

## COMENTARIO

# MODELOS CONCEPTUALES DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA: MÁS ALLÁ DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

*Pablo Resnic\**

## Introducción

El modo heterogéneo de presentación del trastorno de ansiedad generalizada y su alto grado de comorbilidad colaboran con la dificultad diagnóstica y, de manera consecuente, con un buen diseño de tratamiento. Modelos cognitivos como el de M. Dugas y cols. han permitido arribar a una comprensión conceptual y más específica del trastorno, así como a herramientas terapéuticas más apropiadas y eficaces. Evolución de los abordajes y nuevos obstáculos: la evitación de lo emocional y el enfoque interdisciplinario.

## ¿De qué hablamos cuando hablamos de TAG?

Durante los últimos 15 años han visto la luz numerosas investigaciones en torno al Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en general y a la preocupación excesiva en particular. A pesar de ello, su reconocimiento en la práctica clínica carece de la fluidez que podría esperarse. Esto se debe, en parte, a los sucesivos cambios en los criterios diagnósticos. En las primeras descripciones (DSM III, 1980) se entendía este cuadro clínico como una entidad donde figuraban en primer plano los síntomas físicos de activación general (temblor, transpiración, inquietud, sudoración, palpitaciones, disnea, etc.) junto a los elementos cognitivos. El viraje diagnóstico desde aquél polo fisiológico hasta el actual, cognitivo, centrado de modo excluyente en la preocupación excesiva (DSM IV, 1994), ha sido notable. De hecho, podríamos decir que el trastorno de ansiedad generalizada ha sido prácticamente reinventado.

Por otra parte, sus características ansiosas generales colaboran con la dificultad diagnóstica ya que se confunden (o superponen) con la ansiedad ines-

pecífica. Y la preocupación excesiva, si bien es su síntoma cardinal y presenta características que permiten reconocerla, no deja de tener sus puntos de contacto con la preocupación normal.

Además, el trastorno de ansiedad generalizada suele presentarse con un alto grado de comorbilidad (en especial con trastornos afectivos y de ansiedad) y, aún en ausencia de ésta, es común que despliegue, durante sus exacerbaciones sintomáticas, manifestaciones de otros desórdenes. Es habitual la presencia de cogniciones y sensaciones corporales asimilables al trastorno de pánico, imágenes y pensamientos intrusivos que recuerdan al trastorno obsesivo compulsivo y preocupaciones o temores de tipo hipocondríaco. También se observa evitación conductual con relación a situaciones evaluadas por el sujeto como potencialmente peligrosas (viajes, salidas nocturnas) o generadoras de preocupación, como puestos de trabajo de elevada responsabilidad o concurrencia a fiestas y eventos, por ejemplo, que podrían conducir a un diagnóstico erróneo de Ansiedad Social.

Teniendo en cuenta, entonces, la heterogeneidad de su presentación clínica, resulta ineludible considerar, si queremos arribar a un diagnóstico correcto y a un diseño terapéutico eficaz, lo particular y específico que este trastorno nos ofrece: su estructuración cognitiva con la preocupación excesiva como centro.

Es en este contexto que pueden valorarse en toda su importancia los aportes a una mejor comprensión de los procesos cognitivos subyacentes a la preocupación excesiva realizados por M. Dugas y su equipo (1998), junto a los de A. Wells y K. Carter (1999).

Sus modelos conceptuales y los tratamientos cognitivo-conductuales derivados constituyen un avance concreto y cualitativo, por su especificidad, en la comprensión y terapéutica del trastorno de ansiedad generalizada.

*\*Pablo Resnic: Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad de Buenos Aires  
E-mail: pabloresnic@speedy.com.ar  
REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLOGICA XVI .p.p. 61-67  
© 2007 Fundación AIGLE.*

## Evolución de los abordajes: del polo fisiológico al polo cognitivo

Los cambios en los criterios diagnósticos fueron seguidos por el re-direccionamiento de las herramientas terapéuticas. Los primeros e inespecíficos protocolos se enfocaban, sobre todo, en el entrenamiento en técnicas de relajación y psicoeducación acerca de la ansiedad en general.

