

Cognición y emoción en el trastorno por ansiedad generalizada. Implicaciones clínicas

José M^a. Prados

Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos),
Universidad Complutense de Madrid.

resumen/abstract:

El actualmente denominado trastorno por ansiedad generalizada (TAG), al que algunos expertos consideran que habría que cambiarle el nombre para la quinta versión del DSM, parece ser uno de los problemas psicológicos más frecuentes, con un índice de prevalencia vital en torno al 2,8%. Pese a su elevada frecuencia, la comprensión sobre la naturaleza de este trastorno es todavía escasa, porque hasta 1980 no fue considerado una categoría diagnóstica con entidad propia y porque aún no ha generado tanta investigación como lo han hecho otros trastornos. No obstante, esta situación empieza a cambiar y cada vez son más los investigadores centrados en el TAG, especialmente los que estudian los procesos cognitivos y emocionales implicados en el trastorno. *Objetivo.* El objetivo de este trabajo es exponer, de la forma más sintética posible, parte del conocimiento acumulado hasta ahora sobre el TAG, respecto a sus criterios diagnósticos, las aproximaciones teóricas, las herramientas de evaluación disponibles y los últimos avances terapéuticos.

Generalized anxiety disorder (GAD), label which some experts want to change for DSM-5, is one of the most prevalent psychological disorders, with a life prevalence of 2.8%. Despite its high frequency GAD is still little known, because until 1980 it was not considered as an independent clinical category, and because research on GAD is not yet as much as on others psychological disorders. Nevertheless situation is changing and cognitive and emotional processes related to this disorder are been discovered by an increasing number of specialized researchers. Objective. The main purpose of this work was to synthesize actual knowledge about diagnostic criteria, theoretical perspectives, assessment tools and treatment advances on GAD.

palabras clave/keywords:

Trastorno por ansiedad generalizada, preocupación, sesgos cognitivos, resolución de problemas, regulación emocional.

Generalized anxiety disorder, worry, cognitive bias, problem solving, emotional regulation.

1. Introducción

El actualmente denominado trastorno por ansiedad generalizada (TAG), al que algunos expertos consideran que habría que cambiarle el nombre para la quinta versión

del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (Andrews et al., 2010), parece ser uno de los problemas psicológicos más frecuentes y uno de los que mayor número de consul-

tas médicas genera (Gordon y Heimberg, 2011; Tyrer y Baldwin, 2006; Wittchen, 2002). En concreto, según el Estudio Epidemiológico Europeo de los Trastornos Mentales (ESEMeD, 2004), se estima que su prevalencia anual se sitúa entre el 1 y el 2% de la población, y su prevalencia vital en el 2,8%.

Pese a su elevada frecuencia, la comprensión sobre la naturaleza del TAG es todavía escasa, porque hasta 1980 no fue considerado una categoría diagnóstica con entidad propia (Rickels y Rynn, 2001), y porque aún no ha generado tanta investigación como lo han hecho otros trastornos (Dugas, 2000). De todas formas, es evidente que la situación comienza a cambiar y cada vez es mayor el número de investigadores interesados en este trastorno y especialmente en sus procesos cognitivo-emocionales (Dupuy y Ladouceur, 2008; Fisher y Wells, 2009; Gentes y Ruscio, 2011; Heimberg, Turk y Mennin, 2004; Prados, 2008, 2011).

El objetivo de este trabajo es exponer, de la forma más sintética posible, parte del conocimiento acumulado hasta ahora sobre el TAG, respecto a sus criterios diagnósticos, las aproximaciones teóricas, las herramientas de evaluación disponibles y los últimos avances terapéuticos.

2. Criterios diagnósticos actuales

Tanto para la Organización Mundial de la Salud (OMS), como para la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), la principal característica del TAG es una ansiedad excesiva y perturbadora no centrada en ningún tema en particular. Más en concreto, en la décima versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), publicada por la OMS (WHO, 1992), se considera que en este trastorno (F41.1)

los síntomas de ansiedad están presentes la mayor parte de los días. Y, además, existe:

1. Aprensión (preocupación por calamidades, sentirse “al límite”, etc.)
2. Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotora, cefaleas, temblor, incapacidad para relajarse, etc.)
3. Hiperactividad vegetativa (mareo, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.)

Por su parte, para el DSM-IV-TR (APA, 2000), se exige que:

1. La ansiedad y preocupación (expectación ansiosa) que se experimenta ante una amplia gama de acontecimientos y actividades sea excesiva y difícil de controlar.
2. Existan al menos tres de los siguientes síntomas: tensión muscular, dificultad de concentración, irritabilidad, inquietud o impaciencia, fatiga y alteraciones del sueño. En niños, al menos se requiere uno de estos síntomas.
3. La duración sea de seis meses como mínimo, en contraste con versiones anteriores, en las que sólo se requería un mes. Esta mayor exigencia ha contribuido a reducir los índices de prevalencia, que llegaban incluso al 20% (Lieb, Becker y Altamura, 2005; Wittchen y Hoyer, 2001).
4. Constituya un problema para la persona o interfiera con su funcionamiento normal. Es decir, que haya una pérdida de calidad de vida o de productividad socio-laboral.
5. Se excluyan otros trastornos, enfermedades o efectos de sustancias. Para

hacer el diagnóstico diferencial, la preocupación no debe estar circunscrita a ningún tema en particular, como ocurre en la fobia social, la anorexia, etc. Y no se debe confundir con el trastorno adaptativo, el síndrome de fatiga crónica, o enfermedades como la feocromocitona o las alteraciones del tiroides, entre otras.

Aunque la persona con TAG pueda tener diversos síntomas (tensión, inquietud, agitación, cefaleas, temblores, sequedad de boca, molestias epigástricas, taquicardia, sudoración, vértigo, mareos, etc.), el DSM-IV-TR sólo exige los más específicos. Algunas investigaciones señalan que éstos son la tensión muscular (Hazlett, McLeod y Hoehn-Saric, 1994; Pluess, Conrad y Wilhelm, 2009), que se relaciona con el cansancio crónico, y las alteraciones del sueño, que se relacionan con la irritabilidad (Aldao, Mennin, Linardatos y Fresco, 2010). Y sobre estas alteraciones, se ha observado tanto insomnio como reducción de la eficiencia del sueño, aunque la latencia del sueño REM parece normal (vid. Nutt, 2001). Pero, como característica central, tanto la OMS como la APA exigen lo que denominan “aprensión” o “preocupación”, respectivamente. Ambos términos se refieren a la anticipación de sucesos indeseados o sus consecuencias. Afortunadamente, la investigación empieza a delimitar las características de dicha anticipación en el caso de las personas con TAG. Por ejemplo, sabemos que:

1. Se realiza, incluso, por cosas sin importancia y con sucesos muy improbables. No obstante, lo usual es que la persona con TAG se preocupe por sus asuntos cotidianos, especialmente de la familia, las relaciones interpersonales,

el trabajo (o los estudios), el dinero y la salud (Becker, Goodwin, Holting, Hoyer y Margraf, 2003). Y esta aparente “normalidad” de temas contribuye a que el TAG suela pasar bastante desapercibido, tanto para los profesionales de la salud, como para los propios afectados ya que sólo el 10% solicita ayuda profesional (Lieb et al., 2005).

