

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL CON UN COMPONENTE DE EXPOSICIÓN COGNITIVA GRADUADA EN TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Marly Johana Bahamón Muñetón

Universidad de Boyacá / Colombia

Referencia Recomendada: Bahamón-Muñetón, M. J. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual con un componente de exposición cognitiva graduada en trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (2), 256 - 268.

Resumen: Este trabajo realiza una revisión sobre el estado actual de los procesos de intervención cognitivo-conductual (TCC) para el tratamiento de la ansiedad generalizada (TAG) y para ilustrar la temática se expone el estudio de caso de una mujer de 30 años de edad con diagnóstico de TAG (según criterios diagnóstico DSMIV-TR) que fue tratado con TCC enfocado en el uso de la exposición cognitiva (Barlow, D. Rapee, R. Brown, T.A. 1992; Bados, 2005) de forma graduada, la reestructuración cognitiva mediante la terapia racional emotiva propuesta por Albert Ellis y la relajación muscular de Jacobson. Se utilizó como instrumento para la medición de los niveles de ansiedad el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) cuyo resultado inicial arrojó un puntaje de 34 puntos (ansiedad alta) y tras la aplicación de ocho sesiones de TCC el resultado fue de 8 puntos (ansiedad leve). En la fase de seguimiento los resultados se mantienen según autorreporte de la paciente. La novedad del caso presentado radica en que el tratamiento hizo énfasis en la exposición cognitiva graduada, utilizando las preocupaciones de la paciente como ítems jerarquizados a los cuales se expuso imaginariamente de manera sistemática. El tratamiento realizado demuestra ser útil y eficaz en este caso. **Palabras Clave:** Trastorno de Ansiedad Generalizada, Exposición Cognitiva, Tratamiento Cognitivo Conductual.

Abstract: In this paper we review the current status of the processes of cognitive-behavioral therapy (CBT) for the treatment of generalized anxiety disorder (GAD) and to illustrate the themes discussed the case study of a 30-year-old diagnosed with GAD (according to DSM-IV-TR diagnostic criteria) was treated with CBT focuses on using cognitive exposure (Barlow, D. Rapee, R. Brown, TA 1992, Bados, 2005) in a graduated, cognitive restructuring by rational emotive therapy proposed by Albert Ellis and Jacobson's muscle relaxation. The instrument used for measuring anxiety levels the Beck Anxiety Inventory (BAI), whose initial results showed a score of 34 points (high anxiety) and after the implementation of eight sessions of CBT, the result was 8 points (mild anxiety). In the monitoring phase the results are maintained by the patient self-report. The novelty of the case presented is that emphasized treating cognitive graduated exposure, using the patient's concerns nested items to which imaginatively presented systematically. The treatment carried out proves to be useful and effective in this case. **Key Words:** Generalized Anxiety Disorder, Cognitive Exposure, Cognitive Behavioral Treatment.

Recibido: 30/11/2011 Aprobado: 14/05/2012

Marly Johana Bahamón Muñetón. Psicóloga, Magister en Educación y de Desarrollo Humano, Tutora Universidad Nacional Abierta y a Distancia y Docente de la Universidad de Boyacá. Correo electrónico: marlyjohanab@gmail.com

Introducción

Los trastornos de ansiedad generalizada (TAG) son considerados como uno de los problemas psicológicos que afectan a diferentes áreas de la vida en una persona, considerándose como un peligro para la salud mental de quién lo padece puesto que representa múltiples costes personales, sociales y financieros (Veáse en Maier et al., 2000; Greenberg et al., 1999; Koerner et al., 2004). En Colombia los trastornos de ansiedad tienen mayor prevalencia que otros trastornos mentales, así el 19.3% de la población entre los 18 y 65 años edad reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad (Posada., Buitrago., Medina. & Rodríguez, M. 2006).

