sucede que el lenguaje se apura en vez de estar en silencio" (Borkovec, 2006).

Rapee (1991) puntualiza que desde una perspectiva psicológica raramente se ha estudiado la tendencia general a ser ansioso. Este autor distingue entre la ansiedad generalizada y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). La primera puede ser identificada en todas las personas en mayor o menor grado y el segundo puede ser un trastorno relativamente puro. Algunos autores coinciden en que la ansiedad crónica está presente de manera más obvia en el TAG, pero también en toda clase de psicopatología, ya que es un rasgo esencial, una dimensión de muchos síntomas diferentes, que puede encontrarse en la depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia, abuso de sustancias, bulimia, trastornos psicofisiológicos y muchos otros trastornos (Barlow y Di Nardo, 1991). De todas formas, el grado de coincidencia de los mismos está abierto a la investigación.

Se sospecha que la edad de inicio es generalmente temprana, y muchas personas informan que lo han padecido toda su vida. Por eso, algunos autores se refieren a éste como un fenómeno de largo término, pero aún no se ha logrado precisar esta afirmación (Hoehn-Saric y Masek, 1981; Rapee, 1985, 1991; Raskin, Peeke, Dickman y Pinsker 1982; Torgersen, 1986). Aunque varios estudios señalan que la edad media de inicio se sitúa entre la adolescencia y los veinte años (Anderson, Noyes y Crowe, 1984; Barlow, Blanchard, Vermileya, Vermileya y Di Nardo, 1986; Rapee, Craske y Barlow, 1989). Este no sería un dato relevante ya que muchos relatan experimentar síntomas durante toda la vida. Debido a que el inicio del TAG es gradual, es posible cotejar en el estudio que Rapee publicó en 1985 como personas con TAG no pudieron recordar específicamente el inicio de sus problemas de ansiedad (Rapee, 1985).

Algunos investigadores afirman que es probablemente el trastorno de ansiedad más normal, y resulta arduo definir un punto de corte que distinga cualitativamente la ansiedad normal de la ansiedad patológica (Hoehn-Saric, Hasselt y MacLeod, 1993). Otros como Borkovec aseveran que la diferencia sustancial entre los ansiosos normales y clínicos se relaciona con el tipo de preocupaciones que desarrollan, preocupaciones que conducen a evitar ciertas emociones que los incomodan y así los distraen de esas emociones (Borkovec, 2006). Por eso, en la actualidad se admite que el TAG produce un aumento significativo de los niveles de angustia que interfiere en el plano personal, social y financiero (Koemer, Dugas, Savard, Gaudet, Turcotte y Marchand, 2004).

Entre los trabajos que han explorado este trastorno desde esta perspectiva, podemos citar dos estudios que investigaron el comienzo de la patología en dos muestras diferentes, en uno de ellos, es el de Hoehn-Saric, Hazlett y MacLeod (1993), que contrastaron pacientes con TAG

que tenían síntomas que comenzaron antes de los 20 años con pacientes cuya sintomatología comenzó después de los 20 años. La primera muestra mostró más problemas conyugales en los padres, mayor inhibición en la infancia, mayores puntuaciones en rasgo de ansiedad, mayor sensibilidad interpersonal, depresión, neuroticismo y fobias, en relación con la segunda muestra. Sin embargo, en el otro estudio de Brown, O'Leary y Barlow (1993) no encontraron tales diferencias y fracasaron al replicar estos resultados. Es posible encontrar otros trabajos que también varían en indicar la media de edad de inicio del TAG, en unos casos la ubican a la mitad de la adolescencia y en otros alrededor de los veintiún años (Anderson, Noyes y Crowe, 1984; Barlow y otros, 1986; Rapee, 1985; Rapee, Sanderson y Barlow, 1988; Raskin, Peeke, Dickman y Pinsker, 1982). Rapee ha informado que entre el 10% y el 30% de los sujetos con TAG informan de un inicio del trastorno anterior a los 11 años de edad, estos datos son coincidentes con la idea que el trastorno de ansiedad generalizada tiene un aspecto de ansiedad rasgo, aunque hay que reconocer que el 80% de los sujetos con esta patología no recuerdan el inicio de su trastorno (Rapee, 1985).