2. Las personas con TAG parecen tener tendencia a imaginar fácilmente sucesos indeseados o calamidades (MacLeod, 1994), aunque lo que se anticipa no sea siempre muy concreto (Stöber, 1998; Stöber y Borkovec, 2002).
3. Las personas con TAG parecen centrarse en los problemas y tienden a exagerarlos. De hecho, muestran una mayor activación cortical, al menos un mayor consumo de glucosa, a la hora de realizar diversas tareas; y un simple problema matemático les puede generar más activación eléctrica cerebral (menos ondas alpha en el lóbulo parietal), en comparación con un grupo control (vid. Nutt, 2001).
4. Las personas con TAG pueden pasar más del 60% del día preocupándose, casi todos los días. Por ello, algunos autores sugieren que para el DSM-5 se rebautice la categoría diagnóstica como “trastorno por preocupación generalizada” (Andrews et al., 2010).
5. Como consecuencia, la persona siente difícil poder controlar tanta actividad mental, lo que constituye un motivo adicional de preocupación. Algunos autores proponen que es, precisamente, la preocupación por la preocupación la característica más definitoria del TAG (Wells, 1995, 2005).

6. Esa tendencia a la preocupación puede surgir ya en la niñez, y parece estar relacionada con las experiencias vitales, con el estilo de crianza y el tipo de apego (Muris, Meesters, Merckelbach y Hülsenbeck, 2000). El TAG infantil presenta altos porcentajes de comorbilidad, en torno al 75% con otros trastornos de ansiedad, y el 56% con los trastornos depresivos (Masi et al., 2004), cifras que se mantienen en población adulta, porque según algunos estudios, entre un 50% y un 80% de los casos clínicos presentan además otros desórdenes psicológicos (como los depresivos, los somatoformes, el trastorno de pánico, o la fobia social) y enfermedades (Beesdo et al., 2009; Drews y Hazlett-Stevens, 2008; Hetttema, 2008; Starcevic y Bogojevic, 1999).
7. A diferencia de otros trastornos, el TAG aumenta con la edad hasta llegar a ser uno de los trastornos psicológicos más frecuentes en la adultez tardía. Algunos sugieren que la edad media de aparición son los 31 años (Kessler, Chiu, Demler y Walters, 2005).

3. Aproximaciones teóricas

Aunque son varias las explicaciones teóricas que se han propuesto del TAG, lo cierto es que muchas de ellas son extremadamente parciales, al centrarse sólo en algún aspecto diferencial, al tiempo que no dan cuenta ni de la génesis del trastorno, ni de su evolución (para una revisión crítica más extensa, véase Prados, 2008).

3.1. Correlatos biológicos

Muchos autores piensan que en el TAG podría existir una cierta vulnerabilidad genética heredada (Kendler, Neale, Kessler,

Heath y Eaves, 1992), lo que no quiere decir que se herede el trastorno, sino el funcionamiento anómalo de un conjunto de genes sobre el que actúan después influencias diversas. El resultado es, por un lado, un desequilibrio de los neurotransmisores necesarios para una correcta autorregulación, y por otro, ciertos cambios anatómicos.

Entre los neurotransmisores que parecen desempeñar un papel relevante en el TAG están la serotonina, la noradrenalina y, en menor medida, el ácido gamma-aminobutírico (vid. Nutt, 2001). Entre las estructuras cerebrales en las que se han detectado cambios están la amígdala, el tálamo y el córtex prefrontal dorsomedial (DeBellis et al., 2000; Etkin, Prater, Schatzberg, Menon y Greicius, 2009; Schienle, Ebner y Schäfer, 2011; Sinha, Mohlman y Gorman, 2004).

3.2. Correlatos psicológicos

Las diversas aproximaciones psicológicas se podrían agrupar en dos grupos, aquellas que han subrayado los sesgos presentes en el procesamiento de la información y aquellas que enfatizan los fallos a la hora de resolver problemas o de autorregularse.

3.2.1. Sesgos en el procesamiento de la información

En el TAG se han identificado sesgos atencionales e interpretativos (Bradley, Mogg, Millar y White, 1995; Eysenck, 1997; Friedman, Thayer y Borkovec, 2000; Hazlett-Stevens y Borkovec, 2004; Koster, Crombes, Verschuere, Van Damme y Wiersema, 2006). Centrándonos en estos últimos, aunque las personas con TAG no difieren de un grupo control en su juicio probabilístico acerca de su propia preocupación (Craske, Rapee, Jackel y Barlow,

1989), sí creen que determinados sucesos negativos (como perder la salud, tener un accidente o que algún familiar lo tenga, ser robado, ser criticado o despreciado, tener problemas económicos, no saber asumir responsabilidades, no saber desenvolverse socialmente, o no saber razonar adecuadamente) son más probables, y aducen más razones por las que éstos pudieran ocurrir (MacLeod, 1994).

Entre las explicaciones que se han dado sobre ese resultado, destaca la de que la persona preocupadiza puede estar guiándose por su propio estado emocional y por una regla implícita de generar tantas consecuencias negativas como sea posible, con el objetivo de prevenir o evitar situaciones problemáticas que no cree poder solventar (Davey, 2006).

Otra explicación a los sesgos observados en el TAG está relacionada con la intolerancia a la incertidumbre que exhiben estas personas (Dugas et al., 1998, 2005; Gentes y Ruscio, 2011; Tan, Moulding, Nedeljkovic y Kyrios, 2010). Por esta expresión se entiende la “predisposición a reaccionar negativamente ante una situación incierta, independientemente de su probabilidad de ocurrencia y de sus consecuencias asociadas” (Ladouceur, Gosselin y Dugas, 2000, p. 937).