Dentro de estos trastornos se identifican la crisis de pánico, las fobias específicas, la fobia social, el trastorno obsesivo compulsivo, la agorafobia, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de ansiedad generalizada (American Psychiatric Association (2000). Todos ellos con posibilidad de alterar la vida de una persona y derivar en dificultades sobre algún área funcional del sujeto, no obstante, uno de los trastornos con mayor capacidad para reducir el funcionamiento de las personas es el TAG; el cual se presenta con un cuadro cognitivo, fisiológico y comportamental que se genera como respuesta desproporcionada ante estímulos internos o ambientales que representen una amenaza.

De acuerdo con Benedito. & Botella (1992), el trastorno "*se caracteriza por una ansiedad y preocupación inmotivadas y excesivas respecto a dos o mas circunstancias de la vida*". Sus manifestaciones no son específicas de la fobia y se diferencia de ésta puesto que sus síntomas no se relacionan con un solo estímulo, sino que se extienden hacia una amplia gamma de cosas; sobre el tema Borkovec (citado por Rovella, 2008), expone que la mayoría de la personas pueden sentir preocupación e incluso algunos niveles de ansiedad, sin embargo, los sujetos con tendencia a la ansiedad se diferencian de los ansiosos clínicos en el tipo de preocupaciones que se desarrollan y la presencia de respuestas evitativas.

Al respecto, son múltiples los modelos que procuran explicar la aparición y el mantenimiento del TAG, sin embargo, este trabajo se enfocará sólo en los que se derivan de las teorías cognitivo-comportamentales (TCC). Ello teniendo en cuenta el estudio realizado por Capafons (2001), quién revisó diferentes investigaciones sobre los tratamientos psicológicos disponibles para la ansiedad generalizada, a partir del cual, estableció que las terapias que ofrecen mayor efectividad y mantenimiento de los resultados a mediano plazo son las TCC, aunque vale la pena referenciar algunos autores van en contravía de esto considerando que no existe diferencia entre los resultados de TCC y terapias psicodinámicas breves (Leichsenring., Salzer., Jaeger., Kächele., Kreische. & Leweke, 2009).

En las TCC uno de los modelos explicativos actuales, es el propuesto por Dugas, M. J., & Koerner, N. (2005), el cual establece que el TAG incluye presencia de: intolerancia a la incertidumbre, creencias sobre la preocupación, la orientación del problema y la evitación cognitiva. Con relación a los componentes del TAG, la *Intolerancia a la incertidumbre* puede ser definida como la tendencia a reaccionar frente a las situaciones inciertas y a los eventos de manera negativa hallando incertidumbre estresante, por lo cual las personas con TAG consideran que debe ser evitada (Buhr & Dugas, 2002). En cuanto a las *creencias seguras sobre la preocupación*, las personas con TAG creen que preocuparse es una forma de solucionar los problemas, así, preocuparse según ellos ayuda minimizar los futuros resultados en contra.

Además de lo anterior, se ha encontrado que las personas que sufren este trastorno presentan un marcado *déficit para solucionar problemas* puesto que tienen una tendencia negativa hacia éstos (Dugas, & Conway, 2003). Finalmente, la *evitación cognitiva* completa el modelo explicativo, definiendo que las personas TAG experimentan miedos que ha menudo son intangibles, cuestión que se traduce en un proceso de detección y evitación mas activa.

En una línea similar Borkovec, manifiesta que la ansiedad involucra un proceso de subsistemas que interactúan entre si: el cognitivo, fisiológico, afectivo y conductual. (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Newman, 1999). Los autores exponen que el hecho de que existan un conjunto de subsistemas implica que al intervenir sobre uno de ellos es posible reducir otros. Así, por ejemplo, al reducir las preocupaciones (cognitivo) es posible disminuir la tensión muscular. Esto podría derivarse en la no necesidad de realizar relajaciones progresivas para la disminución de los síntomas.

La mayoría de los trabajos sobre evitación de las preocupaciones ha sido llevada a cabo por Borkovec y colegas. Ellos han mostrado que esas preocupaciones son principalmente producidas por actividad cognitiva verbal-lingüística, que puede suprimir la imaginación mental relacionada con el miedo (Borkovec & Inz, 1990).