Torgersen (1986) encontró que estas personas informan más que en otro trastorno de ansiedad, de la muerte de alguno de sus progenitores antes de los 16 años, pero no se ha descubierto ningún otro factor de corte psicológico que permita observar claramente cómo se inicia la psicopatología.

Brown (1997) afirma que ni la raza, la religión, el nivel de educación y/o el ingreso están asociados con riesgo de TAG, pero sí encontró que aquellas personas mayores de 24 años que han tenido un matrimonio anterior, es decir, que están separados, divorciados o viudos, desempleados, y se ocupan de las tareas de la casa correlacionan significativamente con este trastorno. Las conclusiones de este estudio parecen indicar que la presencia de estresores múltiples puede actuar como desencadenantes de este trastorno, este sería un factor más a verificar.

Respecto a los adultos mayores, los datos existentes indican que el TAG es un problema de salud mental significativo en este grupo de edad, lo sorprendente es que la investigación se ha centrado más en la depresión dejando relegado el estudio de los trastornos de ansiedad. Se sabe que, en adultos jóvenes, el TAG revela alta comorbilidad psicopatológica, problemas conductuales difusos y depresión elevada (Rapee y Barlow, 1991) pero no han sido muy estudiados en adultos mayores, aunque la evidencia inicial sugiere que el TAG puede ser uno de los trastornos más comunes en los ancianos (Beck, Stanley y Zebb, 1996). Estos mismos

autores encontraron en un estudio con adultos mayores que las personas con diagnóstico de TAG diferían de los controles no clínicos en alcanzar mayores niveles de ansiedad, preocupación, depresión y miedos sociales. Por lo tanto, contrariamente a los estereotipos acerca de adultos mayores, los controles informaron bajos niveles de ansiedad, preocupación y depresión, sugiriendo que el envejecimiento normal no necesariamente está acompañado de malestar afectivo (Butt y Beiser, 1987).

Por lo tanto, las medidas psicológicas y sociodemográficas de pacientes jóvenes y ancianos con TAG parecen similares, sugiriendo una continuidad en los rasgos asociados al trastorno, pero se requiere más investigación acerca de si existen o no diferencias en cuanto al contenido de las preocupaciones, la percepción de incontrolabilidad y la sintomatología específica.

Una de las características que distingue a los sujetos TAG es el no estar centrados específicamente en su ansiedad, como es el caso del pánico, sino que responden a un amplio rango de estímulos con aprensión, estímulos que aparentemente no están relacionados. Del estudio sobre el contenido de las preocupaciones de las personas afectadas por TAG se desprende que la amenaza social y física está a la base del padecimiento.

Se ha estudiado la correlación entre TAG y rasgo de ansiedad (Borkovec, Robinson, Pruzinsky y DePree, 1983), pero en menor medida con ansiedad estado. Es complicado determinar cuándo una característica particular como la ansiedad se convierte en trastorno. Se sugiere que la ansiedad generalizada es similar a la ansiedad rasgo o que puede ser considerada una disposición de rasgo, pero no se sabe qué elicitó la angustia y desencadena el padecimiento. No es sencillo precisar el momento exacto en que esta característica de personalidad se convierte en trastorno en la vida de un sujeto. Puede suceder que los cambios sutiles en la vida comiencen a experimentarlos como problemáticos o que se produzcan cambios reales decisivos (estresores) que provoquen que aquellos aspectos que los caracteriza se agraven (Rapee, 1991).

Las personas con alto rasgo de ansiedad reaccionan y se comportan con una regularidad predecible frente a la amenaza percibida, tienen un umbral bajo para reaccionar con ansiedad, es más probable que experimenten ansiedad en un rango de situaciones mínimas de amenaza y experimenten altos niveles de ansiedad en comparación a personas con bajo rasgo de ansiedad. Spielberger y cols. (1970, 1984 y 1985) consideró al rasgo de ansiedad como una disposición latente para responder ansiosamente. Cuando se hace alusión a rasgo de ansiedad se habla de las diferencias individuales entre las personas en la forma de percibir el mundo y responder a él, mientras que el estado de ansiedad es tran-

itorio, ocurre cuando se evocan estímulos amenazantes y usualmente dura solamente un período limitado de tiempo, después desaparece la amenaza (Rachman, 1998).