3.2.2. Fallos en la resolución de problemas

Se ha observado que la frecuencia de la preocupación se asocia con el tiempo empleado en resolver los problemas diarios y que las personas que se consideran preocupadizas son peores solucionando problemas que un grupo control, especialmente cuando son complejos; por ejemplo, en un experimento se encontró que ante una tarea de búsqueda de letra en un ordenador, las

personas preocupadizas tardaron más en afirmar la ausencia de la letra buscada que un grupo control, y estas diferencias no se produjeron cuando la tarea consistió en detectar la presencia de dicha letra (vid. Tallis y Eysenk, 1994).

¿Pero por qué ocurren estos fallos a la hora de solucionar problemas? Por un lado, se ha postulado que la razón estriba en la sobrecarga cognitiva que experimentan las personas con TAG (Barlow, 1988; Barlow y Durand, 2003). Pero, por otro, se ha encontrado una relación causal con la falta de confianza de la persona para solucionar sus problemas (Davey, Jubb y Cameron, 1996).

Además, se ha apuntado que si las personas con TAG anticipan de una forma más abstracta (del tipo “puede que me meta en un lío”), es más difícil encontrar soluciones que si lo hicieran de forma más concreta. De hecho, la terapia cognitivo-conductual parece corregir esa tendencia (Stöber y Borkovec, 2002).

3.2.3. Fallos en la regulación emocional

Además de los sesgos cognitivos y de los fallos a la hora de solucionar problemas, en el TAG parece darse un fallo en la regulación emocional (McLaughlin, Mennin y Farach, 2007; Mennin, Heimberg, Turk y Fresco, 2005).

Las explicaciones a esta observación han sido diversas. Por ejemplo, se ha postulado que en el TAG no hay un procesamiento adecuado de la estructura cognitivo-afectiva del miedo porque la naturaleza de la propia preocupación es más verbal que imaginativa, y aunque sirva inicialmente como un “inhibidor” de la respuesta cardiovascular ante determinadas imágenes mentales amenazantes, a largo plazo es perturbadora (Borkovec, Alcaine y Behar, 2004).

Otra explicación avalada por diversas investigaciones es que cuando las preocupaciones que se experimentan son excesivamente frecuentes y duraderas se generan creencias negativas acerca de la propia preocupación, lo que conlleva la aparición de la preocupación por la preocupación (meta-preocupación, como la denomina Wells, 1994). Y si, se intenta suprimir, se produce un efecto rebote y con ello una exacerbación de la experiencia emocional (Fisher y Wells, 2009; Montorio, Wetherell y Nuevo, 2006; Nuevo, Montorio y Borkovec, 2004; Wells, 1995, 2005).

3.3. Hacia un modelo integrador

En resumen, podríamos decir que el TAG se produce como resultado de la interacción entre una tendencia a la preocupación previa y un sentimiento continuado de estrés que no logra regularse de forma satisfactoria. La tendencia a la preocupación previa es debida a cierta vulnerabilidad biológica y la experiencia psico-social que se haya tenido (Akiskal, 1998; Hudson y Rapee, 2004), y se caracteriza por haber adquirido determinados esquemas y creencias que inducen a experimentar sesgos en el procesamiento de la información. Ello explicaría por qué las personas con TAG tienen exacerbada su percepción de riesgo, definen los sucesos ambiguos como amenazantes, creen probable que ciertos sucesos negativos sucedan, y se ven menos capaces de afrontar los problemas (Prados, 2008). Pero el TAG aparecerá cuando se produzca un problema persistente que no se logra solucionar o un periodo prolongado de estrés que no se consigue regular. Bajo un punto de vista cognitivo, un episodio de preocupación conlleva la anticipación de un suceso indeseable, o de sus consecuencias, en función de las metas y valo-

res que la persona tenga, pero el proceso termina con una estimulación alternativa que requiera la participación del ejecutivo central (Hirsch, Hayes y Mathews, 2009). Si no es así, y se intenta controlar evitando pensar o suprimir lo que se está pensando, se puede producir un efecto rebote. Y cuando fallan los intentos de control, la persona puede empezar a preocuparse por su propia preocupación, y aparecer el fallo de regulación emocional (Fisher y Wells, 2009; Menin et al. 2005).

4. Herramientas de evaluación

En los últimos años han aparecido numerosos procedimientos de evaluación aplicables al TAG, entre ellos varios formatos de entrevista que facilitan la tarea diagnóstica, así como escalas e inventarios, que contribuyen a especificar los parámetros de cada uno de los síntomas.

4.1. Entrevistas generales

La Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV; Brown, DiNardo y Barlow, 1994), es un protocolo de entrevista, fundamentado en los criterios del DSM-IV, con un índice de coincidencia diagnóstica de hasta un 80% para el TAG (Brown et al., 2001). Además, resulta útil, dada la elevada comorbilidad de este trastorno, a la hora de realizar el diagnóstico diferencial.

4.2. Cuestionarios específicos que facilitan el diagnóstico

El Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GADQ-IV; Newman et al., 2002; Rodebaugh, Holaway, y Heimberg, 2008), también se basa en los criterios del DSM-IV, pero es un cuestionario específico, cuyas preguntas se refieren a si las preocupaciones suponen un problema, si son

excesivas, si interfieren con la actividad psico-social, si son controlables, y el tipo de síntomas que se experimentan.

Con un formato muy similar, también es útil el Worry and Anxiety Questionnaire (WAQ; Dugas et al., 2001; Ibañez et al., 2000; Nuevo, 2005), cuyas preguntas exploran las preocupaciones más frecuentes de la persona, y evalúan su intensidad, su frecuencia, la dificultad para controlarlas, la interferencia que producen y la severidad de los seis síntomas físicos propuestos por el DSM-IV (todo ello en una escala visual de cinco puntos).

Más breve es la GAD-7 (Spitzer, Kroenke, Williams y Löwe, 2006), que utiliza una escala de cuatro puntos para evaluar la frecuencia de ansiedad, preocupación, inquietud e irritabilidad en las dos últimas semanas.

4.3. Sugerencias para una entrevista en profundidad

Según hemos propuesto en otro lugar (Prados, 2008), algunas preguntas o técnicas de evaluación a emplear pueden ser las siguientes:

a) ¿Qué es lo que te preocupa?