A partir de los estudios sobre el tema los autores han propuesto programas de intervención dentro de los cuales se destacan los expuestos por Dugas & Koerner y Barlow & Vitade, (2005). Los primeros proponen un tratamiento basado en el control la incertidumbre, entrenamiento para el conocimiento y manejo de la preocupación, la re-evaluación sobre la utilidad de la preocupación, el entrenamiento de solución de problemas, la exposición cognitiva y la prevención de recaída. En tanto, los segundos manifiestan que las terapias mas efectivas para reducir el TAG son las que combinan TCC con relajación y cuyo objetivo es colocar la "preocupación" bajo control del paciente proponiendo un procedimiento que aborde cada uno de los componentes de la ansiedad; los fisiológico, lo cognitivo y lo comportamental, y que a su vez integra estrategias de exposición, relajación y cognitivas (Benedito & Botella, 1992).

En el siguiente trabajo se expone un caso cuyo tratamiento consistió en la aplicación de una TCC que se deriva del modelo explicativo propuesto por Dugas & Koerner incluyendo la triada que compone la ansiedad como lo explican Barlow & Vitade (En Bados, 2005).

Descripción Del Caso

Mujer de 30 años de edad perteneciente a clase media y con un nivel de escolaridad pregrado, quién asiste a consulta por que constantemente experimenta ansiedad. La paciente refiere sentir miedo incapacitante frente a una amplia gamma de situaciones, entre ellas refiere: trabajar, pasar por un puente peatonal, relacionarse con nuevas personas, pedir un favor, solicitar información, hablar en público, entre otras.

Presenta síntomas como irritabilidad, preocupación constante por el futuro, dificultad para entablar nuevas relaciones de amistad, presencia de miedo a que otras personas no la acepten. Además de lo anterior, manifiesta que sufre gran dificultad para conciliar y mantener el sueño durante la noche, sudoración frecuente en las manos sin motivo aparente y tensión muscular que se traduce en dolor en la mandíbula y en los músculos de espalda y cuello.

Las dificultades expresadas por la paciente se han presentado desde la adolescencia, no obstante, los síntomas se agudizaron hace algunos meses cuando egresó de la universidad, teniendo que afrontar una condición de exigencia mayor por parte de sus familiares para que trabajara y fuese más autónoma.

Mediante entrevista clínica se estableció que los síntomas ansiosos se manifestaron inicialmente cuando la paciente tenía trece años de edad, época en la cual tuvo que afrontar la muerte de su padre y la enfermedad de su madre, a quién le diagnosticaron "Corea de Huntington" (enfermedad neurológica degenerativa que tiene una alta probabilidad de ser heredada por los hijos, en promedio 50%), a raíz de dicha situación ella misma solicitó atención psicológica, por lo que recibió psicoterapia psicoanalítica durante varios años de manera intermitente.

Su historia familiar estuvo demarcada por las implicaciones de la enfermedad que padecía su madre y otros familiares (tías maternas), el alcoholismo que padecía su padre mientras éste vivió y posteriormente su muerte; debido a esta situación una de sus tías maternas se convirtió en su cuidadora, quién estableció patrones de crianza caracterizados por la sobreprotección pues constantemente expresó su preocupación de que la paciente también desarrollara la enfermedad. Esta situación se evidenciaba claramente en la afirmación "los hijos de enfermos no pueden tener familia", frase que constantemente se le expresó a la paciente.

En cuanto a su historia personal, durante su infancia tuvo una relación cercana con su padre (a pesar de su alcoholismo y la violencia conyugal entre sus padres). En la adolescencia debió afrontar su inserción en otro núcleo familiar (tía materna), fue internada en una unidad psiquiátrica durante cinco días por depresión e ideación suicida y en la actualidad su adultez se ha caracterizado por serías dificultades para asumir de manera autónoma su vida, conseguir trabajo y el establecer relaciones de pareja, pues generalmente éstas son conflictivas e inestables.