Un concepto que contribuye al rasgo de ansiedad es la noción de sensibilidad a la ansiedad, dicho concepto ha encontrado un lugar importante en el enfoque cognitivo de la ansiedad (Reiss y Havercamp, 1996; Taylor, 1995) que indica miedo a sensaciones corporales que son interpretadas como consecuencias de daño físico o psicológico potencial y da lugar a una ansiedad significativa (Rachman, 1998). McNally (1995) argumenta que la sensibilidad a la ansiedad es una sensación específica para responder con miedo a las propias sensaciones, mientras que el rasgo de ansiedad es una tendencia más amplia de amenaza potencial. Taylor (1995) concluye que la sensibilidad a la ansiedad es uno de los tres principales factores que contribuyen al rasgo de ansiedad. Estos tres factores son: sensibilidad a la ansiedad, sensibilidad a la enfermedad y miedo a la evaluación negativa, todos contribuyen a un rasgo general de ansiedad.

Diversos autores han sugerido que las personas con alto rasgo de ansiedad o puntuaciones altas en preocupación poseen esquemas de amenaza o peligro almacenados en la memoria a largo plazo (MLP) (Butler y Mathews, 1983, 1987). Estos esquemas filtran las percepciones y guían los juicios basados sobre las experiencias de vida individuales (Kendall e Ingram, 1987). Sugieren que los esquemas de amenaza de los más preocupados difieren de aquellos menos preocupados en la manera como es estructurada la información y en el contenido de la información almacenada en la memoria a largo plazo (Mathews, 1990). Los esquemas de amenaza de los más preocupados podrían estar más elaborados y estructurados, y contener material más amenazante en su contenido. Esencialmente, esto significa que los más preocupados pueden tener más información relacionada con la preocupación y la amenaza en la MLP y que esta información es almacenada en redes fijas. De acuerdo a la teoría de Bower (1981) sobre memoria y ánimo, la información que es almacenada en redes fijas es más accesible. Así, los esquemas fijos de amenaza almacenados son fácilmente recuperados por los más preocupados cuando tienen estados ansiosos (Provencher, Freeston, Dugas y Ladouceur, 2000).

Si bien este concepto no es nuevo, se ha sugerido que el factor más importante en la determinación del número y duración de los episodios de preocupación experimentado por una persona, depende del número y grado de elaboración de sus propias informaciones en la memoria a largo plazo (Eysenck, 1984; Pratt, Tallis y Eysenck, 1997). Así, un mejor entendimiento de las características de almacenamiento de la preocupación y

esquemas de amenaza de los más preocupados puede llevar a un mejor entendimiento de la fenomenología de la preocupación y proveer de ayuda en el desarrollo del tratamiento (Provencher y otros, 2000).

Hay evidencia de algunos estudios que el elevado estado de ansiedad puede ser crítico en la determinación de la presencia de una codificación ventajosa para la información amenazante (Mogg, Mathews y Eysenck, 1992). El elevado estado de ansiedad está implicado en la mediación de los sesgos en el procesamiento selectivo mostrado por los pacientes ansiosos, sin restarle importancia a la contribución que pueda hacer el alto rasgo de ansiedad. De hecho, los datos sugieren que en personas con bajo rasgo de ansiedad, el estado de ansiedad elevado es más probable que elicite evitación atencional automática de la información amenazante (MacLeod, 1996).

Otro aspecto bien establecido, es que las personas con altos niveles de ansiedad frecuentemente muestran déficits en el desempeño de tareas cognitivas. Algunos modelos teóricos (Eysenck, 1992; Eysenck y Calvo, 1992) atribuyen la reducción en el desempeño cognitivo al componente de activación de la ansiedad, fundamentalmente debido al estrechamiento atencional característico de los estados más activados. El mal desempeño en la ansiedad se debe a que las tareas requieren mayor información y debido al estrechamiento atencional es probable que resulte en un fallo en la codificación de señales relevantes para esa tarea. Además, las evidencias acumuladas sugieren que es el componente de la preocupación de la ansiedad elevada, tanto como el componente de activación, los más fuertes predictores de mal desempeño cognitivo (Deffenbacher, 1980; Morris, Davis y Hutching, 1981). A esto se le suma el incremento de pensamientos amenazantes y de naturaleza intrusiva que también se asocian a déficit en el desempeño de tareas intelectuales (Hunsley, 1987). Los TAG poseen muchas reglas, son personas muy lógicas, y constantemente tratan de encontrar la perspectiva negativa a la realidad que observan (Borkovec, 2006).