Posteriormente surgen los diseños cognitivo-conductuales de D. Barlow (1993) que ya se ocupa de la preocupación excesiva, si bien dentro de un esquema de intervención multifocal (inclusión de técnicas de relajación y respiración) y de T. Borkovec (1996) que acentúa el foco en la preocupación.

En los últimos años, y siempre a partir de las variaciones en la conceptualización diagnóstica, ven la luz esquemas como los de Wells y Dugas, que privilegian la concentración del armamento terapéutico sobre un blanco único: la particular dinámica cognitiva que rodea y sostiene a la preocupación excesiva.

El modelo de Dugas ha permitido el diseño de un abordaje cognitivo-comportamental específico con un buen grado de eficacia, según reportan sus autores. En un estudio (Dugas, Ladouceur, Freeston; 2000) el 77% de los pacientes tratados con dicho protocolo no volvió a reunir criterios diagnósticos para trastorno de ansiedad generalizada en los controles de seguimiento realizados a los 6 y 12 meses posteriores a la finalización del tratamiento.

En otro trabajo (Provencher, Ladouceur, Dugas, 2006) los pacientes tratados de modo específico para el trastorno de ansiedad generalizada dejaron de presentar además, en número significativo, los criterios diagnósticos para los trastornos comórbidos registrados al inicio de la investigación. Un reporte anterior (Borkovec, Abel y Newman, 1995) en el que se utilizó un protocolo multifocal en el abordaje del trastorno, arrojó similares resultados.

Estos últimos datos, si bien requieren de futuras investigaciones para la ratificación y mejor consideración de sus posibles alcances prácticos y teóricos, reavivan la idea del trastorno de ansiedad generalizada como trastorno de ansiedad "básico", que podría derivar hacia otros cuadros de acuerdo con la vulnerabilidad subyacente en cada individuo.

Sin embargo, la mejoría de los cuadros comórbidos presentados en dichos estudios también podría deberse, asimismo, a un efecto de "difusión" del trabajo cognitivo-conductual realizado con la patología principal.

## Forma y fondo: diagnóstico conceptual vs. diagnóstico taxonómico

Como podemos ver aún hoy persiste para muchos, si bien en menor medida que en el pasado reciente, el interrogante acerca de si el trastorno de ansiedad generalizada constituye en verdad una entidad nosológica, entendiendo por tal un determinado conjunto sintomático con etiología conocida (o, al menos, con una hipótesis etiológica) y un patrón evolutivo predecible, o si sólo se trata de uno de los tantos modos anónimos e inespecíficos de malestar anímico-psicológico personal a los que cualquier mortal debería tener derecho sin tener que pagar por ello una condena diagnóstica (condena que, de paso, le arrebatara lo que de personal e íntimo tiene su padecer, para arrojar lo que queda a la maquinaria clasificatoria y protocolar).

Quienes tienden a suscribir esta última posición se preguntan si el trastorno de ansiedad generalizada podría constituir, en realidad, un punto de cruce de los demás trastornos de ansiedad, un vago estado ansioso similar al de las descripciones históricas, una especie de sustancia ansiosa primigenia emparentada con el neuroticismo (Mackintosh, 2006) o un estado de vulnerabilidad a desarrollar otros estados de ansiedad y trastornos del ánimo (Barlow y Wine-se, 1998)

Por otra parte y por el contrario, se han publicado numerosos estudios que encuentran entidad y especificidad en el trastorno de ansiedad generalizada, logrando discriminarla de otros trastornos de ansiedad y de cuadros depresivos (Zinbarg, Barlow y Liebowitz, 1994; Chelminski y Zimmerman, 2003)

Pero más allá de las diferencias de opinión, y desde un punto de vista práctico, la redefinición conceptual así como los avances producidos, en los últimos años, en la comprensión de los procesos subyacentes a la preocupación excesiva, han provisto una ganancia innegable: el diseño de nuevas y efectivas herramientas terapéuticas para un tratamiento más específico y efectivo de la misma.