La paciente se describe a si misma como "temerosa" en el área social, manifiesta que le produce miedo exponerse a situaciones sociales como: pedir un servicio, solicitar información o intervenir en un espacio donde haya público. Asociado a los síntomas consume excesivamente cigarrillo cuando se encuentra en situaciones sociales para reducir la ansiedad.

Al realizar la exploración de sus esferas mentales se identificaron las siguientes características: hipervigilancia, significativa actividad motora, taquialia, estado de ánimo ansioso, presencia de pensamientos intrusivos y constantes preocupaciones (rumiación), atención disminuida y poca concentración; a pesar de lo anterior, la paciente reconocimiento que sus respuestas son excesivas frente a las amenazas que identifica.

Criterios de Diagnóstico según el DSMIV-TR

El trastorno de ansiedad generalizado se caracteriza por los siguientes síntomas:

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses):
 - 1. Inquietud o impaciencia
 - 2. Fácil fatigabilidad
 - 3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - 4. Irritabilidad
 - 5. Tensión muscular
 - 6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

A partir de los datos recolectados mediante entrevista se identifica la presencia de todos los síntomas establecidos por el DSMIV-TR para un Trastorno de Ansiedad Generalizada. Siendo las características que más se presentan: preocupación excesiva por una amplia gamma de cosas y situaciones, estado constante de preocupación, inquietud motora, irritabilidad, tensión muscular, insomnio, temblor en las manos, taquicardia, sudoración excesiva.

Instrumentos

Como estrategia de evaluación y seguimiento al proceso se utilizaron: la entrevista clínica de acuerdo con los criterios del DSMIV-TR, los auto-registros, las medidas subjetivas de malestar, el inventario de depresión de Beck (BDI) y el inventario de ansiedad de Beck (BAI).

Objetivos del Proceso Terapéutico

- Reducir los niveles de ansiedad
- Controlar los pensamientos rumiativos negativos
- Reducir y controlar las preocupaciones
- Eliminar las conductas evitativas
- Disminuir la activación fisiológica.

Plan de Tratamiento

De acuerdo con la propuesta de Barlow & Cerny (1988), el tratamiento abordó los tres componentes de la ansiedad: lo fisiológico, lo cognitivo y lo comportamental. Así lo fisiológico se trabajó con relajación progresiva, en tanto, lo comportamental se intervino mediante la aplicación de exposición en vivo y la técnica de resolución de problemas.

Finalmente, lo cognitivo abarcó la corrección de pensamientos disfuncionales y distorsiones cognitivas mediante re-estructuración cognitiva; para ello también se identificó el foco de los pensamientos generadores de ansiedad: las preocupaciones (Véase Borkovec & Hu, 1990). Al respecto las posturas teóricas, dan cuenta de una interacción entre los diferentes componentes, lo cual implica que si se interviene uno, esto tendrá implicaciones en los otros.

No obstante, para este caso se decidió trabajar sobre los tres componentes agregando la exposición cognitiva de forma graduada como mecanismo para dar mayor control sobre las preocupaciones a la paciente.

Tabla No. 1. Estructura del tratamiento

SESIÓN	COMPONENTE FISIOLÓGICO	COMPONENTE COGNITIVO	COMPONENTE COMPORAMENTAL
1		Entrevista inicial, explicación sobre las generalidades del proceso terapéutico. Biblioterapia.	Explicación diario auto registro
2	Enseñanza y aplicación de relajación progresiva de Jacobson (16 grupos musculares)	Enseñanza del esquema A-B-C, aplicación de debate didáctico sobre creencias catastrofistas	Realización de auto-registros sobre las situaciones en las cuales se activan los síntomas ansiosos.
3	Relajación progresiva de Jacobson (16 grupos musculares)	Debate y corrección de ideas y preocupaciones a partir de la identificación de distorsiones cognitivas y su análisis personal	Tarea de exposición situaciones sociales
4	Relajación progresiva de Jacobson (16 grupos musculares)	Debate y corrección de ideas y preocupaciones a partir de la identificación de distorsiones cognitivas y su análisis personal	Enseñanza técnica de resolución de problemas
5	Relajación progresiva de Jacobson (16 grupos musculares)	Realización de auto-debate y uso de frases de afrontamiento	Aplicación técnica quedarse allí (exposición)
6		Exposición graduada	Realizar y enviar hojas de vida a diferente bolsas de empleo y empresas
7	Relajación condicionada	Exposición graduada	cognitiva
8	Relajación condicionada	Exposición graduada Prevención de recaídas	cognitiva Prevención de recaídas