Podemos concluir que los patrones de déficit en el desempeño de las personas con ansiedad se ve incrementada por la presencia de pensamientos intrusivos relativos a amenaza o peligro, debido que sus sistemas cognitivos procesan preferencialmente información irrelevante para la tarea (MacLeod, 1996). Las diferencias individuales en el procesamiento selectivo pueden jugar un papel funcional en la experiencia emocional y puede representar un sustrato cognitivo del rasgo de ansiedad.

Respecto a los síntomas fisiológicos del TAG, se observa que estos sujetos experimentan un número de sensaciones somáticas como parte de su

trastorno (Rapee, 1991; Breslau y Davis, 1985), los más importantes son la tensión motora, la hipervigilancia y la hiperactividad autonómica (Echeburúa, 1993), aunque éstas no parecen ser definitorias del trastorno. Se advierte que los síntomas informados por las personas TAG son básicamente los mismos que aparecen en las medidas generales de ansiedad (Hamilton, 1959). Esto se constata en estudios experimentales donde estas personas tendieron a tener electro-mioencefalogramas frontales (EMGS) y tasas cardíacas inferiores a los sujetos con trastorno de pánico (Barlow, Hayes y Nelson, 1984).

La aparición de unos u otros síntomas parece estar relacionado a factores como: a) pautas de respuesta familiar: fruto de la herencia o de las semejanzas en el tipo de vida; b) de perfil reactivo psicossomático individual: tiende a ser constante y varía de acuerdo al organismo de cada persona, guarda relación con resolución de experiencias emocionales en los primeros años de vida; y c) del tipo de emociones implicadas: cómo se manifiestan en el organismo los distintos conflictos afectivos (Rojas, 1989, citado en Echeburúa, 1993).

Diversos trabajos informan que no encuentran diferencias significativas entre las personas con TAG y los controles normales en cuanto a tasa cardíaca, conductancia de la piel y respiración en estado relajado (Hoehn-Saric, McLeod y Zimmerli, 1989), pero sí observaron altos niveles de tensión muscular, aunque distintos estudios que emplearon otras medidas no pudieron constatar estos mismos resultados (Barlow y otros, 1984; Rapee, Craske y Barlow, 1989).

Podría afirmarse que los individuos que padecen TAG son proclives a mostrar mayor activación fisiológica que los controles no ansiosos, pero no muestran diferencias respecto a las personas normales con alta ansiedad rasgo (Rapee, 1991)

La persona que padece TAG responde a señales internas cognitivas y/o somáticas, y a señales externas de amenaza muy sutiles y de amplio rango de contenidos (Borkovec y Costello, 1993). Además de la naturaleza de la respuesta de amenaza, el TAG se caracteriza por la percepción de la falta de control sobre los eventos amenazadores (Barlow, 1988). Muchos estudios han demostrado que los eventos incontrolables son más aver-sivos que aquellos sobre los que el individuo tiene control (Miller, 1979; Mineka y Kihlstrom, 1978).

El individuo con TAG se caracteriza también por presentar reacciones de activación autónoma mucho más modestas que en el resto de pacientes con ansiedad y que en ellos predominan los síntomas somáticos relacionados con estados mantenidos de tensión y vigilancia (Borkovec, Shadick y Hopkins, 1991; Rapee, 1991).