Los nuevos diseños cognitivo-conductuales benefician, de paso, a aquellos cuadros en los que, aún sin alcanzar los criterios diagnósticos de trastorno de ansiedad generalizada, la preocupación se presenta con su particular dinámica cognitiva. Según M. Olfson y col. (1996) más de la mitad de los sujetos que consultan en la atención primaria por síntomas de ansiedad general no alcanza a cumplir los criterios diagnósticos del DSM para el trastorno que nos ocupa, aún cuando su sintomatología es clínicamente significativa ya que, de hecho, motivó la consulta.

Como vemos, la pobreza teórico-clínica y el excesivo pragmatismo diagnóstico de manuales como el

DSM, muchas veces se ven compensados por las posibilidades de investigación que abren al presentar cuadros sintomáticos de mayor nitidez.

## Anatomía de la preocupación excesiva

Numerosos trabajos (Borkovec, 1990; Borkovec y Roemer, 1995; Ladouceur y Dugas, 1998; Wells, 1995, 1999; etc.) han centrado su atención en los procesos cognitivos que posibilitan y sostienen la preocupación excesiva, denominación que señala un estado de preocupación casi constante, adherente, invasivo y de difícil control.

El sujeto se encuentra consustanciado con tal estado de preocupación dadas las creencias positivas que sostiene acerca de la misma y la sensación de desprotección que le produce la sola idea de abandonarla. Quiere permanecer preocupado. Considera a la preocupación como protectora, ya que *ayuda a prevenir desenlaces negativos, es un elemento de auxilio en la resolución de problemas, es motivadora, protege de emociones negativas (tales como culpa o vergüenza si las cosas, finalmente y como se temía, salen mal), es un acto mental que puede afectar los sucesos (pensamiento mágico) y es, además, un rasgo positivo de personalidad* (Francis, Dugas, y Bakir, 2001; Seidah, Dugas y Leblanc, 2007).

Sin embargo la preocupación, en un buen porcentaje de casos, con mayor frecuencia en pacientes en tratamiento que denotan algún grado de mejoría o en aquellos en los cuales el proceso de preocupación no resuelve la ansiedad, puede resultar egodistónica. No resulta infrecuente observar ambas variantes a la vez, esto es, individuos preocupados en forma "voluntaria" (el encomillado responde a la relatividad de tal condición de voluntariedad, dado que emerge de un estado patológico), pero que no dejan de percibir cierto carácter intrusivo e incluso amenazante en el fenómeno (preocupación acerca de la preocupación o preocupación tipo II de Wells).

Para un mejor reconocimiento del cuadro clínico resulta útil tener en cuenta, en la consulta, cuatro elementos fundamentales por la intensidad con que se manifiestan, por su importancia en la dinámica del trastorno y porque se encuentran presentes de modo constante:

1. Preocupación excesiva (PE)
2. Sobre-estimación de la probabilidad de que ocurran eventos negativos
3. Pensamiento catastrófico
4. Creencias distorsionadas acerca de la preocupación.

A partir de ellos se pone en marcha una particular dinámica de pensamiento: la preocupación perma-

nente ocupa con peso propio el escenario de la conciencia, ya sea en el fondo o el centro mismo de la escena. La rumiación de temores y preocupaciones en torno a la inquietud de turno comienza a girar como una cinta sinfin. A la acción de sobre-estimación de probabilidad de que ocurran eventos negativos y del pensamiento catastrófico acerca del desenlace de esos sucesos "probables" se suma otro elemento de gran importancia: *la vivencia de indefensión*, la sensación de no poder controlar aquello por venir, dispositivo sin el cual no se sostendría el funcionamiento típico del trastorno.

De lo dicho hasta aquí se desprende la dificultad que encuentran las personas afectadas para *tolerar la incertidumbre y orientarse frente a los problemas*. Estos dos elementos, junto con las *creencias acerca de las virtudes de la preocupación y la evitación cognitiva* constituyen la base del modelo conceptual de Dugas, Ladouceur y equipo.

La intolerancia a la incertidumbre parece ubicarse en el corazón mismo del problema si entendemos el trastorno de ansiedad generalizada como una necesidad de control permanente frente a un mundo (externo o interno) amenazante.