(Fuente: propia)

Procedimiento de Exposición Cognitiva Graduada

La exposición cognitiva consistió en la identificación de tres áreas de preocupación de la paciente, las cuáles debían contener todas las preocupaciones posibles referidas por la paciente, una vez identificadas las áreas se evaluó la capacidad de imaginación con una escena neutra; después se expuso a cada una de las áreas a través de escenas específicas (por jerarquías de 1 a 3) durante 25 minutos evaluando cada cinco minutos la unidad subjetiva de malestar (USM) de 1 a 100, finalmente después de la exposición en imaginación se le pidió a la paciente que generara la mayor cantidad de alternativas posibles ante las consecuencias temidas (Veáse Bados, 2005).

A continuación se exponen con mayor detalle los pasos:

1. Se le proporcionó a la paciente una justificación razonada sobre el uso de la técnica y se le explicó el procedimiento que se aplicaría de manera detallada
2. La paciente realizó un listado de preocupaciones y en compañía de la terapeuta se concentraron las preocupaciones en tres áreas jerarquizándolas según el grado de ansiedad y USM. Identificando las siguientes: preocupaciones referidas a desarrollar la enfermedad de su madre (USM=3), al fracaso profesional (USM=2), al fracaso en su interacción social (USM=1).
3. Se comprobó que la paciente no presentara dificultades para imaginar escenas de forma clara y vívida.
4. Cada vez que se logró reducir la ansiedad a USM mínimas, se continuó con las siguientes áreas en la jerarquía.

Resultados y Discusión

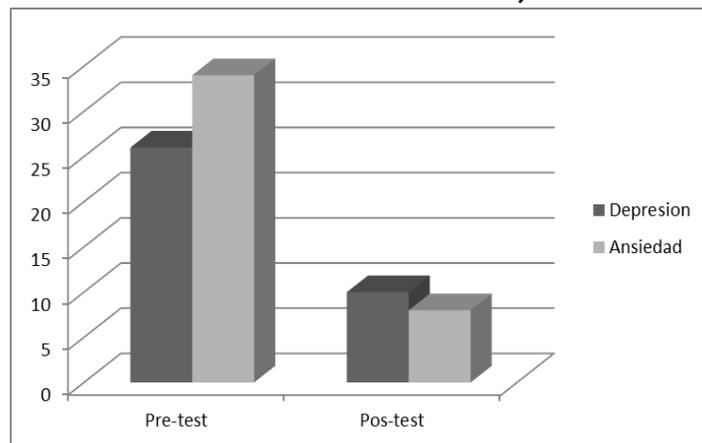
El tratamiento para este caso se realizó durante dos meses con una sesión semanal teniendo en cuenta los principios terapéuticos propuestos por Barlow, por lo cual las estrategias terapéuticas se concentraron en tres componentes de la ansiedad (fisiológico, cognitivo y comportamental). A pesar de que Barlow propone una estructura de tratamiento compuesta por 16 sesiones, esto se redujo en el caso puesto que además de los componentes mencionados se procuró potencializar el tratamiento trabajando sobre las preocupaciones específicas de la paciente mediante la exposición cognitiva graduada y la reestructuración cognitiva.

Al iniciar el procedimiento se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (pretest) el cual puntuó 34, cuestión que indicaba la presencia de un alto nivel de ansiedad; estos resultados

disminuyeron significativamente en la octava semana pues al aplicarse puntuó 8 (postest), lo cual indicaba un nivel de ansiedad muy bajo.