Dado que las preocupaciones tienen un origen más profundo de lo que parece, una posibilidad interesante a utilizar es la llamada “técnica de la flecha descendente”. Por ejemplo, cuando una persona dice preocuparse de sus exámenes, se le puede preguntar a continuación: “¿Y qué es lo que te preocupa exactamente de suspender los exámenes?” De igual forma, ante su respuesta, se le puede volver a preguntar: “¿Y qué es lo que te preocupa de eso?” Y así hasta que la persona no dé más respuestas, repita una contestación tres veces seguidas

o, simplemente, no quiera continuar.

Aunque esta técnica supone un buen inicio para explorar los motivos de preocupación, puede tener el efecto negativo de generar confusión o descrédito debido a tanta repetición.

b) ¿Con qué frecuencia te preocupa?

Aunque la frecuencia puede entenderse tanto como el número de veces que aparece cada preocupación por unidad de tiempo, o como el número total de veces que ocurre, esta es una variable de interés que puede completarse con algunos de los instrumentos apuntados en el apartado 4.4.

c) ¿Desde cuándo te preocupa eso?

Esta pregunta es relevante porque el abordaje de las preocupaciones pasajeras puede ser diferente al de las más duraderas. Un procedimiento que nosotros empleamos es la denominada “revisión evolutiva de las preocupaciones”, que consiste en rastrear las diferentes preocupaciones que la persona ha ido teniendo a lo largo de su vida (vid. Prados, 2008). Esta técnica, igual que la de la flecha descendente, puede ser tanto evaluativa como terapéutica.

d) ¿Por qué crees que te preocupa eso?

Aunque los motivos reales de preocupación pueden no ser muy conscientes, una entrevista en profundidad debería sondear las razones que ofrece la persona.

e) ¿Qué consecuencias crees que tiene preocuparse por eso?

Esta pregunta es relevante dado que las personas tienen creencias positivas o negativas acerca de la preocupación (Dugas et al., 1998; Wells, 1995). Esta cuestión puede completarse con algunas de las escalas mencionadas en el apartado 4.4, y con la

Structured Interview on Beliefs About Worry (SIBAW; Francis y Dugas, 2004).

f) ¿Qué haces para dejar de preocuparte?

Es importante evaluar las estrategias que utiliza la persona a la hora de intentar controlar sus estados de preocupación.

4.4. Escalas e inventarios

En los últimos años han aparecido instrumentos específicos en torno a la preocupación (vid. revisión crítica más completa en Prados, 2008). Por un lado, existen instrumentos que evalúan los temas concretos de preocupación, por ejemplo el Worry Domains Questionnaire (WDQ; Tallis, Eysenck y Mathews, 1992), o la Worry Scale (WS; Wisocki y Handen, 1983; citado en Wisocki, Handen y Morse, 1986).

Por otro, también han aparecido instrumentos que evalúan las consecuencias percibidas de la preocupación, como el Why Worry (WW; Freeston, Rhéame, Letarte, Dugas y Ladouceur, 1994; González, Bethencourt, Fumero y Fernández, 2006), el Consequences of Worry Scale (COWS; Davey, Tallis y Capuzzo, 1996), el Metacognitions Questionnaire (Cartwright-Hatton y Wells, 1997; Wells y Cartwright-Hatton, 2004), o el Inventario de Consecuencias Percibidas de Preocupación (ICPP; Prados, 2007).

Una descripción más detallada merece el Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer et al., 1990), por el gran impacto internacional que ha tenido y sus versiones para la infancia y la adultez tardía. Sus 16 ítems intentan evaluar la frecuencia, intensidad y dificultad de controlar la preocupación, sin hacer referencia a temas concretos. Como su formato de respuesta tiene cinco posibilidades (de 1 = *no es típico en mí*, a 5 = *muy típico en mí*), el rango de

puntuación total oscila entre los 16 y los 80 puntos, siendo 60 el punto de corte clínico. Pero aunque este instrumento parece distinguir entre el TAG y otros trastornos de ansiedad, no distingue entre dicho trastorno y el trastorno depresivo mayor (Starcevic, 1995).

Los datos psicométricos obtenidos en diferentes muestras han sido excelentes. Por ejemplo, se han obtenido valores de consistencia interna entre 0,80 y 0,93, y la correlación test-retest ha llegado a 0,92 (vid. Prados, 2008, pp. 85-87).

5. Avances terapéuticos

5.1. Farmacoterapia

Aunque las benzodiazepinas (BZP) puedan ser útiles a corto plazo frente al TAG, en especial cuando lo que se pretende es estabilizar los síntomas de ansiedad, según los estudios revisados no parecen mejor que el placebo, ni en adultos (Power et al., 1989, 1990), ni en niños (Simeon, Ferguson y Knott, 1992). De igual modo, la administración adicional de BZP no mejora la eficacia alcanzada por la terapia cognitivo-conductual (Power et al., 1990), lo cual, unido a su riesgo de dependencia (Ashton, 2005), explicaría por qué ya no se consideran la primera elección terapéutica frente al TAG.

Otras sustancias que se están utilizando son el pregabalín (Bandelow, Wedekind, y Leon, 2007; Owen, 2007), o la buspirona (Kranzler, 1988), que no presenta efectos sedantes, no produce dependencia, no altera las funciones cognitivas, ni provoca interacciones farmacocinéticas significativas, lo que la hace especialmente indicada en ancianos y en personas con antecedentes de abuso de drogas.

Pero, sobre todo, la primera elección en la actualidad son tanto los llamados inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), como la fluoxetina, paroxetina, escitalopram, o sertralina (Mogg et al., 2004; Rynn, Siqueland y Rickels, 2001), como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina, entre los que se encuentran la mirtazapina, la nefazodona, la duloxetina (Carter y McCormack, 2009), y la venlafaxina (Silverstone y Salinas, 2001). Esta última se suele comercializar en una fórmula de liberación prolongada que permite una sola dosis diaria y genera, por tanto, menos efectos secundarios que otros fármacos. Según un estudio reciente, la eficacia terapéutica de la venlafaxina no mejora tras añadir terapia cognitiva (Crits-Christoph et al., 2011).

5.2. Psicoterapia clásica

Según diversos meta-análisis, la terapia cognitivo-conductual es la psicoterapia más eficaz frente al TAG (Durham y Allan, 1993; Gould, Otto, Pollack y Yap, 1997; Mitte, 2005). Entre las menos eficaces están las no directivas y las de corte psicodinámico (Durham et al., 1994). Y aunque, en los últimos años, están apareciendo nuevos enfoques que integran elementos psicodinámicos con elementos interpersonales (Crits-Christoph, 2002), aún está por verificar su eficacia.