Hay informes que sugieren una asociación entre eventos negativos inesperados y significativos y el comienzo del TAG. En los datos del Epidemiological Catchmen Area Program ECA (Regier, Narrow y Rae Regier, 1990), notaron que uno o más eventos negativos inesperados incrementaban el riesgo de desarrollar TAG en los años siguientes, tanto en mujeres como en hombres. Encontraron también que los hombres con TAG reportaron entre 4 o más eventos vitales negativos y aquellos que no informaron TAG habían experimentado entre 0 y 3 eventos negativos, pero tales asociaciones no fueron encontradas para el grupo de mujeres. Una investigación encontró que el TAG interfiere sustancialmente en la vida de los pacientes, y que las personas que padecen TAG informan de mayor búsqueda de ayuda profesional y mayor uso de medicación (Wittchen, Zhao, Kessler y Eaton, 1994).

Ben-Noum se interesó en el estudio del ambiente familiar y su influencia en el desarrollo del TAG, específicamente su objetivo era investigar la relación de TAG con disfunción familiar, porque si bien el TAG ocurre en familias que funcionan bien, es más prevalente en familias que funcionan mal. Encontró que el TAG se asocia con pobre relación de pareja, violencia física y verbal. Sugirió que los conflictos familiares afectan en mayor medida a las mujeres que a los hombres en términos de desarrollo de TAG, pero que no había diferencias significativas en edad de la pareja, nivel educativo, número de hijos, empleo o país de origen. Finalmente, concluyó que existe relación entre familia disfuncional y desarrollo de TAG en sus miembros (Ben-Noum, 1998).

Poco se conoce acerca de los factores psicológicos implicados en el inicio del TAG, a pesar de ello, se dispone de algunos datos. En cuanto a los factores cognitivos que favorecen su mantenimiento, se señala prioritariamente a las preocupaciones como las máximas responsables, que se caracterizan por ser excesivas y no realistas. Borkovec y otros (1983), informan también de la incapacidad que poseen estas personas para desconectarse y controlar sus preocupaciones. Esto puede explicarse porque entre las funciones que cumplen, está la de comportarse como estrategias de resolución de problemas.

De hecho, se ha evidenciado en el trabajo clínico que algunos sujetos con TAG inician y mantienen intencionalmente la preocupación con el supuesto de que así pueden evitar la amenaza. La preocupación patológica está asociada con la percepción de que el mundo es amenazante y que no es posible afrontarlo o controlar esos eventos negativos futuros (Borkovec y Costello, 1993).

Varios estudios han documentado que la preocupación se caracteriza por un predominio de la actividad del pensamiento y por bajos niveles

de imágenes (Borkovec y Inz, 1990). Aunque la preocupación puede proporcionar alivio a corto plazo por medio de la anulación de imágenes amenazantes, las consecuencias a largo plazo incluyen la inhibición del proceso emocional y el mantenimiento de las cogniciones ansiógenas (Mathews, 1990).

Las evidencias indican que la preocupación está asociada con un aumento en la activación cortical frontal y que esta activación es mayor en el hemisferio izquierdo para los más preocupados.

Lo que puede constituir para algunos autores la sintomatología primaria es la expectativa de aprensión o preocupación no controlable, a lo que Dugas agrega, (por lo cual se diferencia de Borkovec y de Barlow) la relevancia de la intolerancia hacia la incertidumbre, que activa a la persona con TAG frente a cualquier situación por un mínimo de ambigüedad que presente (Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston, 1998).

La idea que las personas varían en el grado en que son vulnerables ante la ansiedad experimentada, gana apoyo desde las evidencias experimentales y clínicas en relación con la detección de la amenaza. Los determinantes biológicos y experimentales están presentados en las teorías de Eysenck (1957), en las teorías de Beck, Greenberg y Emery (1985) y de Clark y Beck (1988). Existen evidencias crecientes que esta vulnerabilidad es en mayor medida cognitiva en su naturaleza (Eysenck, 1992; Clark, 1999; Clark y Beck, 1988). Las personas detectan la amenaza por sus experiencias pasadas y sus creencias presentes, se preparan antes de la situación potencialmente amenazante, por la memoria de infortunios pasados y combinan sus creencias acerca de sucesos de peligro (Rachman, 1998).

Las personas que tienen esta vulnerabilidad temperamental obtienen mayores puntuaciones sobre las medidas de introversión y neuroticismo. La vulnerabilidad cognitiva incluye diferencias en la vigilancia, en los procesos perceptuales, en las variaciones de los procesos atencionales y en los sesgos de juicio, entre otras variables (Rachman, 1998).