La jerarquización del trabajo con las creencias positivas acerca de la preocupación, siempre presentes en un primerísimo primer plano, resulta, por otra parte, un punto de inicio clave para el trabajo de reestructuración cognitiva de estos pacientes. El reconocimiento de la preocupación permanente como inadecuada, es decir, divorciada de su objetivo natural –el análisis y resolución concretos de un problema– suele constituir el primer obstáculo, y verdadero paso limitante, a vencer en el tratamiento.

## Más allá de los síntomas (O lo breve..., si bueno..., ¿dos veces bueno?)

Si vamos aún más allá en procura de las causas de la intolerancia a la incertidumbre podremos encontrar, en muchos de nuestros pacientes, aquella vivencia básica y personal -quiero decir histórica y constituyente, además de actual- de indefensión que otorga vida y enorme peso a los contenidos catastróficos, exacerba el monitoreo de posibles peligros y favorece el proceso de preocupación excesiva como un modo de alerta y defensa constante.

Ahora bien, la vivencia de indefensión, cuando nos detenemos en ella, nos sitúa en el límite mismo entre una anatomía, es decir, un corte actual, y un desarrollo de sentido histórico-afectivo del trastorno. ¿Cómo ha llegado el paciente a tal construcción de significado? ¿Es necesario ayudarlo a reconstruir ese

sendero para que pueda reorganizar la experiencia o, como plantean de modo implícito ciertos enfoques, sería ese un trabajo innecesario?

Quizás la respuesta sea depende del caso de que se trate. Frente a un paciente con sintomatología compatible con un trastorno de ansiedad generalizada, esquemas conceptuales centrados de manera exclusiva en la preocupación, como el de Dugas, han mostrado, en los estudios estadísticos, una eficacia superior o equivalente a otros enfoques.

A diario comprobamos en la clínica la utilidad práctica del trabajo de ese modo orientado, pero también debemos dejar constancia de que nuestra aplicación de modelos de tratamiento cognitivo-conductual como el de M. Dugas o D. Barlow, por ejemplo, casi nunca respeta, por insuficientes en nuestra experiencia, los tiempos propuestos de 16 sesiones ni el trabajo excluyente sobre la preocupación excesiva.

En cuanto a la duración del tratamiento, las características culturales de la población de nuestro país, incluida cierta tradición en procesos psicoterapéuticos pasivos y complejos (complejidad rica o vacua, según la suerte que se haya tenido) determinan un ritmo de cambio más pausado.

Con respecto a la preocupación excesiva, nos centramos sobre ésta en primer lugar, de modo principal y con gran provecho en un alto porcentaje de nuestros pacientes, pero la co-existencia de intervenciones del terapeuta ajenas al modelo es más la regla que la excepción. No olvidemos que el trastorno de ansiedad generalizada presenta un elevado grado de comorbilidad, y si bien en un estudio mencionado más arriba (Provencher, Ladouceur, Dugas, 2006) se señala la eficacia terapéutica de la terapia cognitivo conductual (enfocada de modo específico en el trastorno de ansiedad generalizada) sobre los cuadros comórbidos, en el mismo trabajo se detalla que la presencia de dos o más trastornos concomitantes ensombrece la perspectiva de una buena respuesta.

Entre nuestros pacientes con ansiedad generalizada encontramos un alto grado de esquemas desadaptativos tempranos que reclaman su tratamiento para el logro de una mejoría genuina e integral.

En ese "más allá" de los síntomas actuales, subsisten vivencias tempranas de desprotección o falta de respaldo adulto sólido, exigencias de sobreadaptación a situaciones desbordantes, historias de padres necesitados de protección ellos mismos (con la consiguiente inversión del rol paterno-filial) o sobreprotectores y temerosos, inseguros anfitriones de un mundo peligroso en el cual el niño aprenderá que los recursos propios de afrontamiento estarán siempre a punto de ser desbordados.