Aunque la psicoterapia cognitivo-conductual es efectiva, como también lo señalan diversos estudios de caso (Alario, 1989; Bados y Bach, 1997; Benedito y Botella, 1992), la mayoría de estudios no encuentran diferencias entre la terapia cognitiva, por un lado, y la terapia de conducta, por otro (Barlow, Rapee y Brown, 1992; Borkovec y Costello, 1993; Borkovec y Mathews, 1988; Öst y Breitholtz, 2000).

5.2.1. Terapia de conducta

Los primeros terapeutas de conducta, como Joseph Wolpe, pensaban que la “ansiedad por todas partes” característica de este trastorno ha tenido que ser “condicionada a propiedades constantes del ambiente” y que podría ser contracondicionada mediante la desensibilización sistemática (Wolpe, 1958/1981, p. 83). Pero aunque la desensibilización sistemática y algunas de sus derivaciones, como la desensibilización en afrontamiento, se han aplicado con cierto éxito en personas diagnosticadas de TAG (Borkovec y Mathews, 1988), esta técnica no es más eficaz que la aplicación de la relajación progresiva sola y el entrenamiento en biofeedback electromiográfico (LeBouf y Lodge, 1980; Raskin, Bali y Peeke, 1980).

Lo mismo sucede con el llamado *Entrenamiento en el manejo de la ansiedad* (EMA), especialmente diseñado para personas diagnosticadas de TAG, pero que no parece más eficaz que la terapia cognitiva estándar (Lindsey, Gamsu, MacLaughlin, Hood y Espie, 1987).

Dentro de los enfoques más actuales, como la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), se han producido intervenciones en casos de TAG con notable éxito (Huerta, Gómez, Molina y Luciano, 1998; Roemer y Orsillo, 2002; Roemer, Orsillo y Salters-Pedneault, 2008), pero aún debe realizarse más investigación comparada.

5.2.2. Terapia cognitiva

Ante el TAG, un protocolo habitual de intervención cognitiva es el siguiente (vid. Öst y Breitholtz, 2000):

- a) Se muestra el papel de los pensamientos anticipatorios en la emoción y en la conducta.

- b) Se identifican los pensamientos y creencias disfuncionales subyacentes, o al menos se intenta.
- c) Se cuestiona cada uno de dichos pensamientos buscando hechos que los contradigan.
- d) Se generan pensamientos alternativos, más acordes con los hechos.
- e) Se enseñan diversas técnicas de afrontamiento.

Pero es llamativo que este tipo de terapia, dada la naturaleza del TAG, no consiga ser más eficaz que la terapia de conducta, y ni siquiera supere a la relajación (Mitte, 2005; Öst y Breitholtz, 2000). Una primera explicación de ello podría ser que la terapia cognitiva, en algunos casos, conllevara algún tipo de efecto contraproducente; en concreto, pudiera ser que la persona con este tipo de terapia intente controlar aún más sus pensamientos, desencadenando un paradójico efecto rebote (para descripción de un caso, véase Prados, 2008, p. 133). Además, a la persona preocupada le cuesta hacer introspección, y sobre todo reevaluación; la persona puede reconocer que es muy difícil que ocurra algo pero aun así seguir preocupándose. De hecho, Dugas y Ladouceur (2000) creen que este objetivo sólo es aplicable a preocupaciones que involucren sucesos altamente improbables.

Ello ha llevado a buscar nuevas vías de intervención, que sean más específicas que las formas tradicionales de terapia.

5.3. Nuevas propuestas

En los últimos años, se han diseñado procedimientos de intervención para adultos (Borkovec, Wilkinson, Folsensbee y Lerman, 1983; Dugas y Ladouceur, 2000; Wells, 1995, 2005; Wells y King, 2006),

para niños (Kendall, 1994; Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés, 2003), y para ancianos (Montorio, Losada, Márques y Nuevo, 2000; Nuevo y Montorio, 2005; Stanley, Diefenbach y Hopko, 2004).

Algunos de estos programas (vid. revisión crítica más extensa en Prados, 2008) tienen por objetivo un mayor control de la preocupación, mientras que otros se centran en intentar modificar las creencias asociadas a las consecuencias de la preocupación o promover un cambio de variables personales.

a) Controlar la preocupación

Se ha propuesto que la persona intente postergar su preocupación a un momento y a un lugar prefijados por ella misma, y durante ese periodo se escriban las preocupaciones y se busque una solución. Borkovec et al., (1983) observaron que este procedimiento consigue una reducción significativa de preocupación frente a la relajación progresiva en análogos clínicos.

b) Reinterpretar las consecuencias percibidas de preocuparse

Otros autores han propuesto intentar modificar, con cuestionamiento socrático y pruebas de realidad, tanto la evaluación positiva inicial de la preocupación, si la hay, como la evaluación negativa final (Wells, 1995, 2005). Con diez casos diagnosticados de TAG, Wells y King (2006) han observado una recuperación inicial de casi el 88%, y del 75% al año.

Por otro lado, intentar modificar la evaluación negativa que se hace de la preocupación es coherente con el énfasis actual de otros procedimientos terapéuticos frente al TAG, basados en la aceptación (Roemer y Rosillo, 2002; Roemer et al., 2008).

c) Modificar variables personales relevantes

Entre estos enfoques destaca el programa de Michel Dugas y su grupo, para quienes si la propia incertidumbre es la principal amenaza para alguien con TAG, el principal objetivo terapéutico deberá dirigirse a dicha variable, además de la exposición mediante la imaginación (en el caso de preocupaciones improbables), y el entrenamiento en solución de problemas (en el caso de problemas inmediatos).

En un primer estudio, Dugas y Ladouceur (2000) aplicaron este procedimiento a cuatro personas durante 16 sesiones semanales de una hora duración, dos de las cuales diagnosticadas de TAG. Se observó, además de una reducción del porcentaje de preocupación, una reducción de la intolerancia a la incertidumbre. En un segundo estudio, el procedimiento se mostró eficaz frente a un grupo control (Ladouceur et al., 2000).