Recientes investigaciones han estudiado las diferencias individuales en el procesamiento selectivo de la información emocional y han producido fuerte apoyo para la hipótesis de vulnerabilidad para la ansiedad asociada con el procesamiento selectivo (Mathews y MacLeod, 1985, MacLeod, 1996). Este procesamiento no sólo puede explicar la preponderancia de los pensamientos intrusivos relacionados con la amenaza, sino que representa un sustrato cognitivo para la vulnerabilidad en la ansiedad, sirviendo para mediar las respuestas emocionales frente a eventos estresantes (MacLeod, 1996).

En conclusión, los datos convergen en indicar que los pacientes ansiosos muestran una exagerada tendencia a codificar selectivamente información amenazante. Parece posible que este sesgo puede contribuir al desarrollo y mantenimiento de los pensamientos amenazantes intrusivos comúnmente informados por las personas con ansiedad (MacLeod, 1996).

Tal como lo indica el DSM-IV-TR todos los autores mencionados convergen en que lo sustancial del TAG es la preocupación excesiva e incontrolable, preocupaciones que no siempre son irracionales, donde lo patológico está dado por el indicador temporal (el futuro), en donde concentran toda su atención para evitar potenciales hechos aversivos, y por lo cual, no atienden el presente. También se caracterizan por las creencias acerca de la preocupación que funciona como estilo de afrontamiento hacia las propias preocupaciones, metacogniciones estudiadas en profundidad por Wells y Carter, 1999; Spada, Mohiyeddini y Wells, 2008.

Ya no se discute el grado de deterioro que puede significar para una persona padecer un trastorno de ansiedad, muchos trabajos publicados refuerzan las conclusiones de los resultados del Epidemiological Catchmen Area ECA sobre la deficiente calidad de vida que caracteriza a las personas con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y hacen hincapié en la incapacidad que la ansiedad crónica no tratada produce (Wittchen, Carter, Pfister, Montgomery y Kessler, 2000).

La investigación de las dos últimas décadas nos ha aportado suficiente conocimiento para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, la labor pendiente es consolidar un modelo de tratamiento que permita modificar este padecimiento. Existen en la actualidad importantes grupos de trabajo que contribuyen desde la investigación clínica a este objetivo, como el equipo de Borkovec en Pensilvania, el de Wells en Manchester y Dugas en la Universidad de Concordia, entre otros, que sostienen y desarrollan tratamientos basados en la experiencia. El reto de la psicología es lograr un modelo de tratamiento que resulte efectivo y eficaz (González, Peñate, Benthecour y Rovella, 2004)♦

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª Ed TR.)*. Washington, DC: APA.

Anderson, D., Noyes, R. y Crowe, R. (1984). A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 141, 572- 575.

Barlow, D., Blanchard, E., Vermilyea, J., Vermilyea, B. y Di Nardo, P. (1986). Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: Description and reconceptuization. *American Journal of Psychiatry*, 143, 40-44.

Barlow, D. (1988). *Anxiety and its disorders*. Nueva York: Guilford Press.

Barlow, D. y Di Nardo, P. (1991). The diagnosis of generalized anxiety disorder: development, current status, and future directions. En R. Rapee y D. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety*. Nueva York: The Guilford Press.

Barlow, D., Hayes, S. y Nelson, R. (1984). *The scientist practitioner: research and accountability in clinical and educational setting*. New York: Pergamon Press.

Beck, A., Greenberg, R. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.

Beck, G., Stanley, M. y Zebb, B. (1996). Characteristic of generalized anxiety disorder in older adults: a descriptive study. *Behaviour Research and Therapy*, 3, 225- 234.

Ben-Noum, L. (1998). Generalized anxiety disorder in dysfunctional families. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29, 115- 122.

Borkovec, T. (2006). Comunicación personal presentada en Workshop "avances en el tratamiento de ansiedad generalizada". Buenos Aires, octubre de 2006.

Borkovec, T. y Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavior therapy in treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.

Borkovec, T. y Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behavior Research and Therapy*, 28, 153- 158.