También, por supuesto, encontramos entre estos pacientes antecedentes de situaciones de pérdida, agresión o inestabilidad de contexto debidas a causas relativamente objetivas y con peso propio, como pérdidas parentales tempranas, enfermedades graves en el medio familiar, situaciones de violencia externa, separación, etc. (Kendler y col., 2003).

De este modo y con alguna frecuencia, el grado de disfuncionalidad actual de quien nos consulta aconseja una primera etapa de exploración del recorrido histórico-afectivo y reorganización de la experiencia como paso previo a intervenciones más focalizadas.

En este sentido intentamos considerar los diferentes elementos experienciales que nos presenta el paciente en un mismo plano, prescindiendo, en principio, de las categorías profundo/superficial o causa/efecto. Todos los elementos son tenidos en cuenta y, de acuerdo a sus características y al estilo del paciente -y del terapeuta-, se elegirá el camino y las herramientas a utilizar, en el marco de una posición "transteórica" (Mahoney, 1997) que privilegiará, sin embargo, la utilización de las técnicas más probadamente adecuadas para la dinámica sintomática del paciente.

En el trastorno que nos ocupa enfocaremos, entonces, nuestras mejores y conocidas armas cognitivo-conductuales sobre la preocupación excesiva y su cohorte. Al mismo tiempo, y sin perder la dirección tomada, salvo en el caso de que las circunstancias lo aconsejen, nos serviremos de la variedad de recursos, provenientes de uno o más enfoques teóricos, que pudieran resultar de utilidad en una u otra etapa del proceso.

### **Otra vuelta de tuerca (O la conversión de Thomas B.)**

Como para alentar el debate acerca de las diversas líneas de pensamiento y trabajo existentes, el trastorno de ansiedad generalizada devela nuevos e importantes elementos, que generan saludables revisiones en los estudiosos del tema.

En una investigación llevada adelante por T. Borkovec y L. Roemer (1995) sobre un grupo control y un grupo de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, acerca de las razones por las que se preocupaban, un elemento distinguía a ambos grupos: la auto-percepción de estos últimos, de que mediante la preocupación excesiva evitaban tomar contacto con tópicos de mayor impacto emocional sobre los que no querían detenerse a pensar.

Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, el más neurótico de los trastornos de ansie-

dad, se preocupan, habitualmente, con la finalidad, no consciente en lo inmediato, de evitar conectarse con otros tópicos más conflictivos y, en consecuencia, con las emociones primarias que subyacen a éstos. Estos pacientes, según Borkovec y col., encuentran gran dificultad en identificar lo que sienten y en describir sus sentimientos, lo que sugiere que estarían evitando las experiencias emocionales en general y no sólo las relacionadas con la ansiedad.

Muchos de los protocolos tradicionales de la terapia cognitivo-conductual provocarían, de modo no intencionado -según este autor-, un reforzamiento de tal estrategia evitativa (Borkovec, 2003).

Messer (1986), y Wiser y Goldfried (1993) sugieren que los terapeutas cognitivo-conductuales suelen ver las emociones como un fenómeno a reducir o controlar más que como elementos a explorar y profundizar, a pesar de que niveles elevados de experiencia emocional se encuentran asociados con mejores resultados finales en las terapias cognitivo-conductuales de estos pacientes.

Uno de los elementos que alivian de modo considerable, ya en la primera consulta, a nuestros consultantes con trastornos de ansiedad tratados con modelos cognitivo-conductuales, es el encuentro con un terapeuta que conoce bien lo que le ocurre y que puede anticiparse, incluso, al relato, generando de este modo una confianza que suele ser el primer paso firme en la recuperación. Las entrevistas de psicoeducación subsiguientes le brindan al paciente una información importante que le permite comprender mejor su estado y los auto-reportes semanales favorecen el reconocimiento y la acción racional sobre síntomas y pensamientos automáticos y distorsionados.

Este enfoque, valioso e ineludible en la mayoría de nuestros diseños terapéuticos, conlleva el riesgo de que el proceso terapéutico todo se tiña de una pátina "educativa" y racional-explicativa que obture la emergencia de contenidos desconocidos o inesperados para el terapeuta e, incluso, para el mismo paciente. En ese contexto, para todo parece haber una rápida respuesta.