5.3.1. Hacia un programa global y sistemático de intervención

Según expusimos en el apartado 3.3, el TAG puede entenderse como una perturbación crónica, caracterizada por una tendencia exagerada a la preocupación y una falta de control ante situaciones que se perciben como estresantes, bien porque no se consiga solucionar el problema, bien porque no se consiga regular el estrés. Pero ni es fácil intentar modificar dicha tendencia a la preocupación, porque conlleva conocer previamente cómo se ha formado y qué actitudes la mantienen, ni es fácil aumentar el control frente al estrés. Además, en función de la persona y de sus síntomas concretos, habría que incluir también otros procedimientos comportamentales e interpersonales.

Basándonos en nuestro trabajo clínico e investigador, hemos propuesto un programa de ocho sesiones semanales, de una hora y media de duración (vid. Prados, 2008). La intervención persigue alcanzar tres objetivos fundamentales: una mayor reflexión, un mejor control, y, hasta cierto punto, una reorganización personal. Los primeros resultados parecen prometedores para reducir la puntuación en el PSWQ, incluso comparando el programa con la terapia cognitiva clásica y la relajación. A continuación presentamos una breve descripción de los objetivos perseguidos y las técnicas concretas utilizadas.

a) Entrenamiento reflexivo

Nuestro programa intenta propiciar la reflexión de la persona en torno a los objetos y motivos de su preocupación, lo que requiere a su vez reflexionar sobre las propias metas y valores. Conocer qué motiva la preocupación es el primer paso para poder anticipar soluciones (D'Zurilla, 1993), pero conocer las metas y valores implicados nos lleva a una mejor aceptación de nuestras propias preocupaciones (Roemer et al., 2008).

Para lograrlo, utilizamos la “técnica de la flecha descendente”, y la “revisión evolutiva de las preocupaciones personales”. Esta última, además, contribuye a desafiar la idea de que la preocupación sea útil en algún sentido (Wells, 1995; Ladouceur et al., 2008), y a reevaluar la gravedad de los sucesos que se han anticipado, una vez pasado cierto tiempo (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

b) Estrategias de control y neutralización

Entre la principal técnica utilizada para conseguir este objetivo está la postergación temporal de la preocupación (Borkovec

et al., 1983). Una alternativa aplicable en casos de preocupación aguda consiste en intentar fijar un límite horario razonable antes de empezar a preocuparse. Esta técnica no conlleva el posible efecto rebote de la “parada de pensamiento”, que utilizan otros autores, y también facilita tanto la aceptación emocional como la búsqueda de soluciones.

También pueden utilizarse técnicas de distracción, que impliquen un modo estratégico de procesamiento, entrenamiento en anticipación de soluciones, exposición en la imaginación, y la clásica refutación proposicional, buscando razones en contra de las anticipaciones negativas.

c) Reorganización

Por último, dada la relación observada entre control y capacidad (Engle y Kane, 2004; Rosen y Engle, 1998), nuestro programa también consta de actividades cognitivas de entrenamiento.

Referencias

- Akiskal, H. S. (1998). Toward a definition of generalized anxiety disorder as an anxious temperament type. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *98*(suppl. 393), 66-73.
- Alario Ballester, S. (1989). Tratamiento de un trastorno por ansiedad generalizada. *Análisis y Modificación de conducta*, *15*, 305-316.
- Aldao, A., Mennin, D. S., Linardatos, E., & Fresco, D. M. (2010). Differential patterns of physical symptoms and subjective processes in generalized anxiety disorder and unipolar depression. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*, 250-259.
- Andrews, G., Hobbs, M. J., Borkovec, T. D., Beesdo, K., Craske, M.G.,... Stanley, M. A. (2010). Generalized worry disorder: A review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-IV. *Depression and Anxiety*, *27*, 134-147.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4ª ed., rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ashton, H. (2005). The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, *18*(3), 249-255.
- Bados, A., y Bach, L. (1997). Intervención psicológica con una paciente con trastorno de ansiedad generalizada. *Análisis y Modificación de Conducta*, *23*, 85-107.
- Bandelow, B., Wedekind, D., & Leon, T. (2007). Pregabalin for the treatment of generalized anxiety disorder: A novel pharmacologic intervention. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *7*, 769-181.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Londres: Guilford.
- Barlow, D. H., y Durand, V. M. (2003). *Psicopatología* (3ª Ed.). Madrid: Thomson.
- Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, *23*, 551-570.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Original de 1979).
- Becker, E. S., Goodwin, R., Holting, C., Hoyer, J., & Margraf, J. (2003). Content of worry in the community: What do people with generalized anxiety disorder or other disorders worry about? *Journal of Nervous and Mental Disease*, *191*, 688-691.
- Beesdo, K., Hoyer, J., Jacobi, F., Low, N. C. P., Hofler, M., & Wittchen, H.-U. (2009). Association between generalized anxiety levels and pain in a community sample: evidence for diagnostic specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 684-693.
- Benedito, M. C., y Botella, C. (1992). El tratamiento de la ansiedad generalizada por medio de procedimientos cognitivo-conductuales. *Psicothema*, *4*, 479-490.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York: Guilford Press.
- Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalised anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 611-619.
- Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of nonphobic anxiety disorders: A comparison of nondirective, cognitive and coping desensitization therapy. *Journal of Consulting and Clinic Psychology*, *56*, 877-884.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & 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, 70*, 288-298.
- Borkovec, T. D., Wilkinson, L., Folsenbee, R., & Lerman, C. (1983). Stimulus control applications to the treatment of worry. *Behaviour Research and Therapy, 21*, 247-251.
- Bradley, B.P., Mogg, K., Millar, N., & White, J. (1995). Selective processing of negative information: Effects of clinical anxiety, concurrent depression and awareness. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 532-536.
- Brown, T. A., DiNardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Brown, T. A., DiNardo, P. A., Lehman, C. S., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 49-58.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 167-175.
- Carter, N. J., & McCormack, P. L. (2009). Duloxetine: a review of its use in the treatment of generalized anxiety disorder. *CNS Drugs, 23*, 523-541.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 279-296.
- Craske, M., Rapee, R., Jackel, L., & Barlow, D. (1989). Quality dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and non-anxious controls. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 397-402.
- Crits-Christoph, P. (2002). Psychodynamic-interpersonal treatment of generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 81-84.
- Crits-Christoph, P., Newman, M. G., Rickels, K., Gallop, R., Connolly Gibbons, M. B., ... Pastva, A. M. (2011). Combined medication and cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 1087-1094.
- Davey, G. C. L. (2006). A mood-as-input account of perseverative worrying. En G. C. L. Davey y A. Wells (Eds.), *Worry and its Psychological Disorders*. Chichester, UK: Wiley.
- Davey, G. C. L., Jubb, M., & Cameron, C. (1996). Catastrophic worrying as a function of changes in problem-solving confidence. *Cognitive Therapy and Research, 20*, 333-344.
- Davey, G. C. L., Tallis, F., & Capuzzo, N. (1996). Beliefs about the consequences of worrying. *Cognitive Therapy and Research, 20*, 499-520.
- DeBellis, M. D., Casey, B. J., Dahl, R. E., Birmaher, B., Williamson, D. E., Thomas, K. M., ... Ryan, N. D. (2000). A pilot study of amygdala volumes in pediatric generalized anxiety disorder. *Biological Psychiatry, 48*, 51-57.
- Draws, A., & Hazlett-Stevens, H. (2008). Relationships between irritable bowel syndrome, generalized anxiety disorder, and worry-related constructs. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8*, 429-436.
- Dugas, M. J. (2000). Generalized anxiety disorder publications: so where do we stand? *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 31-40.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R., & Gosselin, P. (2001). Le Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété: Validation dans les échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 17*, 31-36.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 215-226.
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification, 24*, 635-657.
- Dugas, M. J., Marchand, A., & Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 329-343.
- Dupuy, J-B., & Ladouceur, R. (2008). Cognitive processes of generalized anxiety disorder in comorbid generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 505-514.
- Durham, R. C., & Allan, T. (1993). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A review of the clinical significance of results in outcome trials since 1980. *British Journal of Psychiatry, 163*, 19-26.
- Durham, R. C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treiving, L. R., & Genton, G. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry, 165*, 315-323.
- D'Zurilla, T. J. (1993). *Terapia de resolución de conflictos*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Original de 1986).
- Eisen, A. R., & Silverman, W. K. (1998). Prescriptive treatment for generalized anxiety disorder in children. *Behavior Therapy, 29*, 105-121.
- Engle, R., & Kane, M. J. (2004). Executive attention, working memory capacity, and a two factor theory of cogni-