Borkovec, T., Robinson, E., Pruzinsky, T. y De Pree, J. (1983). Preliminary explorations of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9- 16.

Borkovec, T., Sahdick, R. y Hopkins, M. (1991). The nature of normal and

- pathological worry. En R. Rapee y D. Barlow (Eds.), *Chronic Anxiety and Generalized Disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Bower, G. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129- 148.
- Breslau, N. y Davis, G. (1985). DSM-III generalized disorder: an empirical investigation of more stringent criteria. *Psychiatric Research*, 14, 231- 238.
- Brown, T. (1997). The nature of generalized anxiety disorder and pathological worry: current evidence and conceptual models. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 817- 825.
- Brown, T., O'Leary, T. y Barlow, D. (1993). Generalized anxiety disorder. En D. Barlow (Eds.), *Clinical Handbook of psychological disorders* (pp. 137-189). Nueva York: Guilford Press.
- Butt, D. S. y Beiser, M. (1987). Successful aging: a theme for international psychology. *Psychology and Aging*, 2, 87- 94.
- Butler, G. y Mathews, A. (1987). Anticipatory anxiety and risk perception. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 551-56.
- Butler, G. y Mathews, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 51-62.
- Clark, D. (1999). Anxiety disorders: why they persist and how to treat them. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S5- S27.
- Clark, D. y Beck, A. T. (1988). Cognitive approach. En C. Last y M. Hersen (Eds.), *Handbook of anxiety disorders* (pp 362-285). Oxford: Pergamon Press.
- Deffenbacher, J. L. (1980). Worry and emotionally in test anxiety. En I. G. Sarason (Ed.), *Test anxiety, theory, research and applications* (pp. 131-159). Hillsdale, N.J: LEA.
- Dugas, M., Gagnon, F., Ladouceur, R. y Freeston, M. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215-226.
- Echeburúa, E. (1993). *Ansiedad crónica. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Eudema.
- Eysenck, H. (1957). *The dynamics of anxiety and hysteria*. Londres: Routledge y Kegan Paul.
- Eysenck, M. (1984). Anxiety and the worry process. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 22, 545- 548.
- Eysenck, M. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Hove: LEA.
- Eysenck, M. y Calvo, M. (1992). Anxiety and Performance: the processing

efficiency theory. *Cognition and Emotion*, 6, 409- 439.

Fernandez Abascal, E. (1997). *Psicología General: motivación y emoción*. Madrid, Editorial Centro de Estudios Ramón Areces.

Gonzalez, M., Peñate, W., Bethencour, J. y Rovella, A. (2004). La predicción del trastorno de ansiedad generalizada en función de las variables de proceso. *Revista Psicología y Salud*, 14, 179-188.

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50- 55.

Hoehn-Saric, R., Hasselt, R. L. y Macleod, D. (1993). Generalized anxiety disorder with early and late onset of anxiety. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 291- 298.

Hoehn-Saric, R. y Masek, B. (1981). Effects of naloxone in normals and chronically anxious patients. *Biological Psychiatric*, 16, 1041- 1050.

Hoehn-Saric, R., Mcleod, D. y Zimmerli, W. (1989). Somatic manifestation in women with generalized anxiety disorder: psychophysiological responses to psychological stress. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1113-1119.

Hunsley, J. (1987). Cognitive processes in mathematics anxiety and test anxiety: the role of appraisals, internal dialogue, and attributions. *Journal of Educational Psychology*, 79, 388-392.

Kendall, P. e Ingram, R. (1987). The future for cognitive assement of anxiety: Let's get specific. En L. Michaelson y L. Ascher (Eds.), *Anxiety and stress disorders: Cognitive behavioural assement and treatment*. Nueva York: Guilford.

Koemer, N., Dugas, M., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J. y Marchand, A. (2004). The ecomic burden of anxiety disorder in Canada. *Canadian Psychology*, 45, 191-201.

McNally, R. (1995). Automaticity and the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 747-754.

Macleod, C. (1996). Anxiety and cognitive processes. En I. Sarason, G. Pierce y B. Sarason, (Eds.), *Cognitive interference: theories, methods and findings*. Nueva York: LEA.