Un estudio (Hayes y col., 1996) afirma que cuando los terapeutas cognitivo-conductuales abordan la temática interpersonal, lo hacen promoviendo pensamientos acerca de las relaciones personales, en lugar de enfocar los hechos en sí.

Otros dos estudios (Castonguay y col., 1998; Kerr y col., 1992) encontraron que, mientras en la terapia cognitivo-conductual el tratamiento de las relaciones interpersonales no se asocia con buenos resultados, sí lo hace en los tratamientos psicoanalíticos. De acuerdo con estos autores, la importancia de tratar la problemática interpersonal en el trastorno de ansiedad generalizada explicaría, en parte, la dificultad

de los programas cognitivo-conductuales en obtener mayor éxito en el tratamiento de esta patología.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Borkovec sugiere que el agregado de intervenciones destinadas a alentar la experiencia afectiva podría incrementar la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales. Es así como durante los últimos siete años han experimentado con un modelo integrativo consistente en dos segmentos separados: una sesión de terapia cognitivo-conductual se sigue de otra de terapia de procesamiento interpersonal/experiencial que incluye intervenciones interpersonales, psicodinámicas y humanísticas, con promisorios resultados.

## CONCLUSIONES (¿O INCLUSIONES?)

El trastorno de ansiedad generalizada ha resultado, desde sus primeras descripciones, un desafío a la simplicidad de los manuales diagnósticos y de los protocolos terapéuticos cognitivo-conductuales. Su complejidad sintomática ha constituido una suerte de grieta en la exitosa gestión de los tratamientos protocolares de los trastornos de ansiedad de los últimos quince años.

La búsqueda de más y mejores conocimientos ha resultado en modelos conceptuales que permiten un abordaje, siempre desde lo cognitivo-conductual, más ajustado. Mediante su instrumentación, si bien con las diferencias metodológicas señaladas más arriba, quienes nos dedicamos prácticamente de lleno al trabajo con los trastornos de ansiedad hemos podido ayudar de manera concreta a un mayoritario porcentaje de pacientes.

Sin embargo, no todas las personas son iguales ni se benefician de los mismos modelos teóricos. La re-estructuración cognitiva propiciada por los tratamientos cognitivo-conductuales manualizados no alcanza por sí misma, en muchos de nuestros pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (más que en otros trastornos de ansiedad), para modificar su modo de estar en el mundo, incluidos los síntomas que lo trajeron a la consulta. La tentativa de *reconstrucción del sendero personal de la organización actual de significado* (Guidano, 1997), en combinación con intervenciones eminentemente pragmáticas resulta, entonces, insoslayable.

La práctica cotidiana nos sorprende en diferentes posiciones de acuerdo al paciente en particular con el que nos encontremos y al momento que ese paciente esté viviendo. Este planteo no significa la ausencia de un enfoque, sino, por el contrario, la disponibilidad de más de uno. Diferentes cuerpos teóricos se centran en el reconocimiento o construcción de aspectos diversos de la experiencia y enriquecen, en

conjunto y cada uno, las posibilidades del pensar. Es así como el pensamiento circula en las culturas y se nutre de sus propias evoluciones y revoluciones. Y toda esa riqueza puede quedar a nuestra disposición mediante el sencillo (o no tan sencillo) acto de abandono de la ilusión de una verdad que dé cuenta de todo.

El trastorno de ansiedad generalizada, muy en particular, como bien señala Borkovec, reclama la salida a la luz y el reconocimiento-reconstrucción-reorganización, más que el control, de sus contenidos emocionales.

En nuestra experiencia, la integración y análisis de la dimensión histórico-afectiva del individuo en el proceso terapéutico, junto a técnicas más lineales y pragmáticas, resulta de lógico y extraordinario valor.