Además, de lo anterior es importante señalar que ante la existencia de algunos síntomas aislados de depresión se le aplicó el Inventario de Depresión de Beck obteniendo en el pretest 26 puntos y en el postest 10 puntos. Estos datos revelan que al intervenir sobre los síntomas ansiosos y las preocupaciones los niveles de depresión disminuyeron sin recibir una intervención directa. (Ver tabla No.2)

Tabla No. 2 Resultados de Pre-test y Pos-test



Fuente: Propia

En la fase de seguimiento a seis meses se realizó entrevista con la paciente quién reporta que los resultados se han mantenido, sus niveles de ansiedad se mantienen en niveles funcionales y a pesar de que las preocupaciones no se extinguieron ahora puede controlarlas y debatirlas para que éstas no interfieran con su vida cotidiana.

Teniendo en cuenta que lo presentado es una aproximación desde un estudio de caso lo cuál se convierte en una limitación sería importante que en futuras investigaciones sobre el tema se realicen trabajos experimentales con un número significativo de participantes.

Referencias

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

Allen, L. B., White, K. S., Barlow, D. H., Shear, M. K., Gorman, J. M., & Woods, S. W. (2010). Cognitive-behavior therapy (CBT) for panic disorder: Relationship of anxiety and depression comorbidity with treatment outcome. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32 (2), 185-185-192. doi:10.1007/s10862-009-9151-3

Bados, A. (2005). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Publicado por el Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Universidad de Barcelona, pp. 1-77 disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf>

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

Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2ª ed.)*. Nueva York: Guilford.

Barlow, D.H., Raffa, S.D. & Cohen, E.M. (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. En P. Nathan y J. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work (2ª ed., pp. 301-335)*. Nueva York: Oxford University Press.

Beck, A.T. & Steer, R.A. (1990). *Manual for the revised Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Benedito, M & Botella, C. (1992). El tratamiento de la ansiedad generalizada por medio de procedimientos cognitivo conductuales. *Revista Psicothema, vol. 4. Núm. 2* pp. 479-490 disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/846.pdf>

Borkovec, T.D., Newman, M.G., Pincus, A.L. y Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, vo. 70*, pp. 288-298.

Borkovec, T.D. y Ruscio, A.M. (2001). Psychotherapy of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, vol.62, núm.11*, pp.37-42.

Buhr, K. y Dugas, M.J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 931-945.

Butler, G. (1994). Treatment of worry in generalised anxiety disorder. En G.C.L. Davey y F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives in theory, assessment and treatment* (pp. 209-228). Nueva York: Wiley.

Cáceres, J., Arrarás, J.I., Jusué, G. y Zubizarreta, B. (1996). *Tratamiento comunitario de los trastornos*.

Campos, P., Jurado, S., Mendieta, D., Zabiky, G. & Solva, M. (2005). Tratamiento psicofisiológico y conductual del trastorno de ansiedad. *Revista Salud Mental, vol. 28, núm. 001*, pp.28-37 disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1148841>

Caballo, V. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo XXI editores. España. Pp. 517-526

Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Revista Psicothema 2001. Vol. 13, nº 3, pp. 442-446*. Disponible en: <http://www.psycothema.com/psycothema.asp?id=466>

Dugas, M. J., & Koerner, N. (2005). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19 (1)*, pp. 61-81. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/89071444?accountid=43592>

Dugas, M.J., & Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M.H., Langlois, F., Provencher, M.D. y Boisvert, J-M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 821-825.

Dugas, M.J., Freeston, M.H., Provencher, M.D., Lachance, S. & Ladouceur, R. (2001). Le Questionnaire sur le Inquiétude et l'Anxiété : Validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 11*, 31-36.

Dugas, M., & Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Journal of Anxiety Disorders, vol.17*, pp.501-516

Greenberg, P., Sisitsky, T., Kessler, R., Finkelstein, S., Berndt, E & Davidson, J. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry vol.60* , pp. 427-435

Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V. (2008). *Terapias psicológicas para el trastorno de ansiedad generalizada* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>

Jorm, A. F., Christensen, H., Griffiths, K. M., Parslow, R. A., Rodgers, B., & Blewitt, K. A. (2004). Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety disorders. *Medical Journal of Australia, 181 (7)*, S29-S29-46. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/235732409?accountid=43592>

Koerner, N., Dugas, M.J., Gaudet, A., Marchand, A., Savard, P., & Turcotte, J. (2004). *The economic burden of anxiety disorders in Canada*. The Cost of Anxiety Disorders, Special Edition, 43, pp. 191-201.