- tive control. *Psychology of Learning and Motivation*, 44, 145-199.
- Eysenck, M. W. (1997). *Anxiety and cognition: An unified theory*. Hove, UK: Psychology Press.
- ESEMeD/MHEDEA (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European of epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21-27.
- Etkin, A., Prater, K. E., Schatzberg, A. F., Menon, V., & Greicius, M. D. (2009). Disrupted amygdalar subregion functional connectivity and evidence of a compensatory network in generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 66, 1361-72.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2009). Psychological models of worry and generalized anxiety disorder. In M. M. Antony and M. B. Stein, *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 225-237). New York: Oxford University Press.
- Francis, K., & Dugas, M. J. (2004). Assessing positive beliefs about worry: Validation of a structured interview. *Personality and Individual Differences*, 37, 405-415.
- Freeston, M. H., Rhéame, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- Friedman, B. H., Thayer, J. F., & Borkovec, T. D. (2000). Explicit memory bias for threat words in generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 31, 745-756.
- Gentes, E. L., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 923-933.
- González, M., Bethencourt, J. M., Fumero, A., y Fernández, A. (2006). Adaptación española del cuestionario "¿Por qué preocuparse?". *Psicothema*, 18, 313-318.
- Gordon, D., & Heimberg, R. G. (2011). Reliability and validity of DSM-IV generalized anxiety disorder features. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 813-821.
- Gould, R., Otto, M., Pollack, M., & Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy*, 28, 285-281.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press.
- Hazlett, R. L., McLeod, D. R., & Hoehn-Saric, R. (1994). Muscle tension in generalized anxiety disorder: Elevated muscle tonus or agitated movement? *Psychophysiology*, 31, 189-195.
- Hazlett-Stevens, H., & Borkovec, T. D. (2004). Interpretive cues and ambiguity in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 881-892.
- Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Mennin, D. S. (Eds.) (2004). *Generalized Anxiety Disorder: Advances in research and practice*. New York: Guilford Press.
- Hettema, J. M. (2008). The nosologic relationship between generalized anxiety and major depression. *Depression and Anxiety*, 25, 300-316.
- Hirsch, C.R., Hayes, S., & Mathews, A. (2009). Looking on the bright side: Accessing benign meanings reduces worry. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 44-54.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2004). From anxious temperament to disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 51-74). New York: Guilford Press.
- Huerta, F., Gómez, S., Molina, A., y Luciano, M. C. (1998). Ansiedad generalizada: un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 751-766.
- Ibáñez, I., González, M., Fernández-Valdés, A., López-Curbelo, M., Rodríguez, M., y García, C. (2000). El cuestionario de preocupación y ansiedad: un instrumento para la evaluación del trastorno por ansiedad generalizada. *Ansiedad y Estrés*, 6(2-3), 203-221.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). Generalized anxiety disorder in women. A population-based twin study. *Archives of General Psychiatry*, 49(4), 267-272.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Koster, E. H. W., Crombes, G., Verschuere, B., Van Damme, S., & Wiersema, J. R. (2006). Components of attentional bias to threat in high trait anxiety: facilitated engagement, impaired disengagement, and attentional avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1757-1771.
- Kranzler, H. (1988). Use of buspirone in an adolescent with overanxious disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 789-790.
- 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., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 933-941.
- Lieb, R., Becker, E., & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 445-452.