## BIBLIOGRAFIA

- Barlow, D. y Wines, J. (1998). DSM IV and beyond: what is generalized anxiety disorder? *Acta Psychiatr, Suppl* 393, 23-29.
- Borkovec, T.D. y Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.
- Borkovec, T., Abel, J. y Newman, I. (1995). The effects of therapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 63, 479-483.
- Borkovec, T.D. y Whisman, M.A. (1996). Psychological treatment for generalized anxiety disorder. En: M.R. Mavissakalian y R.F. Prien (eds). *Long-Term Treatments of Anxiety Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Borkovec, T.D., Newman, M.G., y Castonguay, L.G. (2003). Cognitive-Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder With Integrations From Interpersonal and Experiential Therapies; *CNS Spectr*, 8, (5), 382-389.
- Brown, O. y Barlow, (1993). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. N.Y: The Guildford Press
- Cascardo, E. y Resnik, P. (2005). *Trastorno de Ansiedad Generalizada: Bases para el diagnóstico y tratamiento del paciente con preocupación excesiva*. Buenos Aires: Polemos.
- Castonguay, L.G., Hayes, A.M., Goldfried, M.R., Drozd, J., Scout, A.J, y Shapiro, D.A. (1998). *Intrapersonal and interpersonal focus in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapies: a replication and extension*. Paper presentado en la Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research; June 24-26, 1998; Snowbird, Utah.
- Chelminski, I. y Zimmerman, M. (2003). Rhode Island Methods to Improve Diagnostic Assessment and Services (MIDAS) Pathological worry in depressed and anxious patients. *J. Anxiety Disorders*; 17, 533-546.
- Dugas, M.J., Davina, B. y Kristin, B. (2003). *Examination of the Relationship Between Worry and Experiential Avoidance and Fear of Emotional Arousal*. Poster presentado en la 23rd National Conference of the Anxiety Disorders Association of America (ADAA), Toronto, Ontario, March 27-30, 2003.
- Dugas, M., Provencher, y Ladouceur, (2006). La Comorbidité dans le Trouble d'anxiété généralisée. *Rev can psychiatrie*, 51, 91-99.
- Dugas, M., Seidah, A., y Leblanc, R. (2007). El tratamiento cognitivo conductual del TAG: Modelo conceptual y casos clínicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, (en prensa).
- Francis, K., Dugas, M., y Bakir, N. (2001). *Factor structure and extended validation of the Structured Interview on Beliefs About Worry*. Presentado en el 25e Congrès annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie (SQRP) 2001.
- Guidano, V. F. (1997). El estado de la cuestión en la terapia cognitiva posracionalista. En *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Hayes, A.H., Castonguay, L.G. y Goldfried, M.R. (1996). The effectiveness of targeting the vulnerability factors of depression in cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol.*, 64, 623-627.
- Kendler, K. y col. (2003). Life events dimensions of Loss, Humiliation, Entrapment and Danger in the Prediction of Onsets of Major Depression and General Anxiety. *Arch. Gen. Psychiatry*, 60, 789-796.
- Ladouceur, R., Dugas, M., Freeston, M. y col. (2000). Efficacy of a Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder. Evaluation in a Controlled Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, (6), 957-964.
- Mackintosh, M., Gatz, M. y Loebach, J. A. (2006). Twin Study of Lifetime Generalized Anxiety Disorder (GAD) in Older Adults: Genetic and Environmental Influences Shared by Neuroticism and GAD. *Twin Research and Human Genetics*, 9, 30-37.
- Mahoney, M. (1997). El estado de la cuestión en la psicoterapia constructiva. En *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Messer, S.B. (1986). Behavior and psychoanalytic perspectives at therapeutic choice points. *Am Psychol*, 41, 1261-1272.

- Olfson, M. y col. (1996). Subthreshold psychiatric symptoms in a primary care group practice. *Arch. Gen. Psych.*, 53, 880-886.
- Roemer, L., y 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*, 9, 54-68.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: a practise manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley & Sons.
- Wells, A., Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of Generalized Anxiety Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 585-594.
- Wiser, S. y Goldfried, M.R. (1993). Comparative study of emotional experiencing in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapies. *J Consult Clin Psychol*, 61, 892-895.
- Zinbarg, R., Barlow, D. y Liebowitz, M. (1994). The DSM IV field trial for mixed anxiety-depression. *Am J. Psychiatry*, 151, 1153-1162.