Mathews, A. (1990). Why worry?. The cognitive function of anxiety. *Behavioural Research and Therapy*, 28, 455-468.

Mathews, A. y Mcleod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 563-569.

Miller, S. (1979). Controllability and d human stress: method, evidence and theory. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 287-304.

- Mineka, R. y Kihlstrom, J. (1978). Unpredictable and uncontrollable aversive events. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 256- 271.
- Mogg, A., Matthews, A. y Eysenck, M. (1992). Attentional bias to threat in clinical anxiety states. *Cognition & Emotion*, 6, 149-159.
- Morris, L. W., Davis, M. A. y Hutchings, C. (1981). Cognitive and emotional components of anxiety: literature review and a revised worry-emotionally scale. *Journal of Educational Psychology*, 73, 541-555.
- Newman, M. y Anderson, N. (2007). Una revisión de la investigación básica y aplicada sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 1, 7-37.
- Pratt, P., Tallis, F. y Eysenck, M. (1997). Information-processing, storage characteristic and worry. *Behavior Research and Therapy*, 35, 1015- 1023.
- Provencher, M., Freeston, M., Dugas, M. y Ladouceur, R. (2000). Catastrophizing assessment of worry and threat schemata among worriers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 211- 224.
- Rachman, S. (1998). Influences on anxiety. En S. Rachman. *Anxiety*. Hove: Psychology Press.
- Rapee, R. (1985). Distinctions between panic disorder and generalized anxiety disorder: clinical presentation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 19, 227-232.
- Rapee, R. (1991). Psychological factors involved in generalized anxiety. En R. Rapee y D. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety* (pp. 76- 94). Nueva York: The Guilford Press.
- Rapee, R. y Barlow, D. (1991). *Chronic anxiety*. Nueva York: The Guilford Press.
- Rapee, R., Craske, M. y Barlow, D. (1989). A questionnaire to assess perceived control over emotions. Comunicación presentada en 23rd Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Rapee, R., Sanderson, W. y Barlow, D. (1988). Social phobia features across the DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 10, 287- 299.
- Raskin, M., Peeke, H., Dickman, W., y Pinsker, H. (1982). Panic and generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 39, 687-689.
- Regier, D., Narrow, W. y Rae, D. (1990). The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 2-14.
- Reiss, S. y Havercamp, S. (1996). The sensitivity of motivation: implications

for psychopathology. *Behavior Research and Therapy*, 34, 621-632.

Sandin, B. y Chorot, P. (1995). Síndromes clínicos de la ansiedad. En B. Sandín y A. Belloch (Eds.), *Manual de psicopatología* (pp. 81- 111). Madrid: McGraw-Hill.

Seidah, A., Dugas, M. y Leblanc, R. (2007). El tratamiento cognitivo comportamental del TAG: modelo conceptual y casos clínicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica XVI*, pp. 39-48.

Spada, M., Mohiyeddini, C. y Wells, A. (2008). Measuring metacognitions associated with emotional distress: factor structure and predictive validity of metacognitions questionnaire 30. *Personality and Individual Differences*, 30 (en prensa).

Spilberger, C. (1985). Anxiety, cognition, and affect: A state- trait perspective. En A. H. Tuma y J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale: N.J, Erlbaum.

Spilberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA ediciones.

Spielberger, C., Pollans, C. y Worden, T. (1984). Anxiety disorders. En S. Turner y M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 263-303). Nueva York: Wiley.

Taylor, S. (1995). Anxiety sensitivity theoretical perspectives and recent findings. *Behavior Research and Therapy*, 33, 248-258.

Torgersen, S. (1986). Childhood and family characteristic in panic and generalized anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143, 630- 632.

Wells, A. y Carter, K. (1999). Preliminary test of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research Therapy*, 37, 585-594.

Wittchen, H., Carter, R., Pfister, H., Montgomery, S. y Kessler, R. C. (2000). Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology*, 15, 319-328.

Wittchen, H., Zhao, S., Kessler, R. y Eaton, W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the Nationale Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 355- 364.

Zinbarg, R. y Barlow, D. (1991). Mixed anxiety-depression: a new diagnostic category?. En R. Rapee y D. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety* (pp. 119-136). Nueva York: The Guilford Press.