- Lindsey, W., Gamsu, C., McLaughlin, E., Hood, E., & Espie, C. A. (1987). A controlled trial of treatments for generalized anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 3-15.
- MacLeod, A. K. (1994). Worry and explanation-based pessimism. In G. C. L. Davey and F. Tallis (Eds.), *Worrying: perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 115-134). Chichester, UK: Wiley.
- McLaughlin, K.A., Mennin, D.S., & Farach, F.J. (2007). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1735-1752.
- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Poli, P., Bertini, N., & Milantoni, L. (2004). Generalized anxiety disorder in referred children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 752-760.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., & Ritter, M. R. (2008). Is generalized anxiety disorder an anxiety or mood disorder? Considering the multiple factors as we ponder the fate of GAD. *Depression and Anxiety*, 25, 289-299.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281-1310.
- Meyer, T., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131, 785-795.
- Mogg, K., Baldwin, D. S., Brodrick, P., & Bradley, B. P. (2004). Effect of short-term SSRI treatment on cognitive bias in generalized anxiety disorder. *Psychopharmacology*, 176, 466-470.
- Montorio, I., Losada, A., Márquez, M., y Nuevo, R. (2000). Programa psicoeducativo de tratamiento de la preocupación patológica en personas mayores. Un estudio piloto. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 35, 24-29.
- Montorio, I., Wetherell, J. L., & Nuevo, R. (2006). Beliefs about worry in community-dwelling older adults. *Depression and Anxiety*, 23, 466-473.
- Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H., & Hülsenbeck, P. (2000). Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 487-497.
- Newman, M. G., Zuellig, A. R., Kachin, K. E., Constantino, M. J., Przeworski, A., Erickson, T., & Cashman-McGrath, L. (2002). Preliminary reliability and validity of the generalized anxiety disorder questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 33, 215-233.
- 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*, 10, 135-142.
- Nuevo, R., y Montorio, I. (2005). Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para la preocupación excesiva en personas mayores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 215-226.
- Nuevo, R., Montorio, I., & Borkovec, T.D. (2004). A test of the role of metaworry in the prediction of worry severity in an elderly sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 209-218.
- Nutt, D. J. (2001). Neurobiological mechanisms in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Suppl. 11), 22-27.
- Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A. I., e Inglés, C. J. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*, 19, 193-204.
- Öst, L. G., & Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 777-790.
- Owen, R. T. (2007). Pregabalin: Its efficacy, safety and tolerability profile in generalized anxiety. *Drugs of Today*, 43, 601-610.
- Pluess, M., Conrad, A., & Wilhelm, F. H. (2009). Muscle tension in generalized anxiety disorder: a critical review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1-11.
- Power, K., Jerrom, D., Simpson, R., Mitchell, M., & Swanson, V. (1989). A controlled comparison of cognitive-behavior therapy, diazepam and placebo in the management of generalised anxiety. *Behavioural Psychotherapy*, 17, 1-114.
- Power, K., Simpson, R., Swanson, V., & Wallace, L. (1990). A controlled study of cognitive-behavior therapy, diazepam, and placebo, alone and in combination for the treatment of generalised anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 267-292.
- Prados, J. M. (2007). Desarrollo de una nueva escala de creencias sobre las consecuencias de la preocupación. *Anales de Psicología*, 23, 226-230.
- Prados, J. M. (2008). *Ansiedad generalizada*. Madrid: Síntesis.
- Prados, J. M. (2011). Do beliefs about the utility of worry facilitate worry? *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 217-223.
- Raskin, M., Bali, L., & Peeke, H. (1980). Muscle biofeedback and transcendental meditation: Controlled evaluation of efficacy in the treatment of chronic anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 37, 93-97.
- Rickels, K., & Rynn, M. A. (2001). What is generalized anxiety disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Suppl. 11), 4-12.

- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2008). The factor structure and dimensional scoring of the generalized anxiety disorder questionnaire for DSM-IV. *Assessment, 15*, 343-350.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*, 54-68.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 1083-1089.
- Rosen, V. M., & Engle, R. W. (1998). Working memory capacity and suppression. *Journal of Memory and Language, 39*, 418-436.
- Rynn, M. A., Siqueland, L., & Rickels, K. (2001). Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of children with generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry, 158*, 2008-2014.
- Schienze, A., Ebner, F., & Schäfer, A. (2011). Localized gray matter volume abnormalities in generalized anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 261*(4), 303-307.
- Sinha, S. S., Mohlman, J., & Gorman, J. M. (2004). Neurobiology. In R.G. Heimberg, C.L. Turk, y D.S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 187-216). New York: Guilford Press.
- Silverstone, P. H., & Salinas, E. O. (2001). Efficacy of venlafaxine ER in patients with major depressive disorder and co-morbid generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 523-529.
- Simeon, G., Ferguson, H. B., Knott, V. (1992). Clinical, cognitive and neurophysiological effects of alprazolam in children and adolescents with overanxious and avoidant disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 31*, 29-33.
- Spitzer R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*, 1092-1097.
- Stanley, M. A., Diefenbach, G. J., & Hopko, D. R. (2004). Cognitive behavioral treatment for older adults with generalized anxiety disorder. A therapist manual for primary care settings. *Behavior Modification, 28*, 73-117.
- Starcevic, V. (1995). Pathological worry in major depression: Preliminary report. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 55-57.
- Starcevic, V., & Bogojevic, G. (1999). The concept of generalized anxiety disorder: Between the too narrow and too wide diagnostic criteria. *Psychopathology, 32*, 5-11.
- Stöber, J. (1998). Worry, problem elaboration and suppression of imagery: The role of concreteness. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 751-756.
- Stöber, J., & Borkovec, T. D. (2002). Reduced concreteness of worry in generalized anxiety disorder: Findings from a therapy study. *Cognitive Therapy and Research, 26*, 89-96.
- Tallis, F., & Eysenck, M. W. (1994). Worry: Mechanisms and modulating influences. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 22*, 37-56.
- Tallis, F., Eysenck, M. W., & Mathews, A. (1992). A questionnaire for measurement of non pathological worry. *Personality and Individual Differences, 13*, 161-168.
- Tan, S., Moulding, R., Nedeljkovic, M., & Kyrios, M. (2010). Metacognitive, cognitive and developmental predictors of generalised anxiety disorder symptoms. *Clinical Psychologist, 14*(3), 84-89.
- Tyrer, P., & Baldwin, D. (2006). Generalised anxiety disorder. *Lancet, 368*, 2156-2166.
- Wells, A. (1994). A multi-dimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety, Stress and Coping, 6*, 289-299.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*, 301-320.
- Wells, A. (2005). The Metacognitive Model of GAD: Assessment of Meta-Worry and relationship with DSM-IV Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research, 29*, 107-121.
- Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 37*, 206-212.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 385-396.
- Wisocki, P. A., Handen, B., & Morse, C. (1986). The worry scale as a measure of anxiety among homebound and community elderly. *Behavior Therapist, 5*, 91-95.
- Wittchen, H.-U. (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety, 16*, 162-171.
- Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: Nature and course. *Journal of Clinical Psychiatry, 62* (Suppl. 11), 15-19.
- Wolpe, J. (1981). *Psicoterapia por inhibición recíproca* (5ª ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer (Orig. 1958).
- World Health Organization (1992). *International classification of diseases and related health problems* (10th rev.). Geneva: Author.

Fecha de recepción: 20/10/2011
 Fecha de aceptación: 16/12/2011