Ladouceur, R., Léger, E., Dugas, M., & Freeston, M.H. (2004). Cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder (GAD) for older adults. *International Psychogeriatrics*, *16*, 195-207.

Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Léger, E., Gagnon, F. & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 957-964.

Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M.H. & Dugas, M.J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *12*, 139-152.

Ladouceur, R., Talbot, F. & Dugas, M.J. (1997). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry. *Behavior Modification*, *21*, 355-371.

Liebowitz, M.R. (1987). *Social phobia*. Modern Problems of Pharmacopsychiatry.

Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kächele, H., Kreische, R. & Leweke, F. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: A randomized, controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, *166* (8), 875-881. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/220473289?accountid=43592>

Linden, M., Zubaegel, D., Baer, T., Franke, U., & Schlattmann, P. (2005). Efficacy of cognitive behaviour therapy in generalized anxiety disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *74* (1), 36-42. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/235467860?accountid=43592>

Londoño, N.H., Jimenez, E.B., Juarez, F. & Marin, C.A. (2010). Componentes de vulnerabilidad cognitiva en el trastorno de ansiedad generalizada. *International Journal of Psychological Research*, vol. 3, núm. 02, pp. 43-54 disponible en: <http://mvint.usbmed.edu.co:8002/ojs/index.php/web/article/viewArticle/486>

Maier W., Gänssicke M., Freyberger HJ., Linz M., Heun R. & Lecrubier Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity? *Acta Psychiatr Scand*, vol.101, pp.29-36.

Olivares, J., Piqueras, J. & Rosa, A. (2006). Tratamiento cognitivo conductual de una adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Terapia Psicológica*, vol. 24, núm. 001, pp. 87-98 disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/785/78524109.pdf>

Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A. & Inglés, C. (2003). Terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Revista Anales de Psicología*, vol. 19, núm. 02, pp.193-204.

Overholser, J. C., & Nasser, E. H. (2000). Cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30 (2), 149-149. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/217675089?accountid=43592>

Pérez, N. (2009). *Tratamiento de los trastornos de ansiedad: diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la inteligencia emocional*. Tesis doctoral departamento de psicología Universidad Ramón Llull, pp. 1-374 disponible en: http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/9269/Tesis_Nathalie_P_Lizeretti.pdf?sequence=1

Posada, J., Buitrago, J., Medina, Y., & Rodríguez, M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. *Revista Nova*, vol. 04, núm. 06, pp. 33-41 disponible en: http://www.unicolmayor.edu.co/invest_nova/NOVA/NOVA6_ARTORIG2.pdf

Rovella, A. (2008). Trastorno de ansiedad general: aportes de la investigación al diagnóstico. *Revista fundamentos en humanidades*, núm.01, Pp. 179-194.

Seidah, A., Dugas, M. & Leblanc, R. (2007). El tratamiento cognitivo comportamental del TAG: modelo conceptual y casos clínicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. XVI, pp.39-48 disponible en: http://www.cienciarred.com.ar/ra/usr/35/425/racp_xvi_n1pp39_48.pdf

Tyrer, P., & Baldwin, D. (2006). Generalised anxiety disorder. *The Lancet*, 368 (9553), 2156-2156-66. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/199069841?accountid=43592>

Waters, A. M., Donaldson, J., & Zimmer-Gembeck, M. (2008). Cognitive-behavioural therapy combined with an interpersonal skills component in the treatment of generalised anxiety disorder in adolescent females: A case series. *Behaviour Change*, 25 (1), 35-35-39,41-43. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/219334897?accountid=43592>

Wittchen, H-U & Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: Nature and course. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl. 11), 15-19